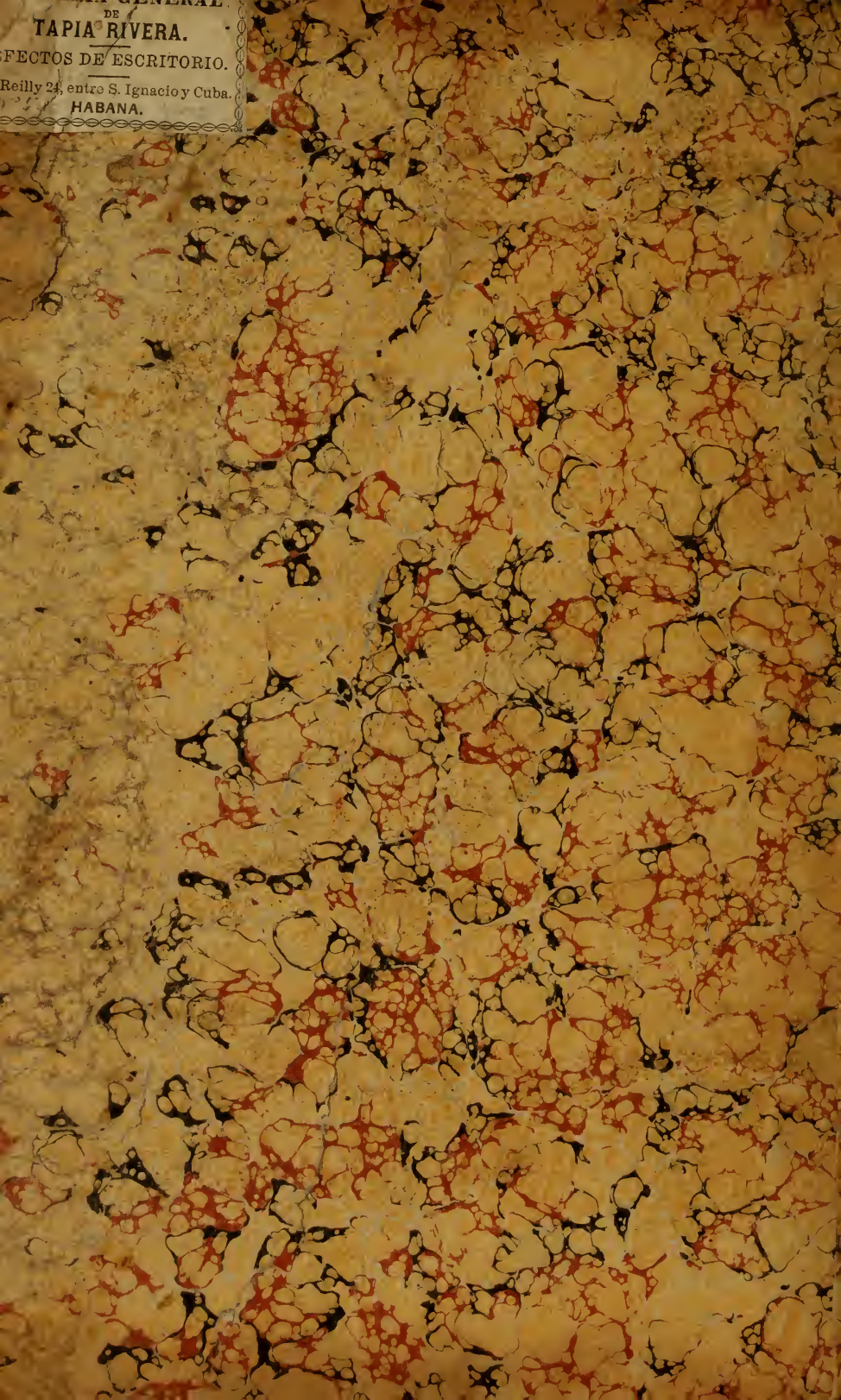




DE  
**TAPIA RIVERA.**  
EFECTOS DE ESCRITORIO.  
Reilly 24, entre S. Ignacio y Cuba.  
**HABANA.**





TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

# PATOLOGIA INTERNA

POR

<sup>c</sup>  
**A. GRISOLLE,**

CATEDRÁTICO DE TERAPÉUTICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS.

MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL,

MIEMBRO DE LA ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA.

**TRADUCIDO DE LA ÚLTIMA EDICION,**

CORREGIDA Y AUMENTADA POR EL AUTOR.

**TOMO PRIMERO.**

MADRID.

IMPRESA DE GASPAR Y ROIG, EDITORES.

calle del Príncipe, núm. 4

1857.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

6. 2. 1866

CHICAGO, ILL.

3 15 - 74  
75  

---

240 74  
120  

---

360  
120  

---

240  
75  

---

315

12 25 - 74  
910  

---

3 15 - 74

Á MI MAESTRO

**M. CHOMEL.**

910

En testimonio de gratitud y de vivísimo afecto,

**GRISOLLE.**





## ADVERTENCIA DEL AUTOR.

Doy al público la sexta edición de mi PATOLOGÍA INTERNA. El éxito que esta obra ha alcanzado en Francia y las traducciones, que en muchos idiomas han visto la luz, me convencen de habérsela considerado útil. Obligado me he creído á redoblar mis esfuerzos para justificar la benévola acogida de la parte de mis comprofesores. Nada pues he omitido de cuanto podia contribuir á colocar la presente edición al nivel de los mas recientes progresos de la ciencia. Revisados cuidadosísimamente han sido todos los capítulos y muchos recibieron importantes adiciones.

Aunque mi obra parezca, en atención á su título, dirigida particularmente á los que principian la carrera médica, debo esperar que los que son ya prácticos en su ejercicio la consultarán tambien con fruto, por hallarse en ella compendiados del mejor modo que he sabido los preceptos de los grandes maestros.

Si he tenido acierto, si esta edición, á la que he consagrado todos mis desvelos, alcanza la fortuna de las anteriores, habrán obtenido mis esfuerzos la mas dulce recompensa.





## PREFACIO.

Es la patología la parte de la medicina que tiene por objeto el conocimiento de las enfermedades. Puede llamarse ciencia del hombre enfermo, así como se denomina la fisiología ciencia del hombre sano. La patología, según nos hace observar M. Chomel, no trata solamente de la clasificación, causas, síntomas y señales de las enfermedades, sino que se ocupa también de su sitio, de los fenómenos que las preceden y las subsiguen, de su curso, duración, terminaciones, recaídas, recidivas, formas, complicaciones, daños que ocasionan en los tejidos orgánicos y por fin de sus tratamientos tanto curativos, como preservativos, pues todas las circunstancias que se acaban de indicar constituyen datos esenciales de su historia.

Inmensos progresos ha verificado de un siglo á esta parte la patología médica. Morgagni ha constituido definitivamente la anatomía patológica, que Bonet se habia limitado á bosquejar. Bichat ha creado la anatomía general. Sucesor dignísimo de los fisiologistas del siglo XVIII ha sabido variar la faz de la fisiología y comunicar al propio tiempo el más feliz impulso tanto á la teoría, como á la práctica de la medicina con sus ingeniosos experimentos, métodos severos y nuevos resultados.

Además de estos grandiosos resultados, el arte se ha enriquecido con procedimientos exploratorios también muy nuevos. La percusión inventada por Avenbrugger y la auscultación nacida del genio de Laennec se han perfeccionado, habiendo una y otra recibido numerosas aplicaciones: la química, valiéndose de nuevos métodos que ofrecen mayor seguridad y perfección, ha descubierto tanto en el cuerpo vivo, como en el cadáver, infinitas alteraciones desconocidas antes ó mal apreciadas; por manera que no solo ha aclarado el diagnóstico, sino que también ha conducido la terapéutica por sendas enteramente nuevas: Semejante aplicación de los métodos exactos al estudio de las enfermedades ha desterrado para siempre una infinidad de ideas ya abstractas, ya sistemáticas que durante largo tiempo oscurecieron el diagnóstico y extraviaron la terapéutica: ideas funestas que comunicando á la medicina la apariencia de una novela, en vez de adornarla con los atributos de una ciencia exacta, contribuyeron muchísimo á su descrédito.

En el día no solo la observación es más exacta y la experiencia más severa, sino que para elevarse del conocimiento de los hechos particulares al de los generales, no basta la memoria, no bastan las impresiones vagas ó fugaces, ni menos aun las inspiraciones teóricas: se ha considerado necesario recoger

hechos en gran número, luego compararlos y contarlos y de todos ellos bien reunidos, analizados y contados han brotado deducciones exactísimas, leyes precisas, resultados positivos en semiótica, en etiología, en terapéutica.

Bien puede la ciencia moderna ostentar con orgullo sus conquistas, sin mostrarse envidiosa de los siglos anteriores. Resulta de aquí que habiendo la patología engrandecido sus dominios y perfeccionado sus métodos, reclama para ser debidamente conocida un estudio mas difícil y prolongado, siendo el diagnóstico la parte que ofrece mayores dificultades, pues constituye el fundamento de la medicina práctica. Sin diagnóstico será imposible el pronóstico: sin diagnóstico será la terapéutica incierta siempre y alguna vez mortífera. Para triunfar de todos los obstáculos de que están rodeados los estudios patológicos y comprender oportunamente las indicaciones, es indispensable estar dotado de muy recto juicio, de sentidos finos y dedicarse con actividad y perseverancia á la observacion de los enfermos. No hay, ni puede haber libro que equivalga á la clínica; faltando esta, falta la verdadera educacion médica, porque únicamente del estudio clínico dimana el sólido y fecundo saber, que no consiste en estar enterado de lo que dijeron los demás, sino en ser capaz de juzgar por sí solo.

No es indiferente el orden, segun al cual deben estudiarse las enfermedades. En las obras de medicina publicadas hasta aquí se han seguido tres métodos capitales de clasificacion, á saber: el orden *alfabético*, el *anatómico* y el *filosófico*. Siendo el último el único que debe emplearse, nosotros lo hemos adoptado.

El método alfabético es sin disputa el menos racional. Distribuyendo las enfermedades con arreglo á la semejanza de sus nombres, ó á la casualidad de su letra inicial, se ha precisamente de caer en la confusion mas deplorable, pues juntas habrán de estar enfermedades diversas y sin la menor analogía de sitio, naturaleza ú otra circunstancia cualquiera, mientras se estudiarán separadísimamente otras, cuyos caracteres son comunes.

Preferible á tal método seria el anatómico que consiste en clasificar las enfermedades segun los órganos ó aparatos, que afectan: asi presenta la ventaja de reunir en un solo cuadro todas las enfermedades que puede padecer cada parte del cuerpo; mas en cambio adolece del mismo defecto que el método alfabético, separando las dolencias congéneres, que como las inflamaciones las hemorragias, las neuroses etc. se prestan á ciertas consideraciones generales, muy á propósito para preparar el espíritu del lector y evitar en lo sucesivo muchísimas repeticiones inútiles. Únicamente en un manual que se destinase á los prácticos, podria tolerarse el orden alfabético ó el anatómico, á pesar de ser este tan ilógico. Los libros elementales empero, rechazan el último, por ser esencialmente vicioso, en atencion á que las diversas enfermedades, que se observan en un mismo órgano, desarrollan una infinidad de síntomas comunes; por cuyo motivo ha de resultar muy á menudo muchísima confusion en el entendimiento del principiante. Ademas estudiándose juntas ó bastante inmediatas varias afecciones, nacer podria la idea de existir entre ellas relaciones de causa á efecto. Nótanse por otra parte, muchos males que no tienen sitio fijo ó determinado, dando lugar á que el orden anatómico no sirva para una parte considerable de la patología; inconveniente tan grave como los anteriores. El

que se obstine pues, en seguir una clasificacion anatómica, precisado se verá á verificar uniones monstruosas de enfermedades y á resolver, por supuesto sin la menor pueba y tan solo con cándidas teorías, cuestiones todavía pendientes y tal vez irresolubles.

Resta, finalmente, el órden filosófico, ó para hablar con mayor exactitud, el método nosológico, esto es, la division de las enfermedades en un corto número de clases, de estas en órdenes ó en géneros, de los que se derivan las especies. Felix Plater parece haber sido el primero en proponer semejante método que mereció de tal modo la preferencia de Sydenham, que bien se puede decir que Sauvages compuso en 1751 su *Nosologia Metódica*, para que el gran médico inglés viese cumplidos los deseos espresados en el prefacio de su obra inmortal. Adoptó Linneo algun tiempo despues este método, y lo mismo hicieron casi todos los nosógrafos, cuyos nombres son dignos de constituir autoridad, v. gr.: Vogel, Sagar, Cullen, Pinel, etc. Posee el método de que tratamos la inmensa ventaja de reunir en un grupo mismo las enfermedades parecidas, congéneres, aplicándoles consideraciones que les son comunes, al paso que las separa oportuna y claramente de todas las que no tienen con ellas ningun linaje de relacion. Confesar debemos que á beneficio de este método se abrevia notablemente el estudio. Asi opina desde mucho tiempo el catedrático Chomel, y asegura que la clasificacion nosológica, encerrando en un espacio determinado todas las enfermedades conocidas, hace comprender mas exactamente las analogías y las diferencias que entre ellas existen, y apreciar mejor el valor ó importancia de los datos generales y de los puntos de doctrina, porque permite aplicarlos instantáneamente á todos los grupos de enfermedades, estando estos grupos en un órden tal, que el médico no puede ni por un instante olvidar.

Se ha dicho en contra del método nosológico, que con frecuencia formaba uniones patológicas violentas, reuniendo en un grupo mismo enfermedades de muy distinta indole. Tamaño argumento está fundado en razon; pero el defecto que patentiza, depende mas bien de la imperfeccion de la ciencia, que del método que nos ocupa. Conviene ño olvidar que el órden anatómico ofrece el mismísimo inconveniente, y sin estar compensado por ventaja alguna. Posible nos parece evitarlo hasta cierto punto, no clasificando sino las enfermedades susceptibles de clasificacion, y dejando para formar una especie de clase supletoria ó indeterminada, el escaso número de afecciones que afectan exclusivamente á ciertos órganos ó tejidos, y que no podrian ser estudiadas en ninguna de las clases legítimas sin vulnerar las reglas de analogía. Este es el medio que en otro tiempo adoptaba en sus lecciones el catedrático Chomel, y que por consejo del mismo hemos empleado en nuestra obra.

¿Cuáles son los caracteres que han de servir de fundamento para determinar los géneros y las especies nosológicas? ¿Nos fijaremos esclusivamente en los daños anatómicos, ó en las causas, ó, por fin, en los desórdenes de las funciones? La anatomía patológica suministraría seguramente la base mas sólida y al propio tiempo menos variable, pero la buscaríamos en vano en un número muy considerable de casos, porque hay muchas enfermedades (la clase entera de las neuroses, por ejemplo) que á pesar de los numerosos desarreglos que las caracterizan durante la vida, no se manifiestan en el cadáver por ninguna lesion apreciable. No sirve, pues, la anatomía patológica para clasificar todas



las enfermedades; es tan solo muy á propósito para un cierto número de ellas.

El estudio patogénico ó etiológico es todavía menos seguro fundamento para establecer los géneros patológicos: hay clasificaciones en extremo arbitrarias, y podemos decir en extremo ridículas por estar basadas en las causas; y sin embargo, se ha tenido la pretension de valerse de ellas para el estudio de las enfermedades. Siendo como son tan oscuras las causas, tan difíciles de comprenderse, tan varias, no podrán jamás, en nuestro concepto, servir de base esclusiva ó única para un método nosológico. Hay empero algunas que por su manera de obrar evidente, indudable, demostrada, se emplean para la formación de algunos géneros; tales son los virus, ponzoñas y todos los demás venenos. En estos casos, sean los que fueren los desórdenes que sobrevengan, la naturaleza de la causa constituye un carácter predominante é invariable, y por lo tanto muy á propósito para que por él sea clasificada la enfermedad.

Sauvages, de acuerdo con Sydenham, tomó los síntomas por base de su clasificación, base completamente equivocada, pues los síntomas varían sobre manera, se mezclan y aun se combinan de mil diversos modos, y son muchos de ellos comunes á infinitas afecciones que no tienen la menor analogía. No podemos, sin embargo, negar la existencia de algunas enfermedades completamente desconocidas por lo que respecta á su causa, á su naturaleza y á su sitio; el trastorno de una ó varias funciones, ó lo que es lo mismo, el estado sintomático constituye el único carácter incontestable y constante que puede servir para denominarlas y clasificarlas.

De cuanto acabamos de indicar se desprende naturalisimamente que no se conoce un carácter ó sea una base que sola pueda determinar los géneros nosológicos; y así opinamos con el catedrático Reguin, que en el estado actual de los conocimientos médicos, la nosografía no debe ser exclusivamente orgánica, ni exclusivamente etiológica, ni exclusivamente sintomática. Ha de tener por precision algo de las tres. Es indispensable adoptar un método mixto, si no se quiere desfigurar la ciencia ó estraviarla por los funestos senderos de las mas aventuradas hipótesis.

Con arreglo á la doctrina que dejamos espuesta, hemos dividido todas las enfermedades correspondientes á la patología interna en diez clases, que son: 1.<sup>a</sup> *las calenturas*: 2.<sup>a</sup> *las afecciones debidas á un vicio de proporcion en la sangre*: 3.<sup>a</sup> *las inflamaciones*: 4.<sup>a</sup> *las hemorragias*: 5.<sup>a</sup> *las secreciones morbosas*: 6.<sup>a</sup> *los envenenamientos*: 7.<sup>a</sup> *las lesiones de nutricion*: 8.<sup>a</sup> *las trasformaciones orgánicas y los productos morbosos accidentales*: 9.<sup>a</sup> *las neuroses*: 10.<sup>a</sup> *enfermedades especiales de ciertos órganos ó tejidos*.

Mucho le faltá á esta clasificacion para que la consideremos perfecta, vicios tendrá, á buen seguro, hijos de nuestra insuficiencia, y tambien otros que dependan del actual estado de la medicina, que no ha llegado aun al grado de perfeccion á que tal vez un dia llegará. Bayle y otros han observado que todo cuadro nosográfico tiene sus defectos, ofrece vacíos y contiene enfermedades unidas con lazos muy violentos. Conviene, pues, que en su justo valor sea cada cuadro apreciado; mirándolo como un repertorio mas ó menos exacto, y concediendo la preferencia al que deje ver un mayor número de enfermedades análogas debidamente reunidas. Los cuadros nosográficos, añade el célebre médico que acabamos de citar, son medios artificiales para ayudar á nuestra pobre

inteligencia; nos sirven de andamios de absoluta necesidad: hoy se construyen de un modo, mañana se construirán de otro, y mil veces serán modificados: si con el tiempo se alcanza una clasificación invariable, entonces y solo entonces el edificio de la ciencia despejado de los simulacros que en la actualidad le ocultan, ostentará un conjunto regularísimo, majestuoso, inalterable.

Mientras esperamos de algún genio afortunado una clasificación que obtenga el sufragio universal, debemos redoblar nuestros esfuerzos á fin de fijar satisfactoriamente las especies patológicas; lo que, según observa también Bayle, es en nosología más importante que el cuadro mismo. Por lo tanto, hemos procurado desempeñar este trabajo con todo el esmero de que somos capaces, anhelando compensar los defectos de nuestro libro por la exactitud y fidelidad de las descripciones, el amor á la verdad y la entera independencia con que hemos emitido nuestro juicio acerca de los hombres y de las doctrinas. Huyendo de discusiones ociosas, de cuestiones irresolubles, de estériles hipótesis; no nos hemos ocupado sino de datos positivos, y de hechos prácticos. Por lo que toca á la parte terapéutica, habiéndonos propuesto por modelos á Sydenham, Astruc y otros prácticos eminentes, hemos apurado nuestros recursos para señalar exactamente las indicaciones y enumerar luego los medios más conducentes de llenarlas. Conformés con los consejos y ejemplos de los grandes maestros, no hemos querido aumentar el volumen de este tratado con esas recetas banales que ciertos autores acumulan en sus obras, para darles barniz práctico y que no son en resúmen más que un tosco cebo presentado á la ignorancia y pereza.

Siendo nuestro tratado exclusivamente de patología interna, no contiene, cosa alguna que á la patología general, ó á la semeiótica pertenezca: ¿qué hubiéramos podido decir que no se encuentre mucho mejor espresado en la obra tan eminentemente clásica del catedrático Chomel, obra que constituye sin ningún género de duda la introducción preferible que poseemos al estudio de la medicina práctica?





# AL LECTOR

LOS EDITORES.

Suplicamos al lector que despues del filosófico é interesantísimo prefacio que antecede, precioso frontispicio con que M. GRISOLLE ha sabido embellecer su obra, se sirva leer el que el mismo autor habia colocado al frente de la primera edicion, y quedará sin duda asombrado de la diferencia entre uno y otro. Igual diferencia nos parece observarse en todos los capítulos de su TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA, que por la manera con que en la última edicion se presenta corregido y aumentado, constituye tal vez el mejor libro de medicina práctica.

En 1846 principiaron, y en 1848 terminaron los entendidos redactores del TESORO DE LAS CIENCIAS MÉDICAS una traduccion digna en verdad del mayor aplauso: correspondia á la segunda edicion original, y llevaba el mismo prefacio que la primera. Confesando sentirnos incapaces de traducirle mejor que dichos redactores, preferimos copiar literalmente la correcta y exactísima traduccion que en los términos siguientes publicaron del

## PREFACIO DE LA PRIMERA EDICION.

El tratado de Patología interna que hoy someto al juicio y benevolencia de mis profesores, se emprendió hace muchos años con el objeto de llenar un vacío de la ciencia. Efectivamente, todos convienen en que no existe aun tratado alguno completo de patología médica, ni libro que reasuma con fidelidad los principales trabajos de medicina práctica publicados hasta el dia. Al emprender una tarea tan larga como difícil, he consultado menos mis fuerzas que el deseo de ser útil, sobre todo á los que empiezan el estudio de la clínica.

Penetrado de la importancia de mi obra, he puesto todo el cuidado de que soy capaz; y consultando y meditando sobre cada materia los autores mas estimados, he procurado, cuando me ha sido posible, comprobar sus opiniones con los resultados que he obtenido de la asidua asistencia á los hospitales durante un período de catorce años. Mis trabajos anteriores han demostrado ya el valor que doy á la observacion exacta. Siempre me cuento en el número de los que creen que no pueden obtenerse resultados positivos en medicina, sino por medio del método analítico y numérico; de aquí se infiere el valor que doy á las ideas concebidas de antemano. Estraño á toda especie de secta, independiente por mi carácter y posicion, no he tenido que defender ni atacar contra mi conciencia á ningun hombre ni á ninguna doctrina: donde quiera y siempre, he buscado la

verdad con la imparcialidad del historiador, y la he proclamado, cualquiera que sea su origen. Espero no haber sido injusto con nadie; y por lo tanto, si no he citado algunos trabajos importantes, ruego á mis profesores no vean en esto sino un olvido, y de ninguna manera un acto de malevolencia ó de enemistad. Solo he guardado silencio sobre los escritos que, partiendo de una idea teórica, espresan mas bien los estravios de la imaginacion, que el lenguaje de la naturaleza.

He distribuido todas las enfermedades en nueve clasès, y son: 1.º *las fiebres*; 2.º *las enfermedades producidas por un vicio de proporcion de la sangre*; 3.º *las inflamaciones*; 4.º *las secreciones morbosas*; 5.º *los envenenamientos*; 6.º *las lesiones de nutricion*; 7.º *las trasformaciones orgánicas, y los productos morbosos accidentales*; 8.º *las neuroses*; 9.º *las enfermedades especiales á ciertos órganos*. Despues de una madura reflexion, y no sin tomar consejos de personas ilustradas, me he decidido á seguir este órden; sin embargo, me apresuro á manifestar que no le creo á cubierto de toda objecion. Espero que se mire con indulgencia esta parte de mi trabajo, porque sus imperfecciones no dependen tan solo de mi impotencia, si que tambien del estado de la ciencia. Nadie acaso cree en la actualidad con Gauhius, que sea posible establecer una clasificacion nosológica tan regular como las que se admiran en historia natural; pues que las enfermedades no tienen caracteres fijos y fáciles de apreciar, como los animales y las plantas.

He tratado esclusivamente en este libro de la patologia especial, sin especificar ninguna de las generalidades que pertenecen á la patologia general, y á la simeiótica: ¿qué hubiera yo podido decir, que no se encuentre mejor espresado en la obra tan eminentemente clásica de M. Chomel, libro que constituye sin disputa la mejor introduccion que tenemos al estudio de la medicina práctica?

Aunque por su titulo se dirige particularmente mi obra á los que emprenden la carrera médica, me atrevo, no obstante, á esperar que sea tambien útil á los prácticos. Si he conseguido hacer una obra util á los unos y á los otros, mis esfuerzos habrán obtenido la mas dulce recompensa que ambiciono.

## TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

# PATOLOGIA INTERNA

## PRIMERA CLASE DE ENFERMEDADES.

### DE LAS CALENTURAS.

CONSTITUYEN las calenturas una clase importante de enfermedades que algunos autores sistemáticos han procurado en vano borrar del cuadro nosológico, para incluírlas todas en las inflamaciones. Pero ya no hay en el dia quien se atreva á sostener semejante doctrina; porque todos reconocen la existencia de enfermedades, en las cuales la fiebre que forma el principal carácter, no va unida á ninguna alteracion local; ó si algunas veces se afectan los sólidos, sus lesiones son posteriores al movimiento febril, incapaces de esplicarle, y del mismo modo que la fiebre, el efecto y la consecuencia de una causa mas general. Pero antes de demostrar esta verdad, y de asignar á las calenturas sus caracteres distintivos, debemos dar á conocer en qué consiste la fiebre; enumerar los fenómenos que la caracterizan, ya constituya por sí sola toda la enfermedad, ó lo que es mas comun, no sea mas que un síntoma en general de diversas alteraciones perceptibles, y particularmente de las flegmasias.

#### *De la fiebre.*

Las palabras *fiebre* (1) *pirexia* (2) ó *estado febril*, sirven para designar un estado morbozo, caracterizado principalmente por un calor preternatural de la piel, frecuencia del pulso, malestar general y diversos trastornos de algunas otras funciones.

El aumento del calor del cuerpo que los antiguos é Hipócrates el primero, consideraban característico de la fiebre, es efectivamente el fenómeno mas constante de este estado morbozo, sin ser por esto un indicio cierto. El calor febril es mas ó menos vivo, los enfermos le sienten ordinariamente, la mano del mé-

(1) *Fiebre, febris*, se deriva de la palabra *fervere*, hervir, ó de *fervor*, efervescencia; porque se suponía que en la fiebre estaban los humores en movimiento, á la manera de los líquidos que entran en ebullicion. Segun otros, se deriva la palabra fiebre de *februare*, purgar, purificar; porque la fiebre se consideraba por muchos médicos como una operacion saludable de la naturaleza.

(2) *Pirexia*, voz usada entre los Griegos para designar la fiebre, viene de  $\pi\upsilon\rho$ , πυρρός, fuego, para espresar el calor, que es en efecto uno de los caracteres predominantes del estado febril. De aqui el nombre de *piretologia*, que se da á la parte de la nosologia, que trata especialmente de las calenturas.



dico le percibe, y el termómetro aplicado á la axila, da á conocer una elevacion de temperatura que varía entre 4 y 7 grados sobre la temperatura normal (1). No siempre hay una exacta relacion entre la intensidad del calor y la sensacion de los enfermos; estos, en efecto, suelen quejarse de un calor ardiente, mientras que el termómetro apenas indica la elevacion de un grado; al paso que otras veces, por el contrario, se quejan de un frio intenso, cuando el termómetro se eleva sobre la temperatura normal: así lo veremos especialmente en el estado del frio de las calenturas intermitentes. El calor morbosó, aunque general, es con frecuencia mas intenso en algunas partes del cuerpo, y aun puede, como se ha visto en algunos casos raros de calenturas de accesos anómalos (fiebres tópicas), limitarse á ciertas partes, conservando lo restante de la piel su temperatura. El calor febril puede ser fugaz ó continuo, disminuir ó aumentarse, cesar y aparecer de nuevo por intervalos fijos ó irregulares, segun la causa de la fiebre. Puede ser primitivo; pero las mas veces va señalada la invasion de la fiebre por una sensacion de frio, que puede reproducirse en lo sucesivo con mas ó menos frecuencia durante el curso de la enfermedad. El frio, tan variable como el calor, no es las mas veces sino una sensacion de los enfermos; porque la mano del médico, aplicada á la piel, percibe casi siempre lo contrario, y si se pone un termómetro en la axila, se le ve subir uno ó mas grados. Este frio, que con tanta frecuencia señala el principio de la fiebre, consiste unas veces en una simple sensacion, sin ningun sacudimiento ó agitacion del cuerpo, lo que constituye el *enfriamiento*; otras, se elevan los bulbos de los pelos (carne de gallina) y constituye la *horripilacion*; y por último, en un grado mas elevado, se agita el cuerpo con un temblor involuntario, y hay muchas veces castañeteo de dientes, constituyendo el *escalofrio* propiamente dicho.

La frecuencia del pulso es uno de los fenómenos mas constantes y ciertos de la calentura, por manera que Boerhaave la consideraba su carácter esencial; mas sin embargo, en algunos casos de fiebres graves, puede ser el pulso todavía mas lento que en el estado normal; aunque estas son anomalías muy raras, enteramente pasajeras, que se esplican hasta cierto punto por los trastornos de la enervacion, y que en nada disminuyen el valor que debe tener la frecuencia del pulso en el estado febril. Con todo, no es tanto su valor que basta por sí sola para caracterizar la fiebre, pues se la observa en muchos casos independiente de todo estado febril, v. gr. en las hemorragias considerables, despues de las cuales permanece á veces largo tiempo, en las convalecencias de enfermedades graves y en otras condiciones de la economía.

Variá mucho el grado de frecuencia del pulso, que no se puede apreciar exactamente sino con el reloj de segundos. A veces solo se observan algunas pulsaciones mas que en el estado ordinario; otras es doble ó triple en número, pudiendo llegar á tal grado su frecuencia, que sea imposible contarlas. Mas para juzgar racionalmente del estado de la circulacion, debe el médico conocer bien las variaciones que presenta la frecuencia del pulso en las diferentes edades de la vida; no olvidándose de que, segun las investigaciones de Leuret y Mitivié (2) el pulso de los viejos es mas frecuente todavía que el de los adultos,

(1) Se sabe experimentalmente que la temperatura señalada por un termómetro que se coloque en la axila es igual, poquisimo mas ó menos, á la de las cavidades internas, donde la caloridad llega al máximum.

(2) *De la fréquence du pouls chez les aliénés.* Paris 1852.



pues que en los primeros se observa por término medio 75 ó 74 pulsaciones cada minuto, y tan solo 65 en los segundos: resultados casi idénticos con los obtenidos en América por el doctor Pennock (1). Pero desgraciadamente hay discordancia respecto de la frecuencia normal del pulso en la primera infancia; de modo que, según Valleix, no asciende por término medio mas que á 90 ó 100 pulsaciones en los niños despiertos de dos á veinte y un dias, y á 87 en los mismos dormidos, siendo á los siete meses mucho mas frecuente (126 pulsaciones) que algunos dias despues del nacimiento, y disminuyendo despues hasta la edad de seis años, pero dando siempre mas de 100 pulsaciones (2). Por el contrario, según Jacquemier, el término medio del pulso de los recién nacidos es de 126 pulsaciones (5). En fin, ha indicado Trousseau el número 157 para espresar la frecuencia media del pulso en el primer mes de la vida; el de 120, desde los seis meses al año, y el de 118, de un año á veinte y un meses (4). Estos resultados confirmarán lo que antes de Billard y Valleix se decia, respecto á la gran frecuencia del pulso de los recién nacidos, que Floyer valuaba en 154. Sömerring y Haller en 140 pulsaciones.

He procurado comunicar alguna luz á semejante cuestion. Durante cinco años he asistido en el hospital de San Antonio á niños criados por sus propias madres; he contado muchísimas veces consecutivas el pulso de las criaturas completamente sanas, mientras dormian, y he aquí lo que puedo asegurar: en el primer mes de la vida extra-uterina oscilante el pulso entre 88 y 160 pulsaciones, presentaba 121 como frecuencia media: de dos á cuatro meses subia á 128: de cinco á siete bajaba á 116, y de un año á catorce meses bajaba todavía á 111: se entiende siempre por supuesto, frecuencia media. Según las circunstancias individuales ofrecia el pulso notables variaciones que pueden evaluarse á 40, 50 y 60 pulsaciones por minuto. Conviene ademas tener en cuenta que el pulso de los tiernos niños varia en el mismo individuo de un instante á otro muchísimo con respecto á la frecuencia; y esto durmiendo al parecer tranquila y profundamente el niño, y por lo mismo al abrigo de todo estímulo. Tan exagerada variacion esplica los resultados opuestos que han obtenido ciertos varones igualmente recomendables.

Todos los sujetos que tienen fiebre, experimentan ademas muchos otros desarreglos en las funciones; desarreglos que careciendo de la constancia y carácter de los precedentes, merecen sin embargo ser mencionados, y consisten en malestar, quebrantamiento, fatiga, dolor contusivo en los miembros, cefalalgia ó pesadez de cabeza; el apetito siempre se disminuye, y las mas veces se estingue completamente; por lo comun se aumenta la sed, se acelera la respiracion, y en fin, algunas secreciones, como la urinaria, pueden modificarse.

Para poder asegurar que la calentura existe, es absolutamente necesario que sus dos fenómenos mas esenciales (aumento de calor y frecuencia de pulso) sean permanentes, es decir, que se presenten con cierta duracion; lo que establece una diferencia entre el verdadero estado febril y la excitacion pasajera y puramente fisiológica que la circulacion y caloridad determinan en

(1) *American Journal* de 1817, et *Archives générales de médecine*, número de novembre 1848, p. 345.

(2) *Clinique des maladies des nouveau-nés*, et *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. II.

(3) *Thèse de Paris*, année 1857, núm. 466.

(4) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juillet 1841.

algunas circunstancias, como despues de una marcha, despues de la ingestion de sustancias estimulantes, etc.

De lo dicho no se exime ninguna edad; téngase sin embargo presente que en los recién nacidos y aun en todos los niños que todavía maman, faltan ó sufren á veces notables modificaciones algunos de los fenómenos espuestos hasta aquí, por manera que el escalofrío no suele preceder ni acompañar las calenturas de la tierna infancia y es poquísimas veces copioso el sudor que termina los accesos de las mismas. En tal edad la agitacion, la inquietud, el sopor y sobre todo el aumento del calor cutáneo son los principales síntomas de la calentura. Es en verdad el pulso mas frecuente que de ordinario, pero atendiendo á las considerables oscilaciones que ofrece en esta época de la vida, tiene su frecuencia menor importancia que en otras edades: únicamente en el caso de ser velocísimo el pulso tendria alguna significacion semeiótica, significacion que se deja para edad mas adelantada.

*De la calentura como elemento de diagnóstico.*—La calentura por sí sola, prescindiendo de cualquiera otra circunstancia, no suministra el menor dato para el diagnóstico; porque únicamente nos indica que el individuo que la padece, está enfermo. Para hacerla adquirir algun valor semeiótico, es preciso apelar á circunstancias accesorias como á su intensidad, curso, tipo y duracion, lo mismo que á las lesiones orgánicas que la acompañan ó complican.

Muy distante está la palabra *calentura* de ser sinónima de inflamacion, como se ha pretendido por algunos: con todo debe siempre hacer que nazca en la mente la idea de una enfermedad mas ó menos oculta, de cuya enfermedad no es la calentura misma mas que la sombra. Asi luego que se observe calentura, se analizarán minuciosamente todos los síntomas que la acompañan y se averiguará con el auxilio de los medios exploratorios que posee la ciencia, cual es el estado orgánico de la persona que la padece. Advierte oportunamente M. Bouillaud que en esta averiguacion se han de examinar los sólidos y los líquidos, pues en entrambos pueden encontrarse elementos patológicos. Procediendo de esta manera, se reconoce con frecuencia no ser la calentura sino el reflejo de algun sufrimiento orgánico. En muchísimos casos empero es únicamente la calentura la que constituye toda la enfermedad, ó á lo menos es el único elemento morbozo que logramos apreciar por mas indagaciones que hagamos, siéndonos imposible descubrir la menor alteracion local y primitiva que pueda tener relacion con la calentura existente. No se juzgará que hay calentura esencial sino por via de exclusion, es decir, cuando no haya sido posible descubrir daño material, ó se haya notado alguno que por sus mínimas circunstancias sea incapaz de levantar calentura. Mas exactos nosotros, mas severos que los profesores de un tiempo próximo pasado, no admitiremos la existencia de una flegmasia local, sin ver de ella señales infalibles, guardándonos de tomar por tales un ligero, variable y transitorio dolor, una insignificante modificacion secretoria, el color un poquito mas ó un poquito menos encarnado de la lengua, la piel algo seca, ó para decirlo de una vez, todas las alteraciones propias é inseparables de la calentura. Muy importante es aprovecharse también de los fecundos trabajos sobre la sangre hechos por Andral y Gavarret, de cuyos trabajos mas adelante nos ocuparemos, diciendo desde ahora que el estudio de tan importante líquido suministra caracteres para dis-

tinguir las calenturas esenciales, de las dependientes de alguna flegmasia, de un modo tan satisfactorio y terminante que con su auxilio resulta definitivamente probada para siempre la distincion entre pirexias é inflamaciones, que habia sido combatida en vano. Por fin, estudiando ó indagando el origen de la calentura continua, muchísimo cuidado pondremos en no dejarnos ofuscar por los demás desórdenes simpáticos, los cuales por su intensidad y predominio pueden llamar toda la atencion del observador, haciéndole creer que la escena patológica y por consiguiente la calentura dependen de algun daño material: para evitar un error de tanta trascendencia considérese atentísimamente la naturaleza de los accidentes observados, la energia y fecha de los mismos y examínese el estado orgánico, si está al alcance de nuestros recursos exploratorios.

Al principiar la calentura bien poco puede servir como elemento de diagnóstico: entonces vaya ó no vaya precedida de escalofríos, es casi imposible conocer lo que la tal calentura indica, no existiendo al mismo tiempo alguna lesion local que nos dé razon del movimiento febril. Nuestra ignorancia es en estos casos mucha, si visitamos niños ó jóvenes, disminuyendo gradualmente al visitar adultos ó ancianos, porque á medida que aumenta la edad, no solo menguan, sino que llegan á desaparecer, es decir, á no presentarse las afecciones febriles mas comunes de la juventud, v. gr. las eruptivas y las tifoideas; por manera que casi ni debemos acordarnos de ellas cuando tratamos de diagnosticar el mal de un viejo que principia con calentura. Siendo esta efémera, tambien sucede lo mismo, pues ataca facilísimamente á niños y jóvenes, mientras que apenas se observa en el postrer período de la edad adulta y aun menos en la vejez.

Desarrollándose sin embargo la calentura con ciertas condiciones especiales, podrá desde el instante de su invasion servirnos para un diagnóstico muy probable ya que no infalible: asi la calentura precedida ó no de escalofríos, que se declara en una mujer algunas horas despues del parto, ó de la terminacion de la fiebre lactea, anunciará casi siempre inflamacion abdominal. Esto es constantemente cierto en tiempo epidémico, no tan solo por lo que toca á la fiebre puerperal, sino con referencia á muchas otras enfermedades, sobre todo eruptivas é intermitentes. Consignemos aquí como un hecho práctico del mas alto interés, que si de un modo en apariencia espontáneo se declara calentura en enfermos de dolencias crónicas y apiréticas que les han debilitado, obligándoles á permanecer supinos en sus camas, aquella calentura es señal casi cierta de inflamacion intercurrente. Sucediendo lo que decimos, deberemos examinar todos los órganos, mas como hay que sospechar que el mal reside en los pulmones, principiará por estos nuestro exámen: sabido es en la actualidad que de todas las enfermedades incidentales la que con mayor frecuencia se despliega bajo de las condiciones que acabamos de suponer, es la pulmonía. (V. mi *Tratado práctico de la pulmonía*).

Es casi inútil indicar, que hablando en general, los prodromos son un auxilio nulo para señalar al médico el punto de partida de la calentura que nace, por ser muy varios y por no conocerse calentura aguda de ninguna especie que tenga prodromos especiales. Se exceptúan empero las epidemias, por anunciarse frecuentemente con fenómenos prodrómicos uniformes. Fácil es comprender que si la epidemia es febril, la calentura que subsiga á dichos fenómenos ó



señales precursoras, tendrá un alto significado diagnóstico que no podría tener en ninguna otra circunstancia. Cuando la fiebre es (según sucede á menudo) uno de los síntomas precursores de la enfermedad, no puede darnos á conocer el género del mal que anuncia, pero unida á los demás prodromos, adquiere notable importancia; de la misma manera en estos casos todos los demás prodromos sirven de muy poco para el diagnóstico, sino se cuenta con la fiebre.

De cuanto precede resulta, que en muchísimas ocasiones puede existir un estado febril general de mayor ó menor intensidad, imposible de esplicarse por la existencia de alguna flegmasia local. M. Andral que ha observado esos estados febriles generales, dice con muchísima razon, que no hay inflamacion marcada en ningun punto, pero que en todos se nota tendencia al trabajo inflamatorio. Por poco que el estado febril general se prolongue, nacerán diversas inflamaciones en relacion con las predisposiciones individuales y las susceptibilidades orgánicas. Opina sin ningun fundamento M. Piorry que en semejantes casos existe una inflamacion primitiva de la sangre, la cual va produciendo una ó muchas inflamaciones locales consecutivas. Otros sin afirmar que la calentura proceda de afeccion bien determinada de algun líquido, esplican las alteraciones de los sólidos que se presentan mas tarde, por el mismo movimiento febril que á la circulacion comunica desusada actividad. Desde tiempos muy antiguos fueron conocidos tales hechos: así los médicos de otras épocas decian con Sydenham, que la calentura se habia echado encima de un órgano, ó con Quarin que habia degenerado, ó que de calentura se habia trasformado en otra dolencia. Prescindiendo de toda interpretacion, dejemos consignado que el hecho es constante y no lo olvidemos; es un hecho que impone á los médicos la obligacion de examinar todos los dias los principales órganos de sus enfermos, á fin de sorprender desde el principio esas inflamaciones consecutivas, de las cuales dimana tal vez el mayor peligro que corren aquellos, aun cuando en alguna ocasion, bien escepcional por cierto, parezcan ser crisis afortunadas de la calentura. ¿No se ha visto alguna vez extinguirse esta por intensa y pertinaz que fuese, tan luego como apareció una benigna inflamacion, amigdalitis por ejemplo ó ligera erisipela?

La manera de principiar la calentura merece fijar la atencion. Sépase ante todo si fue ó no precedida de escalofríos: aunque estos se han de considerar comunes á la mayor parte de las afecciones acompañadas de fiebre, la mayor ó menor intensidad de los mismos al principio de la calentura continua es circunstancia muy significativa, habiendo experimentado M. Louis ser mas intensos y frecuentes los escalofríos en las enfermedades graves que en las leves. En los ancianos pues, si se presenta mucha calentura precedida de fuertes escalofríos, habrá que temer de preferencia el desarrollo de una pulmonía, á causa del predominio de las inflamaciones pulmonales en su edad y de la menor predisposicion que los adultos á otras afecciones febriles agudas.

Establecida la calentura de curso continuo durante varios dias, aumentando á menudo, habiendo traspasado ya la ordinaria duracion de la efémera simple y prolongada, lo mismo que el período de invasion de las eruptivas, deberá, en atencion á nuestro clima y á nuestro estado sanitario habitual, bajo el supuesto de no poder ser localizada todavía, juzgarse sintomática de alguna flegmasia oculta, ó que es una tifoidea, ó una eruptiva anómala, ó que indica la infec-



ción purulenta, ó por fin que el paciente se encuentra en un estado febril general que en breve se disipará, á no ser que ocasione la aparición de alguna flegmasia. De todas estas suposiciones la menos probable es la última, si la calentura data ya de siete ú ocho días.

La idea de una inflamación latente será la que primero se ofrezca, á pesar de no ser muy comun el observar inflamaciones de las vísceras que sean capaces de levantar fuerte calentura sin síntomas locales mas ó menos caracterizados; y esto por espacio de cinco, siete ú ocho días. Con todo se observan algunas veces como lo hace notar M. Chomel: así la inflamación de la matriz, ó de sus dependencias, la de algunos puntos del peritoneo, ó del tejido celular que lo rodea, despliega, en especial despues del parto, una calentura cuya causa no es fácil conocer, por mas que las circunstancias de las enfermas obligan naturalmente al médico á dirigir su atención hácia las partes inflamadas. Hay mas, la flebitis espontánea y la producida por alguna contusion, de la que ni tan siquiera hizo caso el enfermo y el médico ignora, puede, como lo he visto muchas veces, ocasionar ocho ó diez días consecutivos grande y continua calentura que es imposible explicar, hasta tanto que escalofríos irregulares, otros accidentes y sobre todo varios abscesos revelan su origen. Repitamos sin embargo que semejantes casos no se ven con frecuencia y añadamos que casi siempre es el pecho la cavidad, en que se hallan las causas de las calenturas sintomáticas de la alteración de algun sólido, calenturas, sintomáticas que no alcanzamos localizar. Ya dependen de una pericarditis, ya de una pleuresia, ya especialmente de una pulmonía, que siendo en su principio central, frustra por algun tiempo todos nuestros medios de investigación. Procuraremos cerciorarnos de esta pulmonía, sea la que fuere la edad del enfermo, aunque mas frecuentemente la encontraremos en el que mas años cuente. Lo que acabo de asegurar está completamente probado en mi *Tratado de la pulmonía*.

Conviene advertir que todo lo que digo es relativo á nuestro país, pues las ideas que espongo no son aplicables de una manera tan general á los demás países, donde reinan muchas otras calenturas, v. gr. la amarilla en América, la pestilencial en Oriente, etc. Estas enfermedades deberán en dichos países tenerse muy en cuenta para formar un ilustrado diagnóstico. Tambien en localidades pantanosas, de latitud mas meridional, como la campiña de Roma por ejemplo, la Grecia, la Argelia, etc., mirará el médico con mucha circunspeccion y desconfianza toda calentura continua simple, ó complicada de accidentes perniciosos que en tales países se presente, mientras reinan intermitentes y remitentes.

He supuesto que las calenturas continuas podian ser eruptivas anómalas, ya por haberse prolongado el período de invasion (cosa sumamente rara) hasta el sexto ó sétimo día, ya por faltar la erupción ó por apagarse despues de una existencia efémera. En tal caso se ha de tener bien presente el carácter de las enfermedades reinantes y recordar los primeros síntomas del mal, por si correspondian al sarampion ó á la escarlatina.

Segun hemos indicado, una calentura violenta y continua que persiste siete ú ocho días y que no sabemos explicar, podrá hacernos creer en una infección pútrida: faltando, empero, los síntomas característicos, necesario será apelar á los

conmemorativos, averiguando si el enfermo habrá podido en el ejercicio de su profesion inocularse algun líquido pútrido ó gangrenoso, como se observa frecuentemente en los disectores, en los veterinarios y en los encargados de cuidar caballos muermosos.

No he hablado hasta aquí sino de la calentura aguda. Cuando es crónica, indica desde luego enfermedad oculta, como supuracion en las partes blandas ó en los huesos, y con mayor frecuencia, tubérculos en los pulmones. *V. Calentura héctica.*

La calentura continua puede tener, como las demás enfermedades, período de aumento, de estado y de declinacion, y se muestra á menudo con exacerbaciones que tienen casi siempre lugar por la tarde ó por la noche, sin que sean precedidas de escalofríos, ni indiquen que el mal progresa ó que la causa de la calentura adquiera mayor actividad, pues ordinariamente corresponden á las revoluciones diurnas. A veces, despues de haberse sostenido estacionaria ó de haber bajado algo la calentura, adquiere de repente ó por grados nueva violencia que puede ser indicio de alguna complicacion ó del incremento de la enfermedad que ocasiona el estado febril, ó por fin, de la trasformacion de la tal enfermedad en otra que determina una mutacion en el organismo: asi en la flebitis, en el momento de infectarse la sangre, y en las viruelas cuando las pústulas supuran y hay reabsorcion del líquido en ellas contenido, vese redoblar de repente la calentura. La disminucion considerable de esta no significa de un modo absoluto que el mal vaya á menos ó tienda á terminarse, porque en ciertos casos señala únicamente que pasa de uno de sus períodos á otro: en las calenturas eruptivas, por ejemplo, los síntomas de la reaccion disminuyen sobre manera, mientras la erupcion sale ó luego de haber salido: en otras ocasiones ni cesa, ni mengua la calentura, por mas que la afeccion local, de que parece ser síntoma, haya disminuido mucho y aun cesado del todo: en el reumatismo articular se observa este fenómeno mas frecuente y mas marcado que en ninguna otra dolencia.

Tendremos despues ocasion de ver que la calentura, sin apreciar ninguna otra circunstancia mas que su tipo, nos será de grande utilidad para el diagnóstico: por manera, que desde ahora puede ya sentarse como regla general, que la calentura continua es en el mayor número de casos sintomática de alguna inflamacion, mientras que la intermitente es casi siempre esencial ó independiente de toda lesion material apreciable.

*De la calentura como elemento de pronóstico.*—La calentura que carece de peligro, teniendo una corta duracion y no acompañándose de grave afeccion en los sólidos ni en los humores, puede, si se prolonga, convertirse en causa de daños mas ó menos profundos en muchas vísceras: el número y gravedad de tales daños dependen de la violencia y duracion de la calentura. Esta importante ley patológica se debe á M. Louis, quien habiendo examinado con igual esmero todos los órganos en sujetos muertos de calenturas, encontró en el mayor número de estos reblandecida la membrana mucosa de las vias digestivas. Dejo por mi parte probado, que la calentura y la debilidad, son las causas mas comunes de las pulmonías que con tanta frecuencia sobrevienen en el curso de las enfermedades febriles. *Tratado de la pulmonía.* Ademas he reconocido por mi mismo ser exactísimas las observaciones de

M. Louis acerca de la influencia que la calentura fuerte y mas ó menos sostenida ejerce en el desarrollo de otros daños secundarios, sobre todo en los de la membrana mucosa gastro-intestinal. Es muchísimo mas raro observar que una calentura aguda, excitando la fuerza medicatriz de la naturaleza, determine la curacion espontánea de antiguas enfermedades que se mostraron hasta entonces rebeldes á toda clase de tratamientos. Boerhaave, Baglivi, Hoffmann, Strack, Werlhof, Pujol, Dumas, etc., citan casos de infartos crónicos, de afecciones dolorosas, de neurosis, de vesanias, etc., que se han curado á consecuencia de una calentura de corta duracion; pero semejantes hechos deben por su rareza calificarse de escepcionales. Por otra parte, confieso que á mi parecer ni Dumas ni Pujol han logrado probar las ventajas de la calentura en las enfermedades crónicas, pues en las obras de estos dos célebres médicos se notan muchos menos hechos inconcusos que asertos fundados en falsas interpretaciones. Pujol, en su *Memoria* premiada en 1787 por la Sociedad Real de Medicina de París, y que se halla en el tomo II de su *Medicina práctica*, confunde la calentura con la simple excitacion orgánica: segun él, los tónicos, la gimnasia, el régimen, los baños, las embrocaciones, los tópicos resolutivos y fundentes que curan ciertas enfermedades crónicas, obran únicamente provocando calentura, lo que es sobremanera contrario á la observacion cotidiana.

Es en muchisimas ocasiones la calentura un accidente de poca importancia y de ningun riesgo, sucediendo asi cuando dura poco y no va acompañada de grave alteracion en sólidos ni en líquidos. Muy al contrario siendo fuerte ó duradera, casi siempre indica sufrimientos orgánicos, en tales términos, que su grado de intensidad constituye, en el mayor número de casos, el medio mas á propósito para calcular el peligro del mal.

Al declararse una calentura continua, es no solo difícil, sino tambien imposible, saber cuál será su duracion, si mayor ó menor que la de una efémera. Cuerdo, pues, y reservado permanecerá el médico, sin aventurar su pronóstico, porque rarísima vez puede calcularse por los solos prodromos ó sintomas iniciales lo que la enfermedad será. ¿No vemos frecuentemente que los accidentes tifoideos mas espantosos se presentan despues de algunos dias de leve y benigna calentura? En las fiebres eruptivas, variolosas, sobre todo despues de súbita é intensísima calentura acompañada de amenazadores sintomas, observamos á menudo ser muy benigna la enfermedad.

Para formular un juicioso pronóstico no se debe prescindir jamás de la calentura, por ser ella con frecuencia el síntoma predominante. Siempre que en el curso de una enfermedad aguda aumenta mucho el movimiento febril, suelen disminuir los demás sintomas de una manera notable, y entonces la gravedad del pronóstico dimana de aquel aumento febril que puede desvanecer toda esperanza. Me esplicaré tal vez mejor diciendo que cuando hay desacuerdo entre la calentura y los sintomas locales, de modo que estos decrecen y aquella no, conviene, tratándose de una afeccion grave, dejar dudoso ó incierto el pronóstico: funesta terminacion se ha de temer cuando no solo la calentura no disminuye, sino que al contrario adquiere mayor intensidad.

Apenas se necesita advertir que la calentura no ha de ser el único elemento del pronóstico: deben tomarse en consideracion todas las circunstancias concomitantes, y á veces se tiene que recurrir á estas para apreciar el grado de



confianza que pueda inspirarnos la disminucion de la calentura que se nota en algunos estados patológicos graves: así en ciertas formas de la calentura tifoidea, y en el último período de las inflamaciones de los jóvenes, se observa que el pulso pierde su frecuencia y la piel su calor, por manera que casi debería decirse que hay apirexia: fijando empero la atención en la gravedad que al mismo tiempo van tomando todos los otros síntomas, y en la grande postración que existe, bien lejos de tranquilizarse el médico, hará un pronóstico tristísimo, viéndose en muchos de estos casos obligado á anunciar una muerte cercana. Al pretender asegurarnos de la disminucion de la calentura para apreciar la importancia de esta disminucion, es necesario enterarnos de la armonía que debe haber entre la frecuencia del pulso y el calor, que segun llevamos espuesto, son los dos síntomas mas característicos del estado febril. Mala señal es que el pulso disminuya, continuando la piel caliente y seca: si esta se pone húmeda y menos ardorosa, al paso que va aumentando la frecuencia del pulso, tambien lo tendremos por mala señal.

Para el pronóstico de la calentura, es de grande importancia el conocimiento de su causa: así la que se presenta con curso continuo, y cuya causa no puede descubrirse, es siempre grave. Dos calenturas de igual intensidad reclaman muy diverso pronóstico, si sus causas son muy diversas. ¡Cuánta diferencia, por lo que respecta al pronóstico entre la calentura sintomática de una erisipela limitada á una estremidad y otra igual, producida por una flebitis, peritonitis ó pulmonía! Bien puede, sin embargo, asegurarse que toda calentura muy alta, es decir, que comunique al pulso mas de 120 latidos, sea la que fuere su causa, se ha de considerar siempre peligrosa, exceptuando tan solo la que se observe en la edad infantil.

Imposible juzgamos establecer reglas absolutas, debiendo limitarnos á afirmar que el tipo continuo es en general mas grave que el intermitente: las calenturas de este exigen tanto mas serio pronóstico, cuanto mas se acerquen al tipo continuo. Las crónicas son mas temibles que las agudas, porque las primeras van hermanadas con lesiones muy graves y ordinariamente mortales: su pronóstico ha de fundarse de un modo necesario en la naturaleza de tales alteraciones, y por consiguiente en la posibilidad que haya de curarlas, ó únicamente de paliarlas.

En los niños y en los ancianos, suelen peligrosas ser todas las afecciones febriles: la observacion enseña que adquieren funesta gravedad en los dos extremos de la vida. Sin embargo, en los niños, sobre todo en aquellos que pasan ya de seis años, se ven violentísimas calenturas con agitacion y ora delirio, ora sopor, y se disipan en el espacio de diez ó veinte y cuatro horas: por lo tanto, no pronostiquemos triste y precipitadamente, si asistimos á algun niño, cuyo mal principie por grande calentura. Téngase tambien presente para el acertado pronóstico, que el mismo grado de inflamacion determina por lo comun mas calentura y mayor número de desórdenes simpáticos en los niños que en los adultos, y en estos mas que en los viejos, en los cuales aun cuando estén los mas nobles órganos atacados de lesiones profundísimas, existen á veces sin aperebirse de ellas los demás aparatos. De esta circunstancia dimana el interesante precepto de medicina práctica que nos ordena mirar con mucho respeto las mas mínimas alteraciones en la salud de los ancianos, y con mayor



razón si tienen estas calenturas; porque en su edad, lo que parece no ser más que una ligera indisposición, es con frecuencia indicio de muy grave enfermedad.

*Causas de la calentura.*—No es nuestra intención entretenernos en recordar los desvarios con que los antiguos médicos pretendieron explicar las causas de la calentura, causas que se ignoran en gran número de casos. Ya dejamos dicho y repetido, que las más ordinarias eran: alguna inflamación, el trabajo funcional exagerado de algún órgano, la alteración de la sangre, etc., etc. Se ignora en la actualidad, y tal vez se ignorará siempre, el modo de obrar de estas causas para producir calentura. No alcanzamos á comprender cuál sea la relación, cuál el lazo con que se unen la causa y el efecto: cuantas explicaciones se han discurrido son ó ridículas ó indemostrables, no mereciendo que ningún varón grave se ocupe de ellas.

*De la calentura con relación á la terapéutica.*—No manifestando la calentura por sí sola ninguna dolencia determinada, y pudiendo depender de muchas y muy diversas, es imposible considerarla manantial esclusivo de indicaciones: está tan lejos de ello, que ni exige jamás, de un modo absoluto, especial medicación, ni rechaza tampoco ninguna, por manera que los antiflogísticos, los evacuantes, los revulsivos, los tónicos, los estimulantes difusivos, los antiespasmódicos, pueden emplearse según la naturaleza de la calentura y el predominio de tal ó cual sistema. Con mucha frecuencia acontece que el aparato febril no se ha de combatir con una terapéutica directa, es decir, que obre sobre la enfermedad principal, ó sobre el sistema circulatorio, sino que deben emplearse medios que tiendan directamente á modificar algún síntoma ó algún estado orgánico que por accidente ha tomado predominio. Así las calenturas complicadas de desórdenes nerviosos se calman, como estos, con los antiespasmódicos: así disminuyen con los eméticos ó los purgantes todas aquellas, durante cuyo curso se presenta como indicación predominante y urgentísima la necesidad de evacuar el estómago ó los intestinos: así en varios estados patológicos muy graves, cuando ya se extinguieron las fuerzas y se halla cerca de extinguirse también la vida, prescindiendo de la naturaleza de la primitiva enfermedad, y escuchando tan solo lo que llamaban los antiguos *indicación vital*, se curan las calenturas con tónicos, en tales términos, que á medida que reaparecen las fuerzas, va perdiendo el pulso su frecuencia y la piel su calor seco.

A pesar de lo dicho hasta aquí, es innegable que las calenturas pueden por sí solas, atendido su carácter, su forma y su naturaleza, fijar la elección de los remedios: en este caso se hallan las intermitentes que indican desde luego la administración de la quina. Aun entonces no es lícito prescindir de las demás indicaciones que reclama el estado de los órganos, y que no oponiéndose quizá abierta y completamente al uso del específico, lo retardarán al menos, á fin de que se desvanezcan antes las complicaciones que impedirían sus buenos efectos. Esto último no es aplicable más que á los casos benignos, porque cuando pelagra la existencia, no debe pensarse en otra cosa más que en la periodicidad y en el modo de vencerla, ordenando el sulfato de quinina en alta dosis, á fin de que no tenga lugar el acceso siguiente ó se presente con menos intensidad. También la calentura continua puede en ciertas circunstancias obligar al médi-

co á que prescindá de todo, para ocuparse esclusivamente de ella: en una franca é intensa inflamatoria, por ejemplo, lo que importa es moderar el movimiento circulatorio con emisiones sanguíneas, sin detenerse por la causa del mal ni por el estado de esta ó aquella funcion.

Cuando las calenturas indican la oportunidad de remedios enérgicos, nos decidiremos mejor guiándonos por los caracteres del pulso que por el estado de la piel. Casos hay, sin embargo, en los que el vivo y seco calor del tegumento determina por sí solo al médico á poner en práctica ciertos remedios, tales como lociones acídulas frias, y baños tibios, que tan convenientes son para el tratamiento de muchas enfermedades febriles, pues estando bien indicados devuelven á la piel su perdida blandura, disminuyen el calor y tambien muchas veces la frecuencia del pulso.

Cualquiera que sea la naturaleza, cualquiera que sea la forma de la calentura, procuraremos con toda prontitud curarla, ó al menos calmarla, porque toda calentura es un mal. Reprobamos la práctica de los médicos modernos que imitan á muchos del siglo último, quienes apoyándose en la autoridad de Boerhaave aconsejaban dejar reproducirse durante siete dias las fiebres intermitentes, no combatiéndolas hasta entonces que no comprometian ya la vida de los enfermos. Inútil creo detenernos en probar que las ideas de Sydenham acerca de las pretendidas ventajas de las fiebres continuas han ejercido funesta influencia en la terapéutica. Anhelando el gran médico que acabamos de citar, favorecer, anticipar la *coccion*, aconsejaba abandonar la calentura con todo su vigor mientras no hubiese peligro para el enfermo: de modo que inactivo ó simple espectador perdía Sydenham el tiempo, en que obrando con prudente energía le era fácil comunicar á la enfermedad una direccion saludable. Opinando nosotros que la calentura es siempre un mal, se sigue naturalmente que no trataremos de provocarla en ninguna ocasion. Alguna vez, sin embargo, podrá ser provechoso reavivarla con la administracion de difusivos y la aplicacion de rubefacientes, si ha tenido lugar la súbita desaparicion de algun exantema y se ha declarado algun temible accidente. En semejantes casos, segun nuestra manera de pensar, los medios que se emplean y que confesamos estar indicados, obran estimulando la piel y no aumentando la calentura, pues lo último seria, en nuestro concepto, mas perjudicial que útil.

#### *De las calenturas.*

Si se considera cuáles son las circunstancias en que la fiebre se manifiesta, tarda poco en advertirse (y esta distincion se ha hecho desde la antigüedad mas remota) que las mas veces no pasa de ser un síntoma el movimiento febril, un estado consecutivo al cual dan *origen* diversas alteraciones, sobre todo las flegmasias. En otras ocasiones sucede, por el contrario, que la fiebre, como ya se ha dicho, parece existir por sí misma, no explicándose por ninguna alteracion material y perceptible de los sólidos ó líquidos. En una palabra, si en el primer caso no constituye la fiebre mas que uno de los elementos de la enfermedad, en el segundo, al contrario, parece constituirla del todo. No es decir por esto que no se vean muchas veces coexistir con las calenturas diversas alteraciones consecutivas al movimiento febril, y no pueden por consiguiente expli-

carle: en cuyo caso se hallan la viruela, el sarampion, la escarlata y la afeccion tifoidea misma.

Las enfermedades en que el estado febril es el elemento esencial y el único apreciable; las afecciones febriles que no reconocen ninguna alteracion local, primitiva, esencialmente ligada á ellas, constituyen para nosotros la *clase de las calenturas*. Su número, antes considerable se ha ido reduciendo a medida que han podido distinguirse los movimientos febriles *consecutivos ó sintomáticos* de los que son *primitivos ó esenciales*.

Incurrieron en grande error Broussais y su escuela, cuando pretendiendo explicar todos los estados febriles por lesiones determinadas de un órgano cualquiera, propusieron borrar las fiebres del cuadro nosológico, y las consideraron como afecciones sintomáticas. Esta doctrina, para cuya defensa desplegó Broussais un talento prodigioso, arrastró en pos á la mayor parte de los ingenios, que le siguieron sin conviccion; por eso hemos visto que despues de algunos años se ha verificado una reaccion en pro de las antiguas doctrinas, y que los médicos han admitido de nuevo una clase de enfermedades febriles sin alteracion local constante y primitiva. Estos, lo mismo que los antiguos, convienen en considerar en tales casos á la fiebre como *esencial*. Pero semejante palabra que ha dado márgen á cuestiones interminables, no debe significar que la fiebre existe por sí misma, y que no constituye mas que una perversion ó alteracion del principio vital; sino que con ella pretendemos expresar que la lesion productora de la dolencia, tiene para nosotros naturaleza y asiento desconocidos, la palabra *esencial* expresará si se quiere, nuestra ignorancia ó un vacío de la ciencia; pero nada prejuzga respecto á la causa que produce y sostiene la fiebre.

Las calenturas, segun las comprendemos aquí, constituyen una clase importante de enfermedades notables por algunos fenómenos particulares, que las distinguen de los demás grupos de enfermedades febriles, y especialmente de las flegmasias con las cuales se han confundido por mucho tiempo. De modo que las calenturas son primitivamente generales, como lo acredita la imposibilidad en que estamos de referirlas á una lesion local; y si en muchas se observa una lesion constante, casi siempre es esta consecutiva al movimiento febril, y por otra parte no alcanzan á explicar la estension, gravedad ni generalizacion de los sintomas. Son ademas notables las calenturas por la duracion de los prodromos, y por las causas que las producen, que generalmente son, el contagio ó la infeccion. Finalmente, Andral y Gavarret han descubierto en estos últimos tiempos, por medio del análisis de la sangre, caracteres de tal modo distintivos que autorizan de una manera definitiva la separacion en vano combatida de las pirexias y de las flegmasias. En efecto, el análisis químico demuestra que en las primeras, suponiéndolas libres de toda complicacion inflamatoria, jamás se aumenta la fibrina; que muchas veces no escede de la cantidad normal (5|1000 por término medio) y que algunas se disminuye mas que en cualquiera otra enfermedad aguda. En las flegmasias se observa, por el contrario, un aumento constante y muchas veces considerable de la fibrina (*V. inflamacion*), y de aquí la frecuencia de la costra inflamatoria de la sangre, cuyo carácter falta en las pirexias, porque en estas suponiéndolas siempre libres de complicacion inflamatoria, solos dos casos se pueden presentar: ó guarda la fibrina su proporcion normal, ó se halla disminuida (Andral).



Es inútil advertir que la disminución de la fibrina, aunque frecuente en las pírrexias, no es indispensable en ninguna de ellas, y que por lo tanto no se la puede considerar como origen de esta clase de afecciones. Cree Andral que la disminución de la fibrina no es probablemente mas que una lesión secundaria, análoga á las que con tanta frecuencia se observan en los sólidos, y que, como estas últimas, puede llegar á ser causa de nuevos accidentes. La destruccion de la fibrina explica en efecto esa tendencia que se advierte á las hemorragias pasivas, y la facilidad con que se producen las congestiones viscerales, dos órdenes de accidentes que con mucha frecuencia se observan en las pírrexias graves. Bueno será añadir que esta falta de proporcion de la fibrina, coincide constantemente con la aparicion de los graves síntomas que el vitalismo atribuía á la adinamia, el solidismo á la relajacion de la fibra y el humorismo á la putridez de los humores (Andral). En tales casos es cuando la sangre que se estrae de la vena durante lá vida, se coagula con lentitud; su coágulo ancho y sin vestigios de costra es blando, se rompe con la mayor facilidad, y aun muchas veces es difluente y se divide á la menor presion en una multitud de grumos que nadan en un suero rojizo.

*Division de las calenturas.*—Nada hay mas arbitrario que las clasificaciones de las calenturas propuestas por los pírólogos. Como son casi siempre hipotéticas las causas verdaderas ó presuntas de la enfermedad, su asiento y su naturaleza, han sido su curso y duracion, y el predominio de tales ó cuales síntomas, las circunstancias principales que han tenido presentes los autores para hacer en el estudio de las calenturas divisiones numerosas y la mayor parte de ninguna importancia.

La consideracion del tipo de las calenturas sirve para establecer una division muy natural é importante, espresada ya en los libros hipocráticos. Asi, cuando el movimiento febril persiste sin interrupcion, se llama *continua* la calentura; si cesa para volver á manifestarse por intervalos regulares, toma el nombre de *intermitente*; y en fin, si teniendo una forma continua presenta exacerbaciones periódicas, lleva el nombre de *remitente*. Siempre han dividido los médicos en muchas especies á las fiebres continuas, fundando sus divisiones en los caracteres predominantes y en la idea que habian formado de sus causas y de su naturaleza. De aquí provienen las divisiones de las calenturas continuas en adinámica y atáxica, en inflamatoria, biliosa, mucosa, pútrida, maligna, etc. Estas divisiones arbitrarias, con las que Pinel entre otros recargó la pírrologia, han obligado á dar un paso retrógado á la ciencia, conteniendo la tendencia de los ánimos, desde Chirac, á la fusion de las fiebres continuas. Ejerció Pinel tal influjo sobre sus contemporáneos, que habiendo Petit y Serres descrito en 1815 las lesiones intestinales características de la calentura tifoidea, creyeron haber descubierto una nueva enfermedad, esencialmente distinta de las calenturas adinámica y atáxica de Pinel, á las cuales dejaron una existencia propia. Broussais, que vino pocos años despues, impelido por un sentimiento instintivo mas bien que por una conviccion emanada de la observacion exacta, procuró efectuar la fusion de las calenturas continuas, y las localizó en el tubo digestivo, como lo prueba el nombre de *gastroenteritis* que las dió. Pero esta misma palabra era un error, porque suponía una gastritis que rara vez existe; ademas bajo esta denominacion, confundió Bróussais muchas enfermedades di-



versas, sin comprender no obstante los caracteres distintivos de la calentura tifoidea. Tal era el estado de la ciencia, cuando en 1829 salieron á luz las investigaciones de Louis, que desde luego estableció la fusion de todas las calenturas continuas graves de este clima en una sola: la tifoidea. La demostracion de esta gran verdad es sin disputa una de las mejores conquistas de la medicina contemporánea, pudiendo decirse que ha producido una verdadera revolucion en la antigua piretologia, manifestando que las calenturas continuas graves, tan diferentes en la apariencia y consideradas como enfermedades distintas, eran en el fondo y en su naturaleza idéncas; no constituyendo mas que una sola afeccion, que podia manifestarse, segun las circunstancias, bajo formas variadas (Chomel y Genest). Sin embargo, la calentura tifoidea y el tifus europeo no comprenden sino las formas graves de las pirexias admitidas antiguamente, y para completar el conocimiento de las calenturas continuas de este clima, es necesario admitir ademas otras especies de pirexias, que son las calenturas *efemera é inflamatoria*. Pero en algunas otras regiones del globo no comprende la calentura tifoidea todas las especies de pirexias graves que allí se observan; asi es que la *calentura amarilla*, la *biliosa* de los climas cálidos y la *peste* de Oriente, son calenturas continuas, especiales y distintas de la afeccion tifoidea. Por último existe ademas en todas partes un género de calenturas continuas, notables por su curso determinado é invariable y por una erupcion especial en la piel, que constituye su lesion característica. y son las *calenturas eruptivas*. Todas las especies precedentes de calenturas son afecciones agudas; pero tampoco puede negarse que existe cierto género, cuyo curso es crónico, conocido bajo el nombre de calentura *hética*; género muy reducido en el dia, y que se observa rara vez, desde que sabemos que la calentura crónica es casi siempre sintomática de una lesion orgánica.

No admitiendo para nuestro clima, ademas de las calenturas eruptivas que van por separado, mas que cuatro especies de calenturas continuas, que son la efémera, la inflamatoria, la tifoidea y el tifus, debo decir que con mucha frecuencia se encuentran en la práctica estados febriles que seria absolutamente imposible clasificar entre las especies precedentes. Estos estados febriles, en que predominan las alteraciones de los órganos digestivos que caracterizan la forma mucosa ó biliosa del embarazo gástrico, tienen una fisonomía particular; por eso habia pensado desde luego estudiarlos con separacion, y al ejemplo de los nosógrafos que se han sucedido hasta Pinel, quise establecer una calentura gástrica ó biliosa; pero consultando á los piretólogos mas célebres incluso el mismo Pinel, me he convencido de que nada era mas oscuro ni mas hipotético que la doctrina de las calenturas biliosas. De modo que leyendo la relacion hecha por Stoll de esta calentura, incluida por él entre las anuales se encuentra un conjunto de síntomas lo mas desemejantes, sin descubrir los caracteres de una enfermedad bien descrita. El mismo Stoll debió conocerlo al confesar que habia visto pocas enfermedades que tuviesen una fisonomía tan variable; porque cambia, dice, de carácter, no solamente en los diferentes años, sino aun en la misma constitucion reinante. Pero esta aparente movilidad depende de que los médicos antiguos, que no juzgaban de las enfermedades sino por sus formas exteriores, reunieron en un mismo grupo afecciones muy desemejantes; y esto explica, por qué los autores modernos han rechazado unánimemente la existencia

de las calenturas biliosas ó gástricas, refiriendo los unos este estado morboso a la gastritis, á la hepatitis, y á la gastroduodenitis, y queriendo otros formar de él una variedad de la calentura tifoidea; pero la opinion de los primeros no se halla justificada, ni por los síntomas, ni por el curso de la enfermedad, ni por los resultados terapéuticos. Han emitido una opinion demasiado esclusiva, y sin embargo, bien fundada, los que han hecho de la calentura biliosa de los autores una variedad de la fiebre tifoidea; porque en efecto, es incontestable que no pueden menos de referirse á la dotinenteria, á la lesion de los foliculos intestinales y de los ganglios mesentéricos, todas las enfermedades graves que los médicos han visto reinar en tan crecido número, especialmente en la última mitad del siglo XVIII, y que han descrito como calenturas biliosas. Fácil es convencerse de esto, leyendo por ejemplo, la relacion de Tissot sobre la epidemia de Lausana en 1755; la de Mertens, sobre la epidemia de Mostow en 1769 y por último la historia hecha por Finke, de la que reinó en Tecklemburgo desde 1776 á 1780. Pero la calentura tifoidea no da razon de todos esos estados febriles con predominio de síntomas biliosos, que tan á menudo se observan en este país, sino mas bien de los casos graves; no pudiendo comprender los casos ligeros, es decir, todos los que por medio de un tratamiento conveniente ceden á los dos ó tres dias, y lo mas tarde á los diez. Pero ¿deben incluirse estos casos en el número de las piroxias esenciales, ó bien considerarlos como estados febriles sintomáticos de un padecimiento del estómago ó de los conductos biliares, cuya naturaleza no se halla todavía determinada? Me parece indudable, si se atiende que por una parte estos padecimientos gástricos existen con frecuencia sin fiebre y á que cuando esta se presenta no es mas que un epifenómeno, un acto accesorio, tan subordinado al estado morboso de las vias digestivas, que basta hacerle cesar para que al instante disminuya el movimiento febril, y aun muchas veces desaparezca al mismo tiempo. Todas estas consideraciones me impiden admitir en nuestro país una calentura gástrica ó biliosa: el estado morboso que pudiera recibir tal denominacion, se hallará mejor colocado entre las enfermedades especiales del estómago, en el artículo *embarazo gástrico*.

En resumen, hemos probado que existe una clase de enfermedades que debe recibir el nombre de *calenturas*, la cual dividiremos en cinco géneros diferentes, que son:

*Primer género*.—La *calentura continua* propiamente dicha, en la cual se comprenden siete especies, diferentes á saber; la *calentura efémera* la *inflamatoria*, la *tifoidea*, el *tifus de Europa*, la *fiebre biliosa*, de los climas cálidos, la *fiebre amarilla* y el *tifus de Oriente*.

El *segundo género*, comprende las calenturas eruptivas, *viruela*, *varioloide*, *varicela*, *sarampion*, *escarlata*, y *sudor miliar*.

El *tercer género*, se compone de las calenturas intermitentes *benignas*, *perniciosas* y *anómalas*.

En el *cuarto género*, se incluyen las calenturas *remitentes* y *pseudo continuas*, que tal vez podrian en rigor considerarse como una simple variedad ó un sub-género de las intermitentes.

Por último, en el *quinto género*, se halla la *calentura héctica*, *lenta* ó *crónicas*.

**PRIMER GÉNERO DE CALENTURAS.**

## CALENTURAS CONTINUAS.

## DE LA CALENTURA EFÉMERA.

Se llama *calentura efémera* un movimiento febril mas ó menos intenso, que generalmente termina á las veinte y cuatro horas de duracion, por medio de alguna evacuacion ú otro movimiento crítico.

*Síntomas y curso.*—La calentura efémera sobreviene, por lo comun, de un modo repentino, y su invasion va generalmente acompañada de un ligero escalofrío, al cual sigue muy pronto un calor considerable: la cara está encendida y animada, pero conserva su espresion natural; hay cefalalgia, lumbago y dolores contusivos en los miembros; la piel se halla caliente, pero suave al tacto; el pulso mas ó menos dilatado y frecuente; la sed es viva; la lengua blanca y ancha: no hay apetito, cámaras ni cólicos, y la orina es escasa y encendida. La esploracion de las cavidades esplánicas y de la superficie del cuerpo, no da á conocer la mas mínima lesion, capaz de esplicar el movimiento febril que se advierte. En fin, no existe ningun síntoma grave. Sin embargo, en algunas personas irritables, y principalmente en las mujeres y niños puede observarse algo de delirio ó de agitacion, durante el periodo mas agudo de la enfermedad. Ninguna alteracion constante de la sangre puede darnos razon de estos fenómenos. Resulta de ocho análisis verificadas por los Sres.<sup>o</sup> Becquerel y Rodier, que la sangre no experimenta cambio apreciable ni en la calentura efémera, ni en la sinocal, de la que trataremos luego (1). En general, á las seis, doce ó diez y ocho horas disminuye la fiebre de intensidad y desaparece enteramente al cabo de veinte y cuatro; sin embargo, no es raro que se prolongue todavía mas, y que no termine hasta los dos ó tres dias: entonces se le da el nombre de *fiebre efémera prolongada*. En tales casos se observa que unas veces disminuyen progresivamente los accidentes febriles, despues de haber llegado en algunas horas á su mas alto grado de intensidad, y otras se aumentan hasta el último dia. En este caso se observa, generalmente por la tarde ó durante la noche, un recargo de la fiebre, cefalalgia y malestar general.

La curacion se verifica muchas veces, sin que se observe ningun cambio notable en las secreciones; aunque sin embargo, es lo mas comun que coincida la disminucion de la fiebre con la aparicion de un sudor mas ó menos considerable, que exhala algunas veces un olor fétido; otras veces escretan los enfermos una orina encendida, turbia, ó bien hacen dos ó tres evacuaciones de materiales amarillos y muy fétidos; y en fin, una erupcion de vesiculas herpéticas en los labios, es una de las crisis mas frecuentes.

(1) *Traité de Chimie pathologique*

TOMO I.



En general no hay convalecencia, ó es esta de corta duración; el apetito se recobra al mismo tiempo que las fuerzas, luego que la fiebre desaparece; hay sin embargo, algunos sujetos, en quienes la disminucion de la gordura y la falta de fuerzas, no guardan relacion con la enfermedad que acaban de padecer; siendo muy comun entonces, que el completo restablecimiento exija todavía muchos dias de reposo y de régimen. Esto se observa principalmente en la entrada á la pubertad, en cuya época la calentura coincidiendo con un rápido desarrollo del cuerpo, merece verdaderamente el nombre de *calentura de crecida*.

Hay individuos que padecen cada año muchas recidivas de fiebre efémera; pero esto no sucede sino á los jóvenes, disminuyendo generalmente esta disposicion con la edad, y desapareciendo hácia los cuarenta años.

*Diagnostico.*—Cuando empieza la calentura, es muchas veces difícil determinar si no será mas que efémera, ó si el enfermo padece un acceso de fiebre intermitente. Sin embargo, cuando el escalofrío es ligero ó falta; cuando la fiebre, en lugar de cesar al cabo de ocho ó doce horas, como sucede las mas veces en los accesos intermitentes, dura hasta diez y ocho, veinte ó veinte y cuatro; cuando proviene de alguna de las causas que pronto voy á enumerar, hay probabilidad de que no sea mas que una calentura efémera.

*Pronostico.*—El pronostico no puede ofrecer ninguna gravedad.

*Causas.*—Afecta especialmente la calentura efémera á los niños y á los jóvenes; suele sobrevenir á consecuencia de emociones vivas, de trabajos corporales escesivos, de la impresion del frio ó de escesos en el régimen, y principalmente del abuso de los licores estimulantes. El veloz desarrollo del cuerpo en la época de la pubertad, es como queda dicho ya, causa frecuente de la calentura efémera. Cada época menstrual escita también en algunas mujeres un movimiento febril efémero. Al presentarse la secrecion de la leche en las recién paridas, se manifiesta un aparato febril que podría mirarse como una fiebre efémera. Estas diferentes causas suelen no producir mas que una laxitud dolorosa, esto es, una indisposicion caracterizada por un quebrantamiento, una sensacion de malestar general, un trastorno en la mayor parte de las funciones, sin movimiento febril. La laxitud puede ser en ocasiones el prodromo de la calentura efémera.

*Tratamiento.*—El reposo en la cama, la abstinencia de todo alimento, y el uso de bebidas diluentes ó atemperantes, son los únicos medios que deben emplearse. Si durante la convalecencia se hallan débiles los enfermos, si no vuelve el apetito; si los alimentos producen pesadez, si la lengua está sucia y el vientre perezoso, conviene administrar un laxante y luego algunas tazas de cualquiera infusion amarga, como de achicorias silvestres ó de centaurea menor para que pronto desaparezcan estos accidentes.

#### DE LA CALENTURA INFLAMATORIA Ó SINOCAL.

*SINONIMIA.*—Sinocal simple, *synochus imputris*, calentura ardiente (Quarin);—continente inflamatoria (Selle);—sanguinea (Semert.);—septenaria (Plater);—irritativa (Hufeland);—angioténica (Puel);—angio-carditis (Bouillaud);—inflamatoria (J. Franck, Chomel, etc.)

Se da el nombre de *inflamatoria* ó *sinocal* á la calentura continua indepen-

diente de toda inflamacion apreciable , que se asemeja mucho á la efémera y que se termina casi sin convalecencia despues de una semana ó poco menos, y rara vez mas tarde.

*Necropsopia.*—Acabo de decir que la calentura inflamatoria no estaba acompañada de ninguna lesion apreciable por medio de nuestros órganos. Bouillaud ha pretendido, sin embargo, despues de J. Franck , que esta pirexia consistia esencialmente en una inflamacion del corazon y de los grandes vasos: Pero nadie ha seguido nunca esta opinion , porque no se fundaba sino en hechos mal interpretados. En efecto, se habian supuesto como de naturaleza inflamatoria, las manchas rojas formadas despues de la muerte, y producidas únicamente por la imbibicion de los tejidos.

La historia anatómica de la calentura sinocal, como se encuentra en la Nosografía de M. Bouillaud, es, hablando con toda propiedad, una fábula.

La sangre estraída por la flebotomía no presenta alteracion. De ocho análisis practicadas por los señores Rodier y Becquerel , resulta que durante la calentura inflamatoria tiene aquel liquido su densidad y su agua como en el estado normal: la ligerísima disminucion de la parte albuminosa y salina se ha de atribuir á la dieta, á que suelen estar sujetos los enfermos, y no á la calentura: los glóbulos llegan al número mayor que se observa en la sangre de los individuos sanos (1). Nótase en un análisis que debemos á los señores Andral y Gavarret, que la proporcion de los glóbulos era superior á la normal, lo que consideramos ageno de la enfermedad y como un accidente á propósito para probar solamente que las personas pletóricas tienen predisposicion á la calentura angio-ténica.

*Sintomas.*—Invade esta á veces de repente y en completa salud , pero preceden con frecuencia á la calentura inflamatoria por uno ó muchos días, y algunas veces por una ó mas semanas , la cefalalgia, vértigos, zumbido de oídos, desvanecimientos, soñolencia, un estado de entorpecimiento, la pérdida del apetito, y todos los accidentes que acompañan á la plétora.

Indica algunas veces la invasion de la enfermedad un escalofrío que puede ser violento, pero de corta duracion, y al cual sigue un calor fuerte , pero suave y halitoso; el pulso, ademas de frecuente (de 80 á 110 pulsaciones), es notable por su dureza y dilatacion; el semblante aparece animado; los ojos injectados y lagrimosos; toda la piel presenta un color rojizo; las venas que serpean debajo de ella, están tirantes y prominentes, y pareciendo que todo el cuerpo ha aumentado de volumen, sobre todo la cara, los párpados y las manos. Se ha dicho tambien que en algunos puntos de la piel, sobre todo en el vientre y parte superior de los muslos, habia manchas azuladas, pizarreñas, lisas y redondeadas, de medio á un centímetro de diámetro, y sin desaparecer comprimidas con el dedo. Semejantes manchas perfectamente descritas por M. Davasse en su tesis (1847), ni son constantes, ni tienen una importancia reconocida. Aunque no suele haber jamás dolor muy violento, sin embargo el enfermo está cansado y abatido , se mueve con dificultad, se queja de cefalalgia, de vértigos y de dolores continuos en los miembros y en los lomos; se halla amodorrado ó atormentado por un estado de insomnio completo; la respiracion no es sensiblemente acelerada, falta

(1) *Traité de Chimie pathologique.*

el apetito, la sed es intensa, la lengua está blanca y la boca pastosa; hay astringencia de vientre, y la orina es escasa, muy ácida y de un color oscuro.

*Curso, duracion y terminacion.*—El curso de la calentura inflamatoria es continuo sin paroxismos evidentes; mas, sin embargo, como en la mayor parte de las demás enfermedades agudas, puede observarse una ligera exacerbacion por la tarde ó la noche. En general, se va haciendo cada vez mas intensa la calentura durante los dos ó tres primeros dias; despues queda estacionaria veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas, y disminuye poco á poco hasta que cesa del todo; por último, en ciertos enfermos cesa de pronto en su curso ascendente por la aparicion de alguna crisis, especialmente por una hemorragia. Si el sugeto es jóven, se verifica por la nariz el flujo sanguíneo; en los individuos de mas edad se exhala la sangre por los vasos hemorroidales; y últimamente, en la mujer, el sitio de preferencia para el esfuerzo hemorrágico, es el de los órganos genitales. La calentura inflamatoria puede terminarse tambien por sudores ó cámaras copiosas, ó por orinas sedimentosas; pero estas crisis son algo menos frecuentes en la calentura de que hablamos que en la efémera. Puede ademas terminarse la calentura inflamatoria sin que se observe ningun fenómeno crítico, siendo esto acaso lo mas comun. Opinaban los antiguos que la calentura de que tratamos, podia degenerar en otra de grave carácter: parécenos que la esperiencia no ha justificado tal opinion, y que la sinocal se termina siempre favorablemente, y ademas que los enfermos se restablecen con admirable prontitud, lo mismo que los afectados de fiebre efémera segun á su tiempo dijimos, esto es, que propiamente hablando, se ahorran la convalecencia. Cuando la calentura inflamatoria es simple, tiene corta duracion y rara vez se prolonga mas allá del quinto al sétimo dia. Si, por el contrario, escudiese este término, deberá investigarse con el mayor cuidado si la enfermedad es una calentura tifoidea de carácter inflamatorio, para no incurrir en el error en que han incurrido á veces los médicos de los últimos siglos, y aun muchos de nuestros contemporáneos. Por último, cuando una calentura inflamatoria se prolonga, debe averiguarse tambien si el movimiento febril está sostenido por una flegmasia latente desarrollada consecutivamente; porque no debemos olvidar que la calentura es por sí misma la causa de una multitud de alteraciones. Puede manifestarse un movimiento febril y durar muchos dias, independientemente de todo trabajo inflamatorio local; pero por poco que se prolongue, aparecen diversas flegmasias segun las predisposiciones orgánicas del sugeto. De aquí se infiere cuan importante es la exploracion diaria de los órganos principales; porque, en efecto, todo el peligro de la enfermedad consiste en las flegmasias consecutivas, no teniendo jamás una terminacion funesta la calentura inflamatoria, si se halla exenta de toda complicacion.

*Diagnóstico.*—Para establecer el diagnóstico diferencial, se averiguará si el movimiento febril es esencial ó si se refiere á alguna flegmasia local. La calentura inflamatoria puede distinguirse de la que precede á la erupcion de las viruelas, del sarampion y de la escarлата, porque entre los prodromos de estos exantemas, se cuentan, prescindiendo de la fiebre, algunos otros signos especiales, que daremos á conocer mas adelante. Tambien conoceremos la manera de distinguir la calentura inflamatoria franca de la forma angioténica de la fiebre tifoidea. Anticipémonos desde ahora á indicar que muy rara vez en la in-



flamatoria se notan la intensa cefalalgia y las epistaxis con que principia el mayor número de las fiebres tifoideas: tampoco aquella presenta esa postracion, ese estupor, esos desórdenes de la inteligencia y de los sentidos, ese calor urente, esos ruidos torácicos, esa sequedad y esas capas negruzcas de la lengua y dientes, esa tumefaccion del bazo, ese meteorismo, ese gorgoteo en la fosa iliaca, esa diarrea, esas manchas rosadas que existen cuando hay lesion en las glándulas de Peyero.

*Pronóstico.*—Siempre es favorable, fuera de los casos de complicacion, por ser la calentura inflamatoria una enfermedad benigna.

*Causas.*—La calentura inflamatoria acomete con preferencia á los jóvenes vigorosos, de temperamento sanguíneo, que usan de alimentos succulentos y viven en la molicie é inacción; en una palabra, es producida por las mismas causas que la plétora. Trae origen con frecuencia de un exceso en la comida, de un gran cansancio ó de la supresion repentina de una hemorragia constitucional. Reina algunas veces epidémicamente, y sobre todo en los parajes secos y elevados, y durante la primavera.

*Tratamiento.*—La mayor parte de las calenturas inflamatorias simples, ceden al reposo, á la dieta y al uso de bebidas diluentes. Sin embargo, es por lo comun útil, y muchas veces indispensable, alguna evacuacion sanguínea. Deberá preferirse la flebotomía á la aplicacion de sanguijuelas, á no intentarse reproducir una hemorragia suprimida. El pulso fuerte, el estado pletórico, las congestiones viscerales, he aquí las circunstancias que principalmente nos obligarán á practicar evacuaciones sanguíneas. Hay algunos síntomas que reclaman medios particulares; por ejemplo, se calmará la cefalalgia haciendo que el enfermo esté casi sentado y respire un aire fresco, aplicándole á la frente compresas empapadas en oxierato frio, dándole, en fin, con el mismo objeto uno ó dos pediluvios sinapizados. La constipacion cede por lo comun al uso de lavativas simples, y si no bastasen estas, se recurrirá á la administracion de cualquier laxante suave. Si se presenta la calentura inflamatoria á consecuencia de la supresion de una hemorragia constitucional, convendrá procurar reproducirla, ó se la suplirá por medio de una evacuacion sanguínea. Finalmente, si ataca esta calentura á una joven que no ha tenido aun la menstruacion, y en la que, no obstante, se advierten dolores en los lomos, en las ingles y en el hipogastrio, que anuncian la existencia de un trabajo hemorrágico, se favorecerá este con la aplicacion de sanguijuelas á la vulva, de lavativas calientes de artemisa, de fumigaciones dirigidas á las partes sexuales, y cubriendo estas partes con cataplasmas calientes.

Habiendo indicado las causas que producen la calentura inflamatoria, nos parece inútil decir cuál debe ser el tratamiento profiláctico.

*Naturaleza.*—Se ha discutido largamente acerca de la naturaleza de la calentura inflamatoria, pero todavía nos es desconocida. Hemos probado, contra lo que sostiene la escuela fisiológica, que la enfermedad no se refiere á ninguna flegmasia local. ¿Consistirá en alguna condicion de la sangre, como Boerhaave, Baumes y otros muchos han supuesto? Lo ignoramos, debiendo, sin embargo, decir que el análisis de aquel fluido practicado en estos últimos años por sujetos muy hábiles y competentes, no ha confirmado semejante suposicion.

## DE LA CALENTURA TIFOIDEA.

*Sinonimia.*—Frenitis (Griegos y Latinos).—Fiebre pestilente, maligna, pútrida, biliosa, mucosa ó grave (de la mayor parte de los autores);—lenta, nerviosa (Willis y Huxham);—adinámica y atáxica (Pinel).—Entero-mesentérica (Petit y Serres).—Dotinenteria (Bretonneau).—Gastro-enteritis (Brusais).—Fiebre ó afeccion tifoidea (Louis, Chomel, Andral).—Enteritis foliculosa (Cruveilhier, Forget).—Entero-mesenteritis tifoidea (Bouillaud). *tipus abdominal, ileotifus,*

*Definicion.*—La calentura ó afeccion tifoidea es una enfermedad aguda, anatómicamente caracterizada por la tumefaccion y una alteracion especial de los foliculos intestinales; asi como por aumento de volúmen, la inyeccion, el reblandecimiento, y aun algunas veces la supuracion de los ganglios mesentéricos correspondientes. A estas lesiones, acompañan por lo comun durante la vida una fiebre intensa, diarrea, meteorismo, sensibilidad y ruido en la fosa iliaca derecha, delirio, cierto estado de estupor ó de postracion, y una erupcion en la piel de manchas rosáceas lenticulares, y sudamina.

Entre todos los nombres que se han dado á la afeccion que vamos á describir, preferimos los de calentura ó afeccion tifoidea, porque ofrecen la ventaja de no dar idea alguna anticipada respecto á su naturaleza.

*Historia y bibliografia.*—Nadie pone en duda que la fiebre tifoidea ha existido siempre; de lo que seria fácil convencernos, leyendo las numerosas descripciones que los autores mas antiguos han dejado sobre las calenturas graves. Nada versados en las investigaciones anatómico-patológicas, y no refiriéndose mas que al estado sintomático, es decir, á los fenómenos exteriores, para caracterizar las enfermedades, han confundido muchas veces bajo la misma denominacion, afecciones esencialmente distintas por su asiento y naturaleza; y de una misma enfermedad han hecho otras veces tantas enfermedades especiales cuantos eran los caracteres exteriores que podian darlas una fisonomía diferente. Esto se nota sobre todo en la calentura tifoidea, á quien unos llamaron inflamatoria, maligna ó pútrida, y otros biliosa ó mucosa, segun predominaba tal ó cual aparato de síntomas, y sin que la lesion local fuese diferente. Pero los médicos de que hablo, no supieron descubrirla; porque si de tiempo en tiempo alguno de ellos, como Baillou y Baglivo, ensayaron con timidez localizar las calenturas esenciales; si otros muchos hallaron alteraciones de naturaleza inflamatoria en los intestinos de los que sucumbian á estas enfermedades, de ningun modo autorizan estas vagas indicaciones, para remontar el conocimiento de las lesiones propias de la calentura tifoidea, no digo á los tiempos mas remotos, pero ni siquiera á una época bastante próxima á la nuestra. Sin embargo, hace mas de un siglo, habia anunciado positivamente Chirac que en todas las calenturas malignas, se hallaba la mucosa gastro-intestinal, asi como la sangre, profundamente alterada, y consideraba á esta alteracion como el carácter anatómico de la enfermedad. Con todo, Chirac no tuvo prosélitos; porque si bien eran exactas las proposiciones que enunció, no las supo demostrar convenciendo á los demás. Lo mismo sucedió á Baglivo, á Spigel, á Stoll y á otros muchos, los cuales todos observaron lesiones intestinales; siendo por otra parte tan incompletas estas indicaciones, que pasaron enteramente desa-

percibidas por la multitud. El libro de Roederer y de Wagler, que no merece la reputacion que tiene y en el cual se hace relacion de algunas lesiones intestinales de la calentura tifoidea, ninguna otra modificacion hizo en las ideas generalmente admitidas: porque los autores creyeron ver una enfermedad especial distinta de las demás calenturas continuas. Cupo igual suerte á Petit y Serres, quienes en 1813 indicaron con exactitud por primera vez el carácter anatómico de la enfermedad que, bajo el nombre de calentura entero-mesentérica, se colocó en el cuadro nosológico, sin cambiar en nada las doctrinas piretológicas de la escuela de Pinel. Con respecto á esto, Petit y Serres fueron muy inferiores á Prost, que nueve años antes habia proclamado la constancia de las alteraciones intestinales en todos los sujetos que sucumbian á consecuencia de las calenturas graves (mucosas, gástricas, adinámicas atáxicas) (1); pero esta idea luminosa no produjo sensacion alguna, y pasó enteramente desapercibida. Felizmente, en 1829, halló Louis de nuevo y amplió la misma proposicion: y en la obra inmortal que publicó en esta época, volvió á trazar los caracteres anatómicos de la calentura tifoidea, no tan solo con una exactitud en que nadie le ha escedido, sino que tuvo principalmente el mérito de reducir á esta unidad casi toda la piretologia, demostrando la identidad de casi todas las formas de calenturas esenciales admitidas hasta su tiempo, y probando que en estas calenturas habia en el intestino una lesion material constante. Los resultados de Louis se comprobaron despues en todos los paises por un gran número de médicos, y fueron aceptados en todas las partes como verdades incontestables; porque Louis los habia establecido con la ayuda de ese método riguroso de observacion, llamado método analítico y numérico, que este médico ha creado por decirlo así, y cuyas investigaciones sobre la calentura tifoidea pueden ser consideradas como su mejor aplicacion.

La calentura tifoidea ha sido objeto de un crecido número de trabajos importantes. He citado ya las obras de Petit y Serres, y la de Louis; debo tambien hacer mencion de una manera especial de las investigaciones de Andral, en el tomo primero de su Clínica; de las de Bretonneau publicadas por muchos de sus discípulos, y especialmente por Trousseau, que dieron una exacta descripcion de las lesiones anatómicas, y las siguieron en sus faces sucesivas. Todos conocen la obra tan eminentemente clásica de Chomel y Genest, donde se trata de un modo tan perfecto de la historia general de la calentura tifoidea, y en la cual están igualmente comprobadas casi en su totalidad, las ideas de Louis. Otra obra importante es la del profesor Forget de Strasburgo, que ha enriquecido nuestra literatura con un excelente libro, sabia y juiciosamente escrito. Haremos tambien mencion de las investigaciones terapéuticas de Delaroque, Beau y Piedagnel. En fin, la fiebre tifoidea, que antes se estudió esclusivamente en el adulto, se ha estudiado hace algunos años en los niños; lo que nos ha valido muchos escritos, entre los cuales son los mas importantes, el de Taupin, inserto en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (años 1839 y 1840), y los que Barrier, Rilliet y Barthez han insertado en sus tratados de enfermedades de la infancia.

*Anatomía patológica.*—Entre las lesiones que se descubren al hacer la abér-

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des corps.* Paris, 1804.



tura de los cadáveres de los sujetos muertos de fiebre tifoidea, hay algunas que existen en todos los casos, y que por esta constancia forman el carácter anatómico de la enfermedad; mientras que otras por el contrario, no son constantes; no se encuentran sino en cierto número de sujetos, y no se hallan por consiguiente, necesariamente ligadas á la calentura tifoidea.

Las lesiones anatómicas que son constantes ó casi constantes, ocupan los folículos intestinales, los ganglios mesentéricos y el bazo.

1.º *Lesion de los folículos intestinales.*—Las alteraciones de estos folículos varían según la época en que han sucumbido los enfermos. Es imposible determinar el momento preciso en que empieza la alteración de los folículos, porque es raro que perezcan los enfermos antes de concluir el primer septenario. He examinado, sin embargo, con Chomel, el cadáver de un individuo muerto al fin del quinto día de la enfermedad, y he aquí el estado del intestino en los sujetos que mueren del quinto al octavo día, contando desde que empiezan los primeros accidentes. En la parte esterna del intestino se perciben frecuentemente chapas ó puntos rojos, lívidos ó negros, cubiertos algunas veces de falsas membranas, y que corresponden á los folículos enfermos, si se aprieta el intestino entre dos dedos, se sienten en el mismo punto durezas y desigualdades. Examinada la cara interna del órgano, despues de hacer una incisión á lo largo de la inserción del mesenterio, se perciben dos órdenes de tumores formados por el desarrollo de los folículos; los unos, cónicos y redondeados se asemejan por su forma y volúmen á gruesas pústulas, están diseminados por toda la circunferencia del intestino, y ocupan los folículos aislados. Los otros, mucho mas voluminosos que los precedentes, tienen su asiento en las glándulas de Peyero, no existen sino en el borde convexo del intestino, á la parte opuesta de la inserción del mesenterio; tienen de 15 líneas á 4 pulgadas de longitud, y sobre 10 á 15 líneas de latitud; algunas veces son exactamente redondos, y sobresalen de media á tres líneas de la superficie del intestino. Estas placas suelen tambien ser pálidas, de un blanco mate ó rosado y presentan generalmente un color que difiere del de la mucosa inmediata. Puede existir la alteración bajo dos formas distintas que importa muchísimo conocer.

*Primera forma ó chapas blandas de Louis.*—Se elevan poco sobre la superficie del intestino, y apenas ofrecen resistencia al tacto. Su superficie es casi lisa, ó bien granulosa, y como mamelonada. Si se hace en ellas una incisión, se ve que la mucosa y el tejido celular subyacente están húmedos, inyectados y engrosados, y que hay que referir á este doble espesor la prominencia de la placa. En algunos casos, los tumores de que hablo tienen el aspecto de una redcilla de mallas regulares. Su tejido se parece bastante al parénquima de la cereza ó de la ciruela, y la membrana mucosa que las reviste está mas ó menos reblandecida, y se desprende al mas ligero roce. Chomel ha dado á estas chapas el nombre de *chapas reticuladas*, y no constituyen mas que una variedad de las chapas blandas.

*Segunda forma. Chapas abarquilladas ó chapas duras de Louis.*—Estas forman una eminencia mas saliente que las anteriores; son duras y ofrecen al tacto una resistencia elástica. Si se las hace una incisión que comprenda todo su espesor, se observa que en lugar de estar simplemente inflamado ó hipertrofiado el tejido celular sub-mucoso, como en la primera variedad, se halla

trasformado, en toda ó casi toda la longitud de la chapa, en una materia homogénea de un blanco amarillento, consistente, frágil, friable, lisa, brillante al corte, y que tiene de dos á tres líneas y media de grueso. En la mucosa se observan las mismas alteraciones que en las chapas blandas. Las chapas duras se encuentran en casi la tercera parte de los individuos que mueren, y constituyen una lesión mas grave que las chapas blandas. Los folículos aislados presentan las mismas alteraciones que las glándulas de Peyero: solo que en los primeros, la materia amarilla elástica, cuando existe, tiene la forma de un cono. Se encuentran con frecuencia chapas elípticas que forman poco relieve y no son duras, pero notables por unos puntos azules en su superficie, que la asemejan completamente á la de la barba recién afeitada. Este salpicado negro se considera por algunos autores, y particularmente por el sabio profesor Forget, como un estado patológico, como una forma de la alteracion tifoidea; pero hechos numerosos nos han enseñado que tal disposicion no constituye sino una variedad anatómica de chapas, y que se la observa indistintamente en los sujetos muertos á consecuencia de toda especie de enfermedad aguda ó crónica.

*Ulceraciones.*—La ulceracion de los folículos enfermos se empieza á observar del noveno al duodécimo dia y rarísimas veces antes: M. Boudet en un caso la ha visto al dia sexto. Esta alteracion se forma de dos maneras diferentes: ya empieza por la mucosa, estendiéndose consecutivamente á la chapa, á la cual destruye poco á poco; ya por el contrario, el reblandecimiento ó la gangrena invade desde luego la materia amarilla de la chapa, estendiéndose en seguida á la membrana mucosa, que se desprende en pedazos con la sustancia de la chapa. En algunos casos es tan pronta la mortificacion de los folículos, tan rápido el trabajo de eliminacion, que la membrana mucosa que los cubre queda intacta en su totalidad, ó parcialmente las mas veces formando entonces bridas que retienen por mas ó menos tiempo la materia amarilla, ó las escaras prontas á desprenderse. Los dos modos de ulceracion que acabo de indicar, pueden encontrarse en un mismo individuo, y son comunes á los dos órdenes de folículos.

Varián mucho entre sí las ulceraciones que suceden á la destruccion de los folículos. Las que tienen su asiento en las chapas de Peyero, son ovaladas ó elípticas, y pueden tener de 3 á 4 líneas de longitud; por el contrario, las que están formadas á espensas de los folículos aislados, son mucho menores, circulares, y muchas veces parece que han sido producidas por un sacabocados. Generalmente representan con exactitud la forma de los folículos, á los cuales suceden; sin embargo, algunas veces se diferencian de ellos, lo que hace suponer que el trabajo ulcerativo se ha propagado mas allá de los límites del folículo. Hay úlceras cuyos bordes son duros, espesos, prominentes; en otras son muy delgados; unas veces está la mucosa desprendida en toda su circunferencia, y á una distancia de 2 líneas y media á 3, otras por el contrario, se hallan sus bordes adheridos. El fondo de la úlcera, rojo, pardusco, ó de un gris apizarrado, es mas ó menos granuloso ó liso. Frecuentemente está hipertrofiada la túnica muscular; otras veces, por haberse destruido esta, el fondo de la úlcera solo está formado por el peritoneo; en fin, cierto número de los que sucumben á la fiebre tifoidea, tienen perforado el peritoneo, ya por la estension del trabajo ulcerativo á esta membrana, ya á consecuencia de la formacion ó desprendi-

miento de una escara. En ambos casos se hallan materias estercoráceas derramadas en el vientre, y se ven las alteraciones características de una peritonitis parcial ó general. Estas perforaciones intestinales corresponden generalmente á una pequeña ulceracion; son simples ó múltiples; rara vez pasa su diámetro de 3 líneas y media; comunmente tienen su asiento en las 12 ó 18 últimas pulgadas del intestino delgado; casi siempre se forman del duodécimo al cuadragésimo día de la enfermedad, y se encuentran acaso con mas frecuencia cuando son pocas las chapas alteradas, como si la afeccion ganase entonces en profundidad lo que pierde en estension.

El número de las chapas enfermas varía de 1 á 50 ó 40. Generalmente se hallan en un mismo sugeto la mayor parte de las alteraciones que acabo de describir. El exámen cadavérico ha demostrado que las chapas mas próximas á la válvula ileo-cecal, son las que primero se afectan; asi se advierte que en estos puntos es donde se encuentran las alteraciones mas graves y mas avanzadas; por el contrario, estas disminuyen progresivamente desde el ciego hácia el duodeno. La alteracion de los folículos aislados no existe generalmente mas que en los dos últimos piés del intestino delgado. La membrana mucosa situada entre los folículos enfermos, se halla intacta algunas veces, y mas ó menos reblandecida é inyectada en las cuatro quintas partes de los casos. En los que mueren despues del vigésimo día, tiene comunmente un color gris ó de pizarra.

Quando se examina el intestino delgado de los sugetos que han sucumbido despues de seis semanas ó dos meses de enfermedad, se hallan los bordes de las ulceraciones aplastados y adelgazados; el fondo de un gris apizarrado, deprimido, brillante, igual, cubierto de una película delgada, liso, sin *vellosidades* y de aspecto seroso: esta es una verdadera cicatriz. Pero al cabo de algunos meses, este tejido de nueva formacion ha sufrido enteramente la trasformacion mucosa, y no puede ya distinguirse de las partes inmediatas. Las chapas que no han sido ulceradas, están deprimidas; son de un gris azulado y bastante consistentes, á veces arrugadas y como acorchadas. Segun Chomel, únicamente son susceptibles de resolucion las chapas duras; pero nosotros creemos que tambien lo son las blandas, y aun con mas frecuencia, si se exceptúa la variedad que hemos llamado *reticulada*, en la que parece haber ya una destruccion de tejido.

Las materias contenidas en el intestino delgado son casi siempre flúidas, amarillentas, y á veces mezcladas de sangre. Pueden hallarse tambien diferentes entozoarios, tales como ascárides y tricocéfalos. Estos últimos, que habitan en el ciego, se hallaron en todos los que sucumbieron en la epidemia de Gotinga. Cree Chomel que tambien se les encuentra en París con bastante frecuencia: esto, empero, no suele suceder mas que en ciertas constituciones médicas.

2.º *Ganglios mesentéricos*.—Los ganglios mesentéricos están casi siempre alterados en la calentura tifoidea; variando la afeccion ganglionar, segun la época en que han sucumbido los enfermos. Asi sucede que del quinto al décimoquinto día, se hallan los ganglios mas voluminosos (del grosor de una avellana); tienen un ligero color de rosa ó un rojo oscuro; están reblandecidos y friables. Del décimoquinto al vigésimo día, se encuentra mas marcada aun esta alteracion, y no es raro entonces hallar al cortarlos, puntos amarillentos de supuracion, diseminados en su tejido; pero casi nunca se ve al pus reunido en un foco, de lo que Louis no cita mas que un solo caso. Del vigésimo al trigésimo día, disminuye ge-



neralmente el volúmen de los ganglios, y toman un tinte pardusco ó violado. Despues del trigésimo se vuelven agrisados, de color de pizarra, y adquieren mayor consistencia. La alteracion de los ganglios está en relacion con la del intestino; lo que esplica por qué los ganglios mas alterados son los mas próximos al ciego.

Los ganglios mesocólicos suelen encontrarse alterados, aunque no lo están como los mesentéricos. En efecto, la lesion de los primeros no se ha encontrado mas que casi en las tres cuartas partes de sugetos, y en todos los casos su alteracion de volúmen, de consistencia, y de color era mucho menos considerable que la de los ganglios del mesenterio.

5.º *Bazo*.—El bazo está alterado en casi todos los casos. En los sugetos muertos del quinto al vigésimo ó vigésimoquinto dia, se halla este órgano de un volúmen doble, triple ó cuádruple; y su tejido, del color de las heces de vino, está reblandecido, bastando á veces la mas ligera presion para reducirle á papilla. Encontraremos estas lesiones del bazo en algunas otras enfermedades febriles; pero, esceptuando acaso las fiebres perniciosas, no se las observa en ninguna otra enfermedad, ni con tanta frecuencia, ni tan marcadas.

Las lesiones que ahora tenemos que estudiar, son aquellas que no se encuentran mas que en cierto número de casos, y no tienen, por consiguiente, el valor de las precedentes.

1.º *Organos digestivos*.—La faringe y el esófago no ofrecen nada notable, mas que algunas falsas membranas ó una infiltracion purulenta del tejido submucoso, y tambien algunas pequeñas ulceraciones superficiales, poco numerosas, que se encuentran en la sesta parte de los casos, en la parte inferior de estos dos conductos (Louis). Estas ulceraciones son menos frecuentes en el estómago (en una duodécima parte de casos), cuya membrana mucosa está mas ó menos reblandecida y adelgazada en la quinta parte de los sugetos (Louis). En el mayor número de los individuos que mueren de la calentura tifoidea, se encuentra tambien alguna lesion en el intestino grueso; asi que, Louis ha observado un reblandecimiento de la mucosa del ciego y del colon, con ó sin inyeccion y espesor, en las tres cuartas partes de los casos. Existen tambien criptas aisladas, lenticulares, las unas aplastadas y blanquecinas, y las otras rojas y ulceradas, en una quinta parte de los cadáveres. Las ulceraciones del intestino grueso no tienen su asiento esclusivamente en los folículos, sino que existen muchas en el intervalo de estos, y están únicamente formadas por la erosion de la mucosa. Rara vez se encuentran cicatrizadas estas úlceras, aunque los enfermos tarden mucho en sucumbir; lo que prueba que se desarrollan largo tiempo despues que las del intestino delgado. Concluiremos diciendo que Chomel y Genest han encontrado algunas veces una infiltracion sanguínea en el tejido celular submucoso de los sugetos que habian tenido una hemorragia intestinal en los últimos dias de su vida; pero yo nunca he justificado esta alteracion en casos semejantes, y la he buscado muchísimo. Sangre exhalada en los últimos instantes de vida y que se detuvo en el intestino, es lo que he visto. La imbibicion de dicha sangre en las membranas es un fenómeno puramente cadavérico.

2.º *Higado*.—Nada notable ofrece el hígado, sino es cierto grado de reblandecimiento en la mitad de los sugetos. La bilis generalmente es muy flúida.

3.º *Organos genito-urinarios*.—Casi siempre sanos estos órganos, dejan

sin embargo, ver el tejido renal reblandecido. En algunos casos epidémicos se han observado gravísimas lesiones de la vejiga, en términos de estar gangrenada en mayor ó menor estension, en el mas considerable número de dichos casos. Asi resulta de un trabajo de M. Cossy, inserto en los *Archives de medecine*, 1845.

4.º *Organos respiratorios*.—En casi las dos terceras partes de los casos, se hallan los pulmones mas ó menos alterados; algunas veces solo están ingurgitados, y otras se observan las lesiones características de una pneumonia en su primero ó segundo grado. La induracion invade uniformemente uno ó muchos lóbulos, ó está diseminada bajo la forma de núcleos (pneumonia lobular); pero la lesion mas comun es la que estudiaremos mas adelante (artículo *Pulmonía*), bajo el nombre de *esplenizacion*; lesion que algunos han considerado sin motivo como *especial* á la fiebre tifoidea, siendo asi que se la encuentra en la misma proporcion en los sujetos muertos de las demás enfermedades agudas. M. Bazin, que en su tesis (1854) estudió con mucha detencion las lesiones que causa la calentura tifoidea en los pulmones, ha manifestado formarse en ellos ciertos núcleos apoplécticos, que yo mismo he podido ver muchas veces. Ademas de las lesiones pulmonares, ha encontrado algunas veces Louis ulceraciones en la epiglotis y en la laringe, pero son menos frecuentes que las de la faringe y esófago.

5.º *Organos circulatorios*.—En muchos sujetos (al menos la mitad) se halla el corazon mas ó menos reblandecido y descolorido, principalmente cuando mueren al principio de la enfermedad. Estas alteraciones no se observan, por otra parte, en los músculos de la vida de relacion, que conservan su color y consistencia normales. Si la superficie interna del corazon y de los grandes vasos tienen con frecuencia un color rojo oscuro, no se ha de referir la causa de esto á la inflamacion, sino á una simple imbibicion cadavérica, que es aqui tanto mas fácil, cuanto que la sangre se halla en un crecido número de casos enteramente flúida, ó formando coágulos negruzcos y blandos.

6.º *Centros nerviosos*.—Rara vez están profundamente afectados los centros nerviosos. Lo mas comunmente no se notá mas que algunas pintas y menos consistencia en el cerebro; en fin, se encuentra con frecuencia una infiltracion sub-aragnoidea, cuya abundancia está en relacion con la duracion de la agonía. Estos resultados no concuerdan con lo que se asegura en algunos paises del otro lado del Rhin. En Berlin, por ejemplo, el doctor Grossheim pretende que la calentura tifoidea está constantemente complicada de una inflamacion de la médula, á la cual los autores alemanes refieren muchos de los accidentes del mal, v. gr., la postracion, la debilidad, las evacuaciones involuntarias, etc. Semejante opinion es del todo infundada.

7.º *Organos de los sentidos*.—Veremos en breve que el mayor número de enfermos de calentura tifoidea están sordos. Este accidente depende por lo general de lesiones materiales del oido. Convencido estaba yo de esta verdad, que ha sido recientemente puesta en evidencia por el doctor Passavent de Francfort; examinados por él muchísimos oidos de individuos muertos en el curso de la calentura tifoidea, y que durante esta habian experimentado desórdenes acústicos, se han hallado siempre en el oido interno lesiones relativas al grado de tales desórdenes: como encarnada y gruesa la membrana del tímpano, injectado el



conduco, la caja y celdillas mastoideas conteniendo espeso moco, la trampa de Eustaquio inflamada, etc. El laberinto mismo está alterado, aunque con frecuencia menor. Parecen estos daños anatómicos exclusivos de la fiebre tifoidea, al menos el doctor Passavent no ha hecho constar haberlos observado en personas muertas de cualquier otra enfermedad. (Gazette médicale de 1851).

8.º *Estado de la sangre durante la vida.*—La mayor parte de los médicos humoristas creían que la sangre estaba profundamente alterada en la calentura tifoidea; pero las investigaciones de los autores modernos, y sobre todo las que han hecho Andral, Louis, Chomel, Genest y Forget, que son tan numerosas y exactas, han probado hace mucho tiempo que aun no conocíamos ninguna alteracion de la sangre que fuese especial de la calentura tifoidea. Ciertamente que en esta última afeccion, el líquido no ofrece generalmente el aspecto que presenta en algunas otras enfermedades, como en la pneumonia y especialmente en el reumatismo; porque en efecto, en la calentura tifoidea el coágulo es menos denso, la costra cuando se forma es menos espesa, de menor consistencia y acaso se deba su presencia casi siempre á una complicacion inflamatoria, como tienden á demostrarlo las investigaciones de Andral y Gavarret. Pero la falta de caracteres francamente inflamatorios nada presenta de característico que no se halle al mismo tiempo, en igual grado y con tanta frecuencia, en otros muchos estados morbosos. Tambien diremos que la difluencia de la sangre, que su estado de condensacion ó meloso, que Bouillaud (él solo acaso hoy dia) considera aun como *característico de la calentura tifoidea, y que no se puede observar en ninguna otra enfermedad*, todos le han observado en la mayor parte de las afecciones que se tratan por medio de la sangría, y casi con tanta frecuencia como en la calentura tifoidea misma. Lo que aquí digo es aplicable á todos los períodos de la enfermedad: así que, á decir verdad, no es siempre difluente la sangre en el tercer grado, pues que nosotros hemos visto que no lo era en todos los cadáveres, y por otra parte Forget, que como Bouillaud sangra en todos los períodos de la enfermedad, no ha encontrado la sangre reblandecida en veinte y ocho sangrías hechas en el tercer septenario y aun despues; mas que en la séptima parte de los casos. No solamente no es el hecho mas general en los diferentes períodos de la calentura tifoidea, la alteracion apreciable de la sangre; ni tampoco cuando existe esta alteracion tiene nada de especial ó de característico, pero ni aun está necesariamente en proporcion con la gravedad de los sintomas, ni en relacion con los períodos de la enfermedad.

No pretendo, sin embargo, que la sangre deje de estar alterada en la calentura tifoidea; quiero decir solamente que esta alteracion debe buscarse en otra parte mas que en las simples apariencias exteriores, pues aunque se someta el líquido á los experimentos químicos, como recientemente han hecho Andral y Gavarret, no se encuentra mas que la alteracion que existe en todas las otras pirexias, es decir, la conservacion de la fibrina en sus proporciones normales, ó la disminucion de este principio. Becquerel y Rodier deducen de sus trabajos que la sangre no presenta en las fiebres tifoideas carácter alguno distintivo; siendo normal al principio de la enfermedad, y modificándose segun las circunstancias. Es el caso muy agudo, dicen, hay hemorragias, grande postracion, etc., entonces los tres principales elementos de la sangre disminuyen simultáneamente, y en especial la fibrina. Todo accidente, todo sintoma, tola



circunstancia adinámica, sea la que fuere, empobrecerá la sangre, y por consecuencia naturalísima tendrá este líquido menos glóbulos, menos albúmina, y sobre todo menos fibrina (1).

Esta disminución de la fibrina de la sangre coincide siempre, como se ha dicho ya anteriormente con la aparición de síntomas graves, y entonces es cuando también presenta la sangre estraida de la vena ese estado de difluencia de que hemos hablado. El coágulo es ancho, y su volumen está en razón inversa de la densidad, lo que depende de no haberse podido esprimir una porción del suero, y también de la gran proporción de glóbulos que contiene sobre todo al principio de la enfermedad; porque como Andral ha advertido, estos no disminuyen como la fibrina; antes al contrario, pueden ser más abundantes. Esta superabundancia de glóbulos no es un carácter de la enfermedad, sino dependiente de que la calentura tifoidea, ataca con gran frecuencia á individuos que por su edad y su constitución están más ó menos pletóricos, y como lo veremos más adelante, la plétora se halla caracterizada principalmente por el aumento de los glóbulos de la sangre. Cuando la calentura tifoidea se complica con alguna flegmasia grave, como una neumonía, entonces aumenta la cantidad de fibrina, como sucede siempre en todas las inflamaciones; pero este aumento, según después diremos (*V. Inflamación en general, estado de la sangre*), es menos considerable que si la flegmasia fuese primitiva.

¿Las alteraciones en la calentura tifoidea son diferentes según las edades? Los resultados anatómico-patológicos apenas ofrecen diferencia por lo que toca á adultos y jóvenes; y las investigaciones de los señores Rilliet, Barthez y Taupin prueban que también en la infancia tiene la calentura tifoidea los mismos caracteres anatómicos, siendo en todas edades los daños secundarios iguales en frecuencia. Opinan, sin embargo, los dos primeros de los autores que acabamos de citar, que en los niños las ulceraciones de los folículos se forman más tarde, son en número menor, y tienen menos anchura y profundidad que en los adultos: los tejidos membranosos de estos se muestran más predisuestos á ulcerarse.

*Valor de las alteraciones en la calentura tifoidea.*—En resumen, de las numerosas alteraciones que acabamos de estudiar, hay dos, las de las chapas y las de los ganglios, que son constantes y que forman el carácter anatómico de la calentura tifoidea. La lesión de los folículos aislados y de los agrupados es principalmente notable, porque jamás se encuentra con los caracteres que la hemos asignado, en ninguna de las enfermedades agudas ó crónicas actualmente conocidas. Se ha dicho, sin embargo, que en la escarlata, en el cólera y en la tisis, los folículos presentaban alteraciones análogas á las de la calentura tifoidea; pero como se verá después en los artículos dedicados á estas enfermedades, es tan grosera la semejanza, que no pueden hacer mérito de ella sino los muy poco versados en las investigaciones de anatomía patológica. Así que, la lesión de los folículos intestinales es propia de la calentura tifoidea, no sucediendo lo mismo con la de los ganglios mesentéricos, por haberlos hallado en igual grado de alteración, en la peste y en la disentería. No obstante diremos, que si la lesión de los ganglios no es tan patognomónica de la calentura tifoidea como la alteración de las chapas, no deja de constituir un carácter anatómico precioso

(2) *Traité de chimie pathologique.*

en razon de su constancia en todos los casos de calenturas graves. Casi lo mismo sucede con las alteraciones del bazo, que aunque no se manifiestan constante ni esclusivamente en la enfermedad tifoidea, sin embargo, en ninguna otra afeccion son tan frecuentes ni tan marcadas. Las ulceraciones que hemos notado con bastante frecuencia en la faringe, el esófago, el estómago y la epiglotis, tienen tambien hasta cierto punto algo de propio de la calentura tifoidea, pues que Louis ha probado que semejantes lesiones apenas se encuentran en el curso de las demás enfermedades agudas; de donde se puede concluir que en la calentura tifoidea los tejidos membranosos tienen tendencia á ulcerarse.

En cuanto al reblandecimiento del corazon, de los parenquimas y de las mucosas, estas son lesiones secundarias, que se observan casi en la misma proporcion en los sujetos muertos de las otras enfermedades agudas. Ya hemos probado anteriormente que dependen del aparato febril y que son proporcionadas á su duracion ó intensidad.

*Naturaleza de las alteraciones.*—Entre las lesiones anatómicas que acabamos de enumerar, unas son el resultado de la inflamacion, y otras parece que no dependen de ella. Entre las primeras se cuentan sin duda alguna la alteracion de los folículos intestinales y de los ganglios mesentéricos, las ulceraciones de todas las membranas mucosas, las falsas membranas y las supuraciones submucosas. Las alteraciones que considero como independientes de todo trabajo inflamatorio, son: el reblandecimiento del hígado, de los riñones, del corazon, del cerebro y aun el de la mucosa del estómago y del intestino; la rubicundez del corazon y de la aorta, asi como tambien las diversas alteraciones del bazo. Sin embargo, no puedo menos de advertir que las lesiones características de la calentura tifoidea, aunque ciertamente de naturaleza inflamatoria, cuando existen solas, no pueden producir en la sangre el aumento de fibrina que todas las flegmasias determinan; cuya escepcion es muy notable.

*Sintomas de la calentura tifoidea.*—*Invasion.*—En casi las dos terceras partes de los casos, la calentura tifoidea acomete repentinamente en medio de las apariencias de la salud mas perfecta. Por el contrario, en la tercera parte de los enfermos se observan diferentes fenómenos precursores. Asi se ve que estos individuos pierden el apetito y las fuerzas, se ponen tristes, abatidos, poco aptos para los trabajos intelectuales ó corporales; tienen desasosiego, experimentan escalofrios y á veces algo de diarrea; cuyo estado enfermizo puede durar de uno á quince dias. Sin embargo, los fenómenos de invasion aparecen bien pronto, siendo los mas constantes una viva cefalalgia frontal, escalofrios mas ó menos intensos y repetidos, y una debilidad tal que los enfermos se ven obligados á dejar al instante todo trabajo; debiendo por último agregar á estos síntomas las epistaxis y especialmente los cólicos y la diarrea que se observan en la mayor parte de los casos desde las primeras veinte y cuatro horas. Tales son los fenómenos que indican generalmente la invasion de la enfermedad; pero al punto sobrevienen nuevos accidentes. Para seguir con exactitud su desarrollo y curso, conviene, á imitacion de Chomel, dividir la enfermedad en tres periodos distintos, cuya duracion es variable, pero que se puede no obstante valuar en siete dias la de cada uno.

*Primer periodo.*—En este primer periodo se quejan los enfermos de una ce-

falalgia generalmente viva, tensiva, lancinante ó contusiva; su fisonomía alterada expresa el abatimiento; su inteligencia es mas ó menos obtusa; las respuestas lentas y penosas; hay á veces desde el principio algo de vaguedad en las ideas y aun delirio completo, maniaco y acompañado de una agitacion estremada: sin embargo, este último caso es bastante raro. Hay postracion de fuerzas; las mas veces están los enfermos echados de espaldas é inmóviles, no pueden ponerse de pié sin apoyarse; su marcha es vacilante, desigual, y se asemeja á la de los que están embriagados. Al mismo tiempo se quejan de vértigos, de desvanecimientos, de zumbido, de oídos y á veces de sordera. La mayor parte tienen epistaxis, generalmente poco abundantes, pero algunas veces bastante graves para exigir el taponamiento; en fin, en algunos casos solo hay una ligera exudacion, y entonces, si los enfermos están en la cama, pasa la sangre á la faringe, donde puede reconocerse por medio de la inspeccion de este órgano, y se arroja por la espectoracion bajo la forma de esputos grumosos y negruzcos. La boca está pastosa, la lengua blanquecina, poco húmeda y pegajosa, la sed es viva y el apetito nulo, hay con frecuencia náuseas y vómitos, formados especialmente de materias verdosas y amargas. El vientre, algo mas sonoro de lo ordinario, es asiento de cólicos; la presion en el ombligo suele ser dolorosa, pero sobre todo en la fosa iliaca derecha, donde comprimiendo con la palma de la mano se produce una especie de gorgoteo; hay deposiciones líquidas, amarillentas y mas ó menos numerosas. El bazo está aumentado de volúmen, y esto se comprueba por medio de la percusion del hipocondrio izquierdo que da un sonido macizo en una grande estension; pasando muchas veces el órgano mas allá del borde costal, se le puede sentir al través de las paredes abdominales. La piel está caliente y seca; el pulso da generalmente mas de 100 pulsaciones por minuto, siendo blando ó depresible, con frecuencia dilatado, renitente y dicoto. Hay un poco de tos, y los enfermos arrojan esputos parduscos que se desprenden difícilmente en razon de su estremada viscosidad. Se descubre casi siempre por medio de la auscultacion del pecho un estertor sibilante y sonoro, diseminado con desigualdad ó bien existiendo en los dos lados y en toda la altura de los pulmones, sin que se observe una disnea proporcionada á la intensidad y estension de los ruidos morbosos. El insomnio es completo ó los enfermos están amodorrados y atormentados por visiones ó sueños penosos. En fin, al concluirse este primer período empieza muchas veces á manifestarse la erupcion tifoidea.

Esta erupcion consiste en la aparicion de un número mas ó menos considerable de manchas rosadas de media á dos líneas del diámetro, redondeadas, que apenas se elevan sobre la piel, y que desaparecen á la presion como la rubicundez del eritema, existiendo comunmente en el vientre, en el pecho á veces, y casi nunca en los miembros. Pueden presentarse muchas erupciones sucesivamente; cada una dura dos ó cuatro dias, las manchas se ponen pálidas y desaparecen poco á poco sin dejar vestigio alguno. No creo que se haya notado jamás la erupcion tifoidea antes del quinto dia; se presenta comunmente del décimo al duodécimo, y no se ha visto despues del trigesimoquinto. Este síntoma rara vez falta, y aunque se le puede observar en el curso de otras enfermedades agudas, es sin embargo mas especial de la calentura tifoidea.

*Segundo período.*—Al fin del primer septenario se disminuye la cefalalgia y aun cesa completamente; pero los demás síntomas se agravan, y aparecen nue-



vos accidentes pertenecientes sobre todo al sistema nervioso. Asi sucede que el estupor es mas profundo; las facciones están inmóviles y se aumenta la postracion; los enfermos se ponen sordos; los miembros están agitados por saltos de tendones y aun á veces hay verdaderos movimientos convulsivos, rigidez y carfotogia. Se declara el delirio, si antes no existia siendo ya ligero y manifestándose tan solo durante la noche, ya continuo, pero tranquilo, ó bien agitado y furioso; lo que obliga á atar á los enfermos. Otras veces caen en un estado de soñolencia y de coma vigil. Estos diversos desórdenes del sistema nervioso, que se llaman comunmente los síntomas *atáxicos* de la enfermedad, pueden encontrarse en el mismo individuo, y con frecuencia alternan los unos con los otros.

En este segundo período de la enfermedad, está la lengua trémula y completamente seca; cubierta las mas veces, asi como los labios y los dientes, de una capa al principio gris, despues pardusca, y últimamente negra y brillante, á la cual se ha dado el nombre de *fuliginosidad*. Muchos creen que se halla formada esta capa por la sangre que exhala la mucosa bucal, pero mas bien depende de la desecacion de la saliva y del moco. Cuando la lengua aparece completamente cubierta con esta capa, entonces es pequeña, encogida, seca y dura, como un pedazo de corcho ó de madera; en su cara superior se observan grietas, que algunos autores de mérito tienen por ulceraciones; pero el exámen atento del órgano nos ha convencido hace mucho tiempo, de que estas hendiduras no penetran el tejido de la lengua, limitándose á la capa concreta que la tapiza.

En este período, la sed generalmente no es tan viva, y hay disfagia, ya sea dependiente de la parálisis de los músculos de la faringe y del esófago, ya sea sintomática de una alteracion de la garganta ó de la epiglotis. El meteorismo se aumenta considerablemente; la percusion produce en todo el vientre una resonancia timpánica; la distension de los intestinos es á veces tan considerable, que empuja el diafragma hácia el pecho, lo que dificulta la respiracion y acrecienta la ansiedad de los enfermos; continúa la diarrea; muchas veces se hacen las deposiciones involuntariamente, y tambien en muchos sugetos la vejiga paralizada se deja distender por la orina. Este líquido rara vez está alterado, porque las orinas cenagosas, negras y fétidas, que los antiguos decian ser frecuentes, constituyen por el contrario uno de los accidentes mas raros. Rayer ha demostrado igualmente, contra la asercion de algunos autores modernos, que en la calentura tifoidea casi nunca era alcalina la orina, ni aun en los períodos y en las formas mas graves de la enfermedad. El pulso pequeño, débil, deprimible y á veces desigual, continúa siendo acelerado, aunque algunas veces es por el contrario menos frecuente que en el estado normal. La piel, con un calor generalmente árido y acre al tacto, puede tener tambien algunas veces una temperatura menos elevada que la ordinaria. Por último, se presentan ciertos accidentes peculiares de la piel; porque, prescindiendo de la erupcion tifoidea, de que ya se ha hablado, se observan ademas sudamina, petequias, y principalmente escaras. El sudamina consiste en pequeñas vesículas semiesféricas, transparentes, de cosa de media línea de diámetro, confluentes, y que por lo comun existen en gran número. Se las observa principalmente cerca de las ingles y de las axilas, en las partes laterales del cuello, algunas veces en todo el tronco y aun en los miembros. Con frecuencia pasa esta erupcion desaperci-

bida; porque ordinariamente solo es bien perceptible, cuando se examina obliquamente la superficie sobre la cual se aparece, ó bien cuando se pasa ligeramente sobre ella el pulpejo del dedo, que siente entonces unas pequeñas desigualdades fáciles de aplastar y que le humedecen. Al cabo de algunos días, el líquido contenido en estas pequeñas vesículas se vuelve oscuro ú opaco, se arruga el epidermis, y por último se verifica su esfoliación. Las petequias pueden aparecer en la misma época; pero este síntoma es infinitamente mas raro que el sudamina y las manchas rosadas lenticulares. (V. *Hemorragias*: artículo *Púrpura*).

De todas las enfermedades agudas, la fiebre tifoidea es tambien aquella en que con mayor frecuencia se observan las ulceraciones y las escaras en los tegumentos. Estas escaras se forman principalmente en las partes que sufren el peso del cuerpo, como son el sacro, las nalgas, y sobre todo en las ranuras que las separan de los muslos, los trocánteres, los talones, los codos y el occipucio; ó bien invade la desorganizacion las superficies de las llagas artificiales, como las que producen los vejigatorios y las picaduras de las sanguijuelas, ó tambien las partes que han sufrido una irritacion fugaz por la aplicacion de cataplasmas sinapizadas. Finalmente, sucede algunas veces que se verifica la mortificacion de las partes exteriores sin causa apreciable; asi he visto sobrevenir el esfacelo de la piel del muslo, del escroto, del pié y del labio inferior.

*Tercer periodo.*—Los síntomas varían según el modo como termina la enfermedad. Si ha de tener un éxito fatal, se agravan todos los accidentes; las facciones se alteran mas y mas; la cara se pone hipocrática; la palabra es trémula; la respiracion difícil; la piel se cubre de sudores viscosos y los enfermos caen en un estado comatoso y sucumben. Si por el contrario, tiene una terminacion feliz, se observa desde luego que disminuye el estupor; el enfermo, que ha estado indiferente mucho tiempo, parece que se interesa por los objetos que le rodean; sucede al delirio ó al coma un sueño tranquilo; la boca se limpia: la lengua se humedece; disminuye el meteorismo; dejan de ser involuntarias las deposiciones; el pulso pierde su frecuencia y la piel su calor; vuelve el apetito, y un trabajo eliminatorio separa las escaras. Es raro que coincida el alivio con la aparicion de algun fenómeno crítico. Chomel y Genest han probado igualmente que la doctrina hipocrática de los días críticos, aplicada al estudio de las calenturas continuas, no tenia fundamento alguno.

*Calentura tifoidea de la infancia.*—La calentura tifoidea de la infancia presenta los mismos caracteres que la del adulto; no obstante, algunos de los síntomas principales no se observan con igual frecuencia en ambos casos. Asi es que Louis raras veces ha notado los vómitos al principio; y según Taupin, se manifiestan en esta época en la mitad de los niños. Parece tambien, según Rillet y Barthez, que la tumefaccion del bazo no se encuentra mas que en la tercera ó cuarta parte de los enfermos; sin embargo, este resultado se halla en oposicion con el de Taupin, el cual hace notar que el aumento de volumen del bazo es un fenómeno casi constante. En los niños, la lengua, aunque seca como en los adultos, se halla con mucha menos frecuencia que en estos últimos, encogida y resquebrajada; la retencion de la orina es tambien un accidente bastante raro, como asimismo el delirio, al menos al principio; y rara vez se presenta este síntoma en ninguna época de la enfermedad con tal violencia, que



obligue á sujetar los enfermos en su cama con la camisola ó chaleco de fuerza. Por último, las manchas rosadas y los signos de catarro, aunque frecuentes en la calentura tifoidea de la infancia, son no obstante, menos comunes que en el adulto. Lo mismo diremos de las epistaxis, del zumbido de oídos y de los vértigos: sin embargo, la poca frecuencia de estos síntomas, no es acaso mas que aparente, y depende de la dificultad que muchas veces se experimenta para descubrirlos en la niñez. Por último, despues veremos que la calentura tifoidea de los niños se diferencia tambien de la de los adultos, porque en los primeros son menos frecuentes algunas de las complicaciones mas graves, como la gangrena, las perforaciones y las hemorragias intestinales. Bajo el aspecto anatómico parece que en los niños no se han encontrado casi nunca chapas duras. Tambien se dice (como dejamos indicado) que en ellos las ulceraciones son tardias en formarse, al paso que prontas en cicatrizarse. Hechos como estos necesitan todavía demostracion.

*Formas de la calentura tifoidea.*—Los diversos síntomas de la calentura tifoidea que anteriormente se han enumerado, forman diferentes grupos, segun ciertas condiciones individuales ó esterores, difíciles de apreciar. Asi se ve que ciertos órdenes de fenómenos predominan y dan á la enfermedad una fisonomía especial, y bajo esta consideracion es como se han establecido la diferentes formas ó variedades de la calentura tifoidea. Las principales son: las formas *inflamatoria*, *biliosa*, *mucosa*, *adinámica*, *atáxica* y *latente*.

1.º *Forma inflamatoria.*—En la forma inflamatoria tiene el pulso la fuerza y plenitud que se observa en la calentura francamente inflamatoria; el calor es vivo, los tegumentos están inyectados, la orina es roja y escasa, y la sed intensa. Generalmente este estado no es mas que momentáneo, y por lo comun le reemplaza, despues de algunos días de duracion, el aparato sintomático que, segun veremos luego, caracteriza á las formas atáxica y adinámica.

2.º *Forma biliosa ó gástrica.*—Es menos frecuente que la anterior y está caracterizada por el predominio de los síntomas biliosos, la boca amarga, la lengua amarillenta, náuseas, vómitos, tinte amarillo, calor vivo de la piel y dureza del pulso. Se dice que esta forma reina principalmente en otoño y durante el estío. Las calenturas tifoideas que observó Tissot en Lausanna durante la epidemia de 1755 tenían la forma biliosa, que era tambien el carácter de la constitucion reinante. Esta forma ofrece las mismas trasformaciones que la inflamatoria.

3.º *Forma mucosa.*—Se la encuentra, segun dicen, en los sujetos debilitados por una mala alimentacion ó que habitan en lugares húmedos y mal sanos. En esta variedad de la calentura tifoidea, está la cara pálida y abotagada, la lengua blanca y la boca pastosa; las deyecciones son viscosas y se observan signos de catarro en muchas mucosas. En la epidemia de Gætinga, descrita por Røderer y Wagler, parece que existió esta forma mucosa en la mayor parte de los casos. La forma adinámica la sucede con frecuencia.

4.º *Forma adinámica ó pútrida.*—Es la que mas comunmente se observa en París, siendo primitiva en la tercera parte de casos (Chomel) y otras veces consecutiva á las formas precedentes: sus caracteres son, cara estúpida, suma postracion de fuerzas, el coma, la pequeñez y lentitud del pulso, el enfriamiento del cuerpo, las deyecciones fétidas, las fuliginosidades de la boca, las hemorragias pasivas y las escaras.



3.º *Forma atáxica, nerviosa, maligna ó cerebral.*—En esta variedad, predominan principalmente los desórdenes del sistema nervioso, como el delirio, los saltos de tendones, la carfologia, las convulsiones, la rigidez y la perversion de los sentidos. Debe referirse á la forma atáxica la calentura *lenta nerviosa*, descrita por Huxham, y que este médico llama impropriamente así por la aparente lentitud y falsa benignidad de la dolencia.

Las cinco formas de calentura tifoidea que acabo de enumerar, casi comprenden las diferentes especies de calenturas continuas graves admitidas por los piritólogos antiguos. Sin embargo, me apresuro á decir que es raro ver estas diversas formas con caracteres tan distintos, como podría creerse por las descripciones que he dado de cada una de ellas. Estas variedades de que he hablado, se combinan comunmente entre sí, y en muchos casos es difícil decidir acerca de la forma de la enfermedad, cuando, por ejemplo, se ven síntomas inflamatorios, biliosos, atáxicos y adinámicos que coexisten juntamente y que están casi en igual grado. Sea de esto lo que quiera, puede decirse con el profesor Forget, que las formas adinámica y atáxica son las mas frecuentes, son el término comun de las demás, porque caracterizan toda calentura tifoidea confirmada, y porque sucumben muy pocos enfermos sin haberlas presentado.

*Formas latentes.*—Con respecto á su mayor ó menor gravedad se han dividido las calenturas tifoideas en *graves, medianas y benignas*. Estas últimas pueden hallarse tan bien caracterizadas como la forma mas grave, pero todos los síntomas tienen suma benignidad. Otras veces, no solo son notables los principales síntomas por su poca intensidad, sino que faltan muchos de ellos ó no son mas que pasajeros. Así es que hay enfermos en quienes un aparato febril continuo y de mediana intensidad y la pérdida del apetito, son casi los únicos síntomas que llaman la atención del médico; porque si ha habido cefalalgia ha sido pasajera; la diarrea es poco intensa y apenas hay postracion. Estos son los casos que se presentan frecuentemente en la práctica y á los cuales se ha dado el nombre de *calenturas tifoideas latentes*, porque se curan casi siempre antes que haya podido establecerse el diagnóstico con seguridad; pero que sin embargo pueden tener un éxito funesto á consecuencia de una repentina exacerbacion de los síntomas, ó mas bien por la aparicion de algun nuevo accidente, como una hemorragia ó una perforacion de los intestinos, que vienen á dar gran certidumbre al diagnóstico, dudoso hasta entonces.

*Curso de la enfermedad.*—Por la descripcion que he hecho de los síntomas, se ha visto cuál es el curso ordinario de la calentura tifoidea. Hemos podido convencernos de que tenia una marcha regular como la mayor parte de las demás afecciones, sea que agravándose incesantemente ofreciese un éxito funesto, ó ya que habiendo llegado á su período de estado, declinase en seguida progresivamente. Hay casos sin embargo en que el curso de la enfermedad no es tan simple; así sucede algunas veces especialmente durante el segundo período, que presenta alternativamente exacerbaciones y mejorías repentinas, pero pasajeras, que hacen el pronóstico todavía mas incierto. En la afeccion tifoidea la fiebre es esencialmente continua, pudiendo no obstante ofrecer, como en la mayor parte de las enfermedades agudas, exacerbaciones que ordinariamente se presentan por la tarde. En algunos casos estas exacerbaciones sobrevienen con regularidad, son precedidas de un escalofrío y seguidas de sudores, como

en los accesos febriles *remitentes*; pero generalmente es poco marcada esta periodicidad, y cuando existe manifiestamente es de corta duracion.

*Convalecencia*.—La convalecencia tiene por lo comun una duracion proporcionada á la gravedad del mal; es tanto mas larga cuanto mayor es la debilidad producida por la afeccion y por los accidentes que han venido á complicarla.

La mayor parte de los individuos que se levantan de la cama despues de haber padecido la calentura tifoidea, están sumamente flacos, les vuelve muy pronto el apetito, y algunos sienten el hambre de una manera imperiosa. El edema de las estremidades inferiores, que frecuentemente es doloroso, y que en los niños invade algunas veces toda la periferia del cuerpo (anasarca), y la caída de los cabellos, mas comun tambien en la infancia, son fenómenos que se observan en algunos convalecientes; pero el accidente mas notable es un trastorno de las facultades intelectuales, una especie de locura, que por lo general se disipa espontáneamente á medida que se recobran las fuerzas. Hay muchos enfermos que tardan en oír bien, y esto se observa principalmente en los que han tenido un flujo purulento por el oído. Este accidente se presenta acaso en una vigésima parte de sujetos, en una época bastante avanzada de la enfermedad, es decir, del día veinte al cuarenta; y algunas veces va acompañado de la perforacion de la membrana del tímpano, como me lo ha hecho notar varias veces el doctor Ménière. En tales casos, los enfermos conservan el oído mas ó menos duro.

*Recaídas*.—Durante la convalecencia puede tener lugar una recaída, cuya causa alguna vez se ignora, pero de ordinario consiste en alguna imprudencia en el régimen ó en otra cosa. Renace la calentura acompañada de alteraciones nerviosas, la lengua vuelve á ponerse seca, reaparecen los síntomas abdominales, aunque ninguno de ellos, especialmente la diarrea y el meteorismo, tiene la intensidad de la primera vez, las erupciones se muestran, ó no; en fin son los accidentes todos irregulares y varios, careciendo de aquel orden con que vinieron cuando la enfermedad se desarrolló. Si los enfermos fallecen, nada se encuentra en sus cadáveres que nos explique los síntomas de la recaída, pues las ulceraciones intestinales estan casi cicatrizadas, recobraron los ganglios el volumen normal, es pizarreño su color y natural se halla el bazo.

Observanse sin embargo, en algunas aunque muy raras recaídas todos los mismos síntomas y con la misma intensidad que la vez primera: entonces la anatomía patológica (si mueren los enfermos) nos hace ver dos órdenes de lesiones, antiguas y en via de curacion las unas y recientes las otras, ó tales como las que se forman en los dos primeros septenarios de la calentura tifoidea.

*Enfermedades consecutivas*.—Afecciones intercurrentes atacan á veces, sobre todo en los hospitales, á los convalecientes de la calentura tifoidea y son las mas ordinarias, fiebres eruptivas y crisipelas. En algunas ocasiones acontece que la convalecencia se prolonga, despues de haber principiado de un modo satisfactorio: pierden cada día fuerzas los pobres convalecientes; les sobrevientos y decláranse señales incontestables de tubérculos en los pulmones ó en el peritoneo. La tuberculizacion que en semejantes casos tiene lugar, sigue su funesto curso con mucha velocidad.

*Recidivas*.—Parece hallarse en la actualidad demostrado que la calentura



tifoidea no afecta mas que una sola vez á un mismo individuo, en lo que se asemeja á las viruelas, al sarampion y á la escarlatina. No creo que hasta el presente se haya observado un solo caso auténtico de recidiva.

*Duracion.*—El curso de la afeccion tifoidea se diferencia tambien del de la mayor parte de las enfermedades agudas febriles, por su duracion *casi siempre* considerable, cualquiera que sea la benignidad de los sintomas. Si algunas veces los enfermos han entrado al parecer en convalecencia desde el octavo dia, estos hechos deben considerarse como casos escepcionales; porque aun cuando la enfermedad sea muy benigna, la convalecencia comunmente no se verifica hasta el fin del segundo septenario; y en los casos graves la duracion media es de veinte y ocho á treinta y dos dias. Creo que los dos términos estremos en que puede observarse la convalecencia, son los dias doce y ochenta. Ademas, en igualdad de circunstancias, entre todas las variedades de la calentura tifoidea, la forma adinámica es la que tiene una duracion mas larga (Chomel y Genest).

Sila calentura tifoidea tiene un éxito funesto, rara vez viene la muerte antes del séptimo dia; pero la mayor parte de los enfermos sucumben principalmente durante el segundo y tercer periodo, es decir, en el segundo y tercer septenario.

*Complicaciones.*—Puede complicarse la calentura tifoidea con varios accidentes, de los que son los mas comunes la peritonitis consecutiva á la perforacion del intestino, las hemorragias intestinales, las inflamaciones de las vias aéreas, la erisipela de la cara, la otitis, las parótidas y las escaras.

1.º *Peritonitis.*—La perforacion intestinal es el accidente mas grave que puede sobrevenir en el curso de la calentura tifoidea; pues que constantemente produce una peritonitis. Cuando antes de ser la perforacion completa, no se han formado adherencias que protejan al peritoneo del derrame de los gases y de las materias fecales, producen una peritonitis sobre-aguda, que Louis ha descrito muy bien. En el momento mismo del accidente experimentan los enfermos un dolor repentino, muchas veces bastante vivo para hacerles gritar, y que empezando en el punto perforado, se irradia en seguida á todo el vientre. No obstante, cuando los enfermos se hallan muy débiles y la sensibilidad es muy obtusa, puede faltar el dolor mas ó menos completamente. En los casos que existe, se aumenta por la presion y está acompañado de escalofríos, de enfriamiento del cuerpo, de una profunda alteracion de las facciones, de vómitos y de supresion de las cámaras. Sucumben los enfermos al cabo de seis á cuarenta horas; sin embargo, uno de Louis no murió hasta los siete dias. La perforacion intestinal es un accidente que sobreviene sin prodromos y cuando menos se espera, tanto en los casos graves como en los mas benignos, y cuando el diagnóstico ofrece la mayor incertidumbre. Un meteorismo muy considerable ó una presion inmoderada en la region iliaca, con el objeto de producir el ruido de tripas, puede favorecer ú ocasionar la perforacion; pero por lo comun, este accidente formidable sobreviene sin causa apreciable y de una manera enteramente imprevista. Es mucho menos frecuente en los niños que en los adultos, y en estos se observa una vez poco mas ó menos entre cincuenta ó sesenta.

2.º Las *hemorragias intestinales* son producidas, ó por la erosion de un vaso, ó de un modo pasivo, y por simple exhalacion. Es la sangre algunas veces muy abundante, y entonces se encuentra pura, líquida ó en coágulos negruzcos; ó



bien se derrama en pequeña cantidad y entonces está combinada intimamente con las materias fecales, y se la reconoce con trabajo. Cuando es grande la pérdida de sangre, se observan todos los signos de las hemorragias internas que después dará á conocer. La hemorragia intestinal es un síntoma grave que puede producir la muerte y que aumenta casi siempre la debilidad; siendo dudoso que haya sido nunca crítica. Esta complicacion, frecuente en el adulto, es por el contrario muy rara en la calentura tifoidea de la infancia, donde acaso apenas se manifiesta una vez entre ciento, es decir, ocho ó diez veces menos que en el adulto.

5.º La *enteritis*, complicacion enteramente secundaria en los adultos, parece: por el contrario, que hace un gran papel en la calentura tifoidea de la infancia. Se ha encontrado por M. Rilliet y Barthez la inflamacion y el reblandecimiento de la mucosa de los intestinos grueso y delgado, diez y siete veces en veinte y siete casos; y esta lesion aumenta, segun parece, los dolores abdominales, la diarrea y el meteorismo, siendo tanto mas comun tan grave complicacion, cuanta menos edad tienen los niños.

4.º *Inflamacion de las vias aéreas*.—La *pneumonia* es una de las complicaciones mas comunes de la calentura tifoidea; yo la he observado en la séptima parte de casos, y Louis la ha visto en una sesta parte de sugetos, siendo esta la proporcion en que, con corta diferencia, se la observa en los niños. Los signos porque se manifiesta esta complicacion los daré á conocer mas adelante. (V. *Neumonia*).

3.º La *erisipela* de la cara se encuentra en una vigésima ó trigésima parte de casos poco mas ó menos; generalmente es poco intensa, y muchas veces parcial y acompañada de ligera hinchazon. Sin embargo, produce una gran prostracion y hace sucumbir á la mitad de los enfermos.

6.º *Otitis y parótidas*.—La *otitis* es al parecer un accidente menos comun en los adultos que en los niños, en quienes se observa en casi la décima parte de casos. No está acompañada de dolor alguno, ni apenas caracterizada mas que por el flujo puriforme y por la sordera. Es pues un error el de casi todos los médicos que refieren constantemente este último síntoma, tan comun en la calentura tifoidea; á un desórden puramente nervioso, siendo así que en muchos casos (ignoro aun su proporcion) depende de la flogosis del oido interno ó del conducto auditivo esterno. Las *parótidas* son complicaciones poco frecuentes en todas las edades, y no se pueden considerar como movimientos críticos sino en poquísimos casos.

7.º *Escaras*.—He hablado anteriormente de las escaras que constituyen un síntoma alarmante, por cuanto indica una grande alteracion en la economia. Puede ademas la gangrena convertirse en una causa de la muerte, porque cuando se separan las escaras sucumben muchos enfermos por la abundancia de la supuracion, ó porque el organismo debilitado no puede efectuar la cicatrizacion. Este grave accidente, se encuentra casi con doble frecuencia en los adultos que en los niños, en quienes apenas se observa una vez entre diez y ocho.

*Diagnóstico diferencial*.—Entre los numerosos síntomas que se observan en la calentura tifoidea, ninguno hay que sea patognomónico; de manera que para conseguir el diagnóstico de la enfermedad, es menester la reunion ó el conjunto de varios síntomas generales y locales: hay especialmente algunos fenómenos

que son de grande importancia; porque raras veces se observan en el curso de las enfermedades agudas, y porque cuando se manifiestan en estas son mucho menos marcados que en la calentura tifoidea. Tales son, la cefalalgia grande y continua, las epistaxis, las manchas rosadas lenticulares, la sudamina, las escaras, el meteorismo, las hemorragias intestinales, el aumento de volúmen del bazo, el estupor, el delirio, el sopor ó el insomnio, la debilidad estremada que no guarda relacion con los demás síntomas, la contractura y los sacudimientos; fenómenos, cuya reunion ó existencia en mayor ó menor número en un mismo individuo, revela necesariamente una calentura tifoidea.

Sin embargo, el diagnóstico ofrece mas ó menos dificultades en un gran número de casos: asi es que desde el principio de la afeccion, cuando no hay mas que la cefalalgia, la fiebre, la anorexia, la sed, la diarrea y la debilidad, no es posible decir si es una calentura tifoidea mas bien que cualquiera otra enfermedad aguda.

Hay en efecto varias afecciones que se asemejan mucho á la calentura tifoidea; tales son en particular los prodromos de las calenturas eruptivas, y especialmente los de las viruelas, el embarazo gástrico con fiebre, las afecciones catarrales poco intensas, la calentura inflamatoria, y en fin muchas flegmasias viscerales; de suerte que, para precisar el diagnóstico, nos vemos obligados á esperar á que se manifiesten los demás síntomas, como el meteorismo, la tumefaccion del bazo, las manchas, etc. No obstante, si en estos casos dudosos, la debilidad es ya considerable; si hay insomnio, zumbido de oidos y vértigos, debemos mas bien inclinarnos á creer en la existencia de una calentura tifoidea. Opina Delaroque que desde el principio es muy fácil el diagnóstico, porque hay estupor, dilatacion de las pupilas, pulverulencia, ó como barniz moreno en lo interior de las narices y gorgoteo ileo-cecal. Estos síntomas no me parecen constantes.

Es raro que el diagnóstico sea aun incierto despues del primer septenario; porque si no hubiese ni las manchas, ni el meteorismo, ni el estupor, ni las epistaxis, ni las hemorragias intestinales, no obstante deberia presumirse, atendiendo solo á la *duracion de la fiebre*, que habia peligro de que sobreviniese la afeccion tifoidea. En efecto, como lo ha observado Chomel con mucha discrecion. En su *Patologia general*, una calentura aguda que dura mas de ocho dias, y que hasta ésta época, despues de esploraciones metódicas y repetidas, no ha presentado ningun signo local de una flegmasia bastante intensa capaz de explicarla, debe referirse á la calentura tifoidea, al menos en nuestro clima y en nuestro estado habitual de salud. El exámen de la sangre puede tambien ayudar á determinar la causa del movimiento febril: efectivamente, si este es sintomático de alguna flegmasia, se observa desde luego un aumento considerable de la fibrina, mientras que hemos visto, que en las pirexias simples, *jamás se aumenta* este principio, no escediendo muchas veces de su cantidad normal, y tambien se disminuye con frecuencia (*Andral*).

La edad de los enfermos es tambien un elemento precioso de diagnóstico. Bien pronto veremos que la calentura tifoidea jamás afecta á los viejos; asi pues, si en sugetos ancianos, es decir, que tengan mas de cincuenta años, se observa un aparato sintomático que pueda indicar la afeccion de las chapas de Peyer, debe escluirse al punto la idea de esta lesion, y buscar la causa del estado tifoideo que se observa en el padecimiento de algun órgano profundo, y sobre todo



en el pecho. Cualquiera que sea por otra parte la edad de los sujetos, es imposible que, aun los menos atentos é instruidos, confundan por mucho tiempo, ateniéndose á la alteracion de las chapas del intestino, el estado tifoideo y el que es sintomático de alguna flegmasia visceral; porque, gracias á los progresos que ha hecho en este siglo el diagnóstico de las afecciones locales, no se puede dudar mucho tiempo de la causa de los síntomas adinámicos que se observan. Las enfermedades que mejor simulan la forma adinámica de la calentura tifoidea, son: las flegmasias torácicas, la peritonitis, sobre todo aquella que afecta á las parturientas, la flebitis, el muermo agudo, las enfermedades de las vias urinarias, y el período de reaccion del cólera asiático. Pero por la descripcion que haré de cada una de estas enfermedades, se verá que teniendo en consideracion la edad de los sujetos, las circunstancias en las cuales se observa, y sobre todo los fenómenos suministrados por la exploracion de los órganos, se evita casi con seguridad el padecer una equivocacion acerca de la naturaleza de la enfermedad.

En la calentura tifoidea atáxica, especialmente cuando los enfermos tienen un delirio violento, desconocen muchos la afeccion y admiten la existencia de una flegmasia de los meninges y del cerebro. Pero este error que puede tener funestos resultados, solo podrá cometerse cuando no se tenga noticia alguna respecto á los antecedentes de los enfermos, y cuando falten la mayor parte de los síntomas. Pero casi siempre se puede establecer el diagnóstico diferencial por la comparacion de los síntomas y el diferente curso de la calentura tifoidea y de las flegmasias encefálicas, que es lo que haré mas adelante.

Tambien manifestaremos en otro lugar, que es imposible confundir la calentura con la enteritis, á lo menos en el adulto; mientras que en la infancia, la enteritis intensa ofrece algunas veces tanta semejanza con la forma grave de la calentura tifoidea, que puede llegar á ser difícil establecer el diagnóstico diferencial de ambas afecciones. Por otra parte, volveremos á hablar de esta materia cuando tratemos de la inflamacion de los intestinos.

*Pronóstico.*—Siempre es grave el pronóstico de la calentura tifoidea, pues por benigna que sea la enfermedad, es imposible afirmar cuál haya de ser su éxito; porque debemos tener presente que en los casos mas simples y benignos, y cuando todo hace suponer una terminacion feliz, puede verificarse una perforacion intestinal, y arrebatarse rápidamente á los enfermos. Este accidente formidable, que no podemos prevenir ni preveer, impedirá siempre á un médico prudente establecer *sin restriccion* un pronóstico favorable, aun en los casos en que parezca que los síntomas generales y locales le autoricen á ello. Pero, prescindiendo del carácter propio de la enfermedad, existen ademas algunas circunstancias particulares, tales como las condiciones de la edad y ciertos síntomas que deben tambien modificar el pronóstico.

Si el *sexu* no ejerce influencia alguna sobre el éxito del mal, no sucede lo mismo con la edad de los sujetos. Así es que numerosos hechos han demostrado hoy día que la calentura tifoidea es muy mortífera en la infancia, pues que en esta edad, ya por sí misma ó por sus complicaciones, hace sucumbir algunas veces mas de la cuarta parte de los que la padecen (Rilliet y Barthez). Sin embargo, segun ha indicado Barrier, no mueren mas que una décima parte. Sea de esto lo que quiera, la afeccion es sobre todo grave en los cinco primeros años de la vida. Parece que desde los quince á los veinte años hace menos víctimas que en todas



las demás edades. Desde los veinte hasta los cuarenta, el grado de mortandad, aunque algo menos considerable que en el caso anterior, no varía mucho, mientras que en pasando de esta edad parece que se aumenta la proporción de los muertos. Es generalmente mas grave la dolencia en los sujetos debilitados por una escasa alimentacion y por pesadumbres prolongadas, y en los que tienen una constitucion débil.

La influencia de las *estaciones* sobre la mortandad no se halla aun bien establecida. Segun Chomel, la *lentitud de la invasion* seria una circunstancia desfavorable.

Entre los síntomas que dan la mayor gravedad al pronóstico, debe citarse la *hemorragia intestinal*, puesto que sucumben mas de la mitad de los enfermos que han presentado este accidente. Un *meteorismo* considerable y las *deposiciones involuntarias* son igualmente signos graves, pero en menor grado que el anterior y que la *disfagia*, sobre todo cuando depende de una parálisis de la faringe.—El *delirio* es siempre una circunstancia agravante; pero es principalmente un signo grave cuando sobreviene desde el principio de la enfermedad. El *coma*, cuando es permanente, y los *saltos de tendones*, constituyen los síntomas mas graves; pero por mucho que lo sean, no indican una muerte tan cierta como las *convulsiones*, la *rigidez tetánica* de los miembros y la *cara hipocrática*. La *sordera*, aunque sea completa, no es un signo tan funesto como se cree generalmente. Otros han considerado la *otorrea* como de buen agüero; pero esta es una opinion muy controvertible. La *estremada frecuencia del pulso*, ó bien su *lentitud*, como suceda de repente á una gran frecuencia y coincida con la exasperacion de los demás síntomas, es uno de los signos de peor agüero.

Todas las *formas* de la enfermedad son peligrosas; pero la *adinámica* y *atáxica*, y *sobre todo esta última*, son las mas graves.

Todas las complicaciones aumentan necesariamente la gravedad de la calentura tifoidea. Por eso casi todos los que padecen una *neumonia* intercurrente sucumben muy pronto. Cuando hay signos de *perforacion intestinal*, debemos casi desesperar de la salud de los enfermos. La formacion de *escaras*, especialmente en el sacro, y la *erisipela* de la *cara* son accidentes contra los que deben tener los médicos la mayor prevencion.

En fin, segun la observacion de Chomel cuando despues de una corta remision de los síntomas se ve que vuelven á aparecer los accidentes con mayor intensidad que antes, el pronóstico es muy grave; porque en este caso casi siempre tiene la enfermedad un éxito fatal.

*Etiología de la calentura tifoidea.*—En estos últimos tiempos se ha procurado indagar con esmero cuáles son las causas predisponentes y ocasionales de la enfermedad: hé aquí los principales resultados que se han obtenido.

1.º *Edad.*—Parece que la calentura tifoidea nunca afecta á los viejos. Resulta de los hechos consignados en las obras de Louis y Chomel, que la enfermedad tiene su máximum de frecuencia desde diez y ocho hasta treinta años; que es poco comun pasados los cuarenta, y jamás ni ellos ni yo la hemos visto despues de los cincuenta y cinco. En la infancia es frecuente la calentura tifoidea, como lo acreditan las investigaciones de Barrier, Taupin, Rilliet y Barthez. Se ve en efecto, por los trabajos de estos autores, que la afeccion de que tratamos es sobre todo frecuente desde los nueve á los catorce años; que lo es menos

de cinco á ocho y que rarísima vez se observa en los primeros años de la vida. No obstante, ha habido algunos casos de ella en los primeros meses de la existencia; y un hecho comunicado á la Sociedad de Medicina de Indre-et-Loire por nuestro amigo el profesor Charcellay, prueba que aun dentro del claustro materno puede tambien afectarse la criatura de la calentura tifoidea. Tambien se dice haberse observado esta en una persona de setenta años: si esto es cierto, constituye tal vez el único hecho en tal edad.

2.º *Sexo, constitucion y profesiones.*—Nada se sabe de positivo respecto á lo que el sexo, las constituciones, profesiones, etc., predisponen á contraer la enfermedad. Se ha dicho sin embargo que en la infancia hacia mas estragos en los niños que en las niñas, y que atacaba á los que estaban mas desarrollados y con apariencias de mejor constitucion (Rilliet y Barthez). Diremos tambien que la calentura tifoidea, al contrario de la mayor parte de las demás enfermedades, sobreviene casi siempre primitivamente, y que tanto en el adulto como en la infancia, casi nunca se la ve atacar á los convalecientes.

3.º *Mudanza de clima y de costumbres.*—Petit y Serres, Louis y Chomel, han demostrado que el mayor número de calenturas tifoideas que se observan en París, hacian sus estragos en los sugetos procedentes de las provincias, y que aun no se habian aclimatado; de lo que se infiere que la mudanza de climas, de costumbres y de alimentacion, predisponen en gran manera á esta enfermedad. Como lo cree Piorry, acaso tambien la aglomeracion de habitantes es una circunstancia que puede desarrollar la afeccion, ó por lo menos es una condicion desventajosa que siempre la agrava.

4.º *Climas y localidades.*—Nada sabemos con exactitud sobre la influencia de los climas, sino que la enfermedad reina en todos los paises de Europa y que es tambien bastante comun en la América del Norte; pero sin embargo no tanto como en París. En todas partes se presenta con los mismos fenómenos sintomáticos, está caracterizada por las mismas lesiones anatómicas y reconoce la mayor parte de las causas cuya influencia hemos reconocido en París.

5.º *Causas ocasionales.*—Por mucho tiempo se han considerado como de la mayor influencia en la produccion de la enfermedad, el frio, las privaciones, la miseria y todas las causas debilitantes; sin embargo, las investigaciones de Chomel y Louis han probado que se habian admitido todas estas causas bastante gratuitamente; y si algunas veces la enfermedad se presenta inmediatamente despues de alguna causa ocasional, en el mayor número de casos sobreviene de una manera enteramente espontánea; es decir, que la causa que la da origen se nos oculta del todo.

6.º *Contagio.*—Lo general de los médicos, especialmente en París, creen que la calentura tifoidea no es contagiosa. Fundan su opinion: 1.º en el gran numero de individuos que se esponen impunemente al contagio; 2.º en que en nuestros hospitales no se ve que la afeccion se trasmita á los demás enfermos, aunque muchos de ellos ocupan las camas próximas á las de los individuos atacados de calentura tifoidea.

Estas objeciones no tienen mas que una apariencia de verdad; porque si en efecto muchos de los que cuidan de los enfermos que tienen la calentura tifoidea no son afectados de la enfermedad, esto prueba que no es necesariamente contagiosa para todos los que á ella se esponen. Si se ve que en los hospitales no se



propaga de una cama á otra, esto nada tiene de extraordinario, puesto que sucede lo mismo con varias enfermedades manifiestamente contagiosas, como por ejemplo el sarampion, que en nuestros hospitales de adultos rara vez se propaga, probablemente porque la mayor parte han padecido ya la enfermedad en la infancia, y es tambien muy probable que hayan padecido la fiebre tifoidea, que sabemos es muy comun en esta época de la vida. Por otra parte, algunos individuos que han entrado en un hospital por una afeccion cualquiera, han sido allí consecutivamente atacados de fiebre tifoidea; y no solamente yo he visto semejantes hechos, sino tambien Louis, Chomel, Genest, y otros muchos mas. Pero ¿qué pueden probar los hechos negativos, cuando posee ya la ciencia un crecido número de observaciones que demuestran la realidad del contagio (1)? Merecen sobre todo ser conocidos y meditados los resultados obtenidos durante la epidemia que reinó en la Escuela de La Fléche en 1826. La calentura tifoidea reinaba en la La Fléche y en el colegio; y habiendo muerto cuatro pensionistas y comprobados con cuidado los caracteres anatómicos de la enfermedad, enviaron á los demás á sus casas; entre estos, se afectaron gravemente de la misma enfermedad veinte y nueve, y ocho la comunicaron á varias personas que los cuidaban. Se cita especialmente uno de los discípulos que en Versailles trasmitió la enfermedad á su hermana, esta á su doncella, y esta última á una amiga que vino á visitarla. Se probó, sin embargo, hasta la evidencia, que la calentura tifoidea no reinaba en Versailles antes que llegaran los pensionistas de La Fléche. Han visto tambien un gran número de ejemplos, Louret en Nancy, Mistler y Ruef en el departamento del Bajo-Rhin, Puteguat en Luneville, y el profesor Forget en Strasburgo, etc. Pero las observaciones mas concluyentes en favor del contagio, son las que ha hecho el doctor Gendron, del Castillo del Loira. Este médico ha probado en su excelente trabajo sobre las epidemias de las pequeñas localidades (2), que la calentura tifoidea podia transmitirse *directamente*, ó por el contacto inmediato de los enfermos, ó por respirar su atmósfera, é *indirectamente* por medio de los individuos que se aproximan á los enfermos, ó por haber tocado los efectos que han servido á estos últimos. El mismo autor ha probado que la proporcion en que están estos cuatro modos de contagio en cuanto á su frecuencia, disminuye progresivamente; que el contagio obra en razon de la frecuencia de las comunicaciones y del número de enfermos, independientemente de la insalubridad de los lugares, y de la miseria de los habitantes; que la enfermedad, apenas trasmisible en los quince primeros dias, lo era sobre todo en el tercero y cuarto septenario, y hasta en la convalecencia; que hay un período de incubacion, que puede no durar mas que veinte y cuatro horas, y que otras veces se prolonga hasta quince dias; pero en la mayor parte de los casos no pasa de ocho dias. Por último, ha demostrado Gendron de una manera incontestable, que los individuos que han padecido una vez la enfermedad, no la vuelven á contraer en lo sucesivo.

Estos hechos son importantes; como observados por un hombre tan concienzudo como hábil, y merecen, por consiguiente, toda nuestra confianza. Asi, pues, no se debe hoy dia poner en duda la trasmision de la calentura tifoidea por contagio. Verdad es que no parece este tan evidente en París como en una

(1) Mémoires de l' Académie impériale de médecine.

(2) Traité thérapeutique du quinquina.



provincia; porque en la metrópoli, como en todas las grandes ciudades, es difícil seguir las huellas del contagio. ¿No vemos en efecto todos los días individuos con viruelas, con sarampion y con escarlata, sin que podamos decir dónde y cómo han contraído estas enfermedades? y sin embargo no han podido sobrevenir sino á consecuencia del contagio. De modo que no puede estudiarse la cuestion del contagio, sino en las localidades pequeñas, donde se conoce á todos, y donde viendo el mismo médico á todos los enfermos que hay á varias leguas en su circunferencia, puede seguir paso á paso el origen y el modo de propagacion de las enfermedades. De lo que hemos dicho, resulta que la calentura tifoidea es contagiosa; por lo tanto exige la prudencia, que cuando la enfermedad se manifiesta en una familia, se aleje del fondo de infeccion á los individuos que no habiéndola aun padecido, se hallen por su edad mas predispuestos á contraerla. Pero, aunque reconozcamos que la calentura tifoidea es contagiosa, debemos tambien creer que lo es en menor grado que otras muchas enfermedades, como por ejemplo las fiebres eruptivas. Tambien tenemos por cierto, que, al contrario de lo que en estas últimas sucede, se desarrolla la calentura tifoidea con mucha mas frecuencia espontáneamente, que á consecuencia del contagio, proposicion con la que no parece estar acorde Gendron. Nos hallamos igualmente convencidos de que este médico exagera los efectos del contagio cuando sostiene que esta es la causa principal de las epidemias de fiebre tifoidea, que por el contrario resultan mas bien en nuestro concepto de las causas desconocidas aun, que desarrollan todas las demás afecciones epidémicas. Recientemente el doctor Piedvache de Dinan ha probado lo mismo que Gendron en un preciosísimo escrito premiado por la Academia de Medicina (1).

*Tratamiento.*— Si se ha leído con atencion la historia de la enfermedad que acabo de trazar, con dificultad se comprende cómo se ha podido aconsejar un método uniforme de tratamiento, aplicable á todos los casos, á todas las formas y á todos los períodos de la afeccion; como, por ejemplo, se han prescrito esclusivamente los tónicos y los estimulantes, los antiespasmódicos y las sangrías, en individuos cuya debilidad era estremada, el pulso pequeño y depresible, del mismo modo que en aquellos que no tenian tanta postracion de fuerzas, y cuyo pulso era dilatado y resistente; sin embargo, esto es lo que ha sucedido. No viendo en efecto muchos médicos en la fiebre tifoidea mas que una enfermedad *específica*, han querido oponerla una medicacion igualmente específica, ó por lo menos una terapéutica que estuviese en relacion con la naturaleza verdadera ó supuesta de la enfermedad: asi lo vamos á ver en los siguientes detalles.

*Medicacion antiflogística.*— Forget de Strasburgo, cuya vasta erudicion se iguala con su talento, ha probado en su excelente obra, que casi todos los médicos antiguos habian empleado las sangrías, con mas ó menos profusion, en el tratamiento de la calentura tifoidea. Tambien usaron algunos el método anti-flogístico en las formas adinámica y atáxica, y especialmente Bailloü, Botal, Sydenham, Dehaen y aun el mismo Stoll; pero sobre todo, Chirac, que hacia sangrías de cuatro á cinco tazas, repitiéndolas de trece en trece horas, hasta que cedia la violencia del pulso. En el día, la mayor parte de los médicos que por su práctica merecen ser considerados como autoridades, no emplean los

(1) *Memoires de l'Academie Impériale de médecine*, 1810.

antiflogísticos sino con prudencia y mesura; puedo citar aquí, sobre todo, a Andral, Chomel, Cruveilhier y Louis, que no hacen las mas veces sino una ó dos sangrías generales ó locales, al principio de la enfermedad. Forget sangra generalmente algo mas que estos médicos, pues en los casos graves ha estraído por término medio, entre las sangrías generales y locales, 28 onzas de sangre. Pero aunque Forget es de opinion de que las sangrías deben formar la base del tratamiento de las calenturas tifoideas, exige, sin embargo, que sean proporcionadas á la violencia de la enfermedad, á sus faces y á sus complicaciones. Sea de esto lo que quiera, de los resultados obtenidos por Forget, no se sigue que haya sido útil la sangría segun él la ha empleado, pues la mortandad general ha sido de uno por cuatro poco mas ó menos, y algo menor, uno por tres, en los que fueron sangrados, aunque en mas de la mitad de los casos (70 entre 122) la enfermedad fue ligera ó de mediana intensidad.

Bouillaud es, entre los médicos modernos, el que usa con mas profusion de la sangría, pues algunas veces estraee á sus enfermos hasta tres libras y media de sangre. Tambien he sabido que, á imitacion de Chirac, tiene la costumbre de repetir la sangría á cortos intervalos que determina de antemano. Pero hoy día, el tiempo ha hecho justicia á este método que, por otra parte, no ha encontrado mas que incrédulos y casi ningun imitador. Han sido ademas justamente apreciadas las pretensiones de Bouillaud por Louis en la segunda edicion de sus *Investigaciones sobre la calentura tifoidea*. Efectivamente, ha probado este médico, que lejos de no perder mas que la novena parte de sus enfermos, Bouillaud pierde en la calentura tifoidea una sexta parte, resultado que prueba tambien, que si las sangrías repetidas no tienen las ventajas que habia indicado su autor, tampoco ejercen la funesta influencia que á primera vista pudiera atribuirselas. Ha demostrado ademas Louis de un modo riguroso la ventaja de las sangrías medianas; probando en efecto, que una sangría de 12 onzas practicada en los diez primeros dias de la enfermedad y repetida en los casos graves, disminuía la mortandad y abreviaba la duracion de la dolencia. Sin embargo, es necesario persuadirse de que la sangría no es indispensable, y que antes de practicarla es menester que el estado del pulso no ponga ningun obstáculo. La forma inflamatoria es la que permite emplear un método antiflogístico mas enérgico. Por otra parte, ninguna de las demás formas de la enfermedad contraindica el uso de la sangría, si el estado del pulso no se opone á ello.

Es preferible por lo general hacer la sangría del brazo; pero no obstante, si hubiese un dolor intenso en el vientre y sobre todo en la fosa iliaca, seria conveniente hacer una aplicacion de sanguijuelas. Ninguna utilidad resulta de aplicarlas al ano, y aun puede esta práctica ofrecer inconvenientes en muchos casos. En efecto, se ha visto á las picaduras de las sanguijuelas, irritadas sin cesar por el contacto de las materias fecales y de la orina cuando las evacuaciones son involuntarias, trasformarse en pústulas dolorosas y despues ulcerarse ó gangrenarse. Las evacuaciones sanguíneas no deberán practicarse por consiguiente, sino cuando esten bien indicadas, usando siempre de este medio con prudencia y con reserva. Raras veces permite el estado de las fuerzas hacer mas de dos sangrías de 12 á 16 onzas cada una; siendo preferible en la calentura tifoidea sacar menos sangre de la conveniente, que incurrir en el extremo opuesto: esta escesiva reserva se recomienda especialmente en los



niños, en los que muy rara vez se obtienen algunos buenos efectos de la sangría; la que por el contrario, segun las observaciones de Rilliet, Barthez y Taupin, parece que tiene el inconveniente de agravar los síntomas nerviosos y de favorecer las complicaciones debilitando á los enfermos. Debemos, pues, abstenernos generalmente del uso de este medio en los niños, y no recurrir á él sino en los robustos y en aquellos cuya enfermedad no ha pasado aun del décimo dia, empleándole principalmente para combatir el delirio y la violencia de los cólicos. Se aplicarán las sanguijuelas detrás de las apófisis mastoides en el primer caso y al vientre en el segundo. No pasarán de cuatro á seis en los niños que tengan menos de cinco años, y de seis á quince en los de mas edad. En fin, no se perderá de vista la evacuacion sanguínea, que no debe durar mas de una hora.

Deberán tomar los enfermos la mayor cantidad posible de bebidas dulces y atemperantes, tales como las disoluciones de jarabe de goma, de malvabisco, de culantrillo, de grosella, de cerezas y de frambuesas; las aguas de limon y de naranja; los cocimientos de cebada, de grama, de malvas, etc., dulcificados de diferentes maneras. Se tomarán estas bebidas tibias ó frias segun la intensidad de la sed. Pueden agregarse con ventaja á estos medios los fomentos, ó mejor las cataplasmas emolientes al vientre, las lavativas de malvabisco y los baños tibios. Son muy útiles estos últimos, especialmente cuando la fiebre es intensa y el calor vivo y seco; porque en ocasiones suavizan la piel y disminuyen su temperatura.

*Medicacion contra-estimulante.*—En la historia que acabo de trazar de la medicacion antillogística, nada he dicho á propio intento del método contra-estimulante por el tártaro emético, aconsejado por Rasori, y que parece haber empleado con buen éxito en la fiebre petequial de Génova. Pero es imposible juzgar de este método por las vagas indicaciones que se encuentran en la obra de dicho autor, y despues de él nadie, que yo sepa, ha seguido sus pasos. Tampoco diré cosa alguna del sulfato de quinina preconizado en estos últimos tiempos, y que administrado á dosis altas, es decir 20, 40 y aun 60 granos por dia, obra, segun ha probado Giacomini, como un verdadero estimulante. Pero aunque los hechos publicados nos revelan ciertas circunstancias curiosas bajo el punto de vista fisiológico, no han demostrado que el remedio sea ciertamente útil, y aun muchas veces parece que por el contrario es perjudicial. No obstante, hay casos raros en que debe administrarse el sulfato de quinina, no como contra-estimulante, sino como antiperiódico, cuando, por ejemplo, hay exacerbaciones regulares; porque entonces el sulfato de quinina en corta dosis, como de 10 á 12 granos, acaba con la complicacion aunque sin suspender el curso de la enfermedad.

*Medicacion abortiva.*—En las sesiones correspondientes á 19 de julio y 10 de agosto de 1847 de la Academia de Ciencias de París el catedrático Serres leyó una nota, en la que proponia el uso interior y exterior de los mercuriales para resolver las alteraciones de las chapas, ó detener su desarrollo. Al interior sulfuro negro de mercurio (muchísimos prácticos prefieren los calomelanos) y al exterior fricciones cada mañana en el vientre con unguento mercurial doble.

Nada satisfecho puedo estar del tratamiento mercurial, que he experimen-



tado estos últimos años : ni se me han muerto menos enfermos , ni una sola vez siquiera he logrado hacer abortar el mal.

*Medicacion antipútrida ó antiséptica.*—Los médicos que creyeron consistia la esencia de la calentura tifoidea en la putridez de los humores ; y los que , á ejemplo de Petit , consideraban la enfermedad como *esencial y primitivamente adinámica* , aconsejaron los tónicos en todos sus períodos. Daban la preferencia todas aquellas sustancias en quienes se supone una virtud antipútrida : por eso gozaron de tanto prestigio la quina , el alcanfor , el almizcle , las plantas aromáticas , el vino , el alcohol y los ácidos minerales administrados al interior ó aplicados tópicamente. Este método , seguido de un modo general en Francia bajo el reinado de la nosografía filosófica , cuenta todavía muchos prosélitos en Inglaterra , en Italia y sobre todo en Alemania , aunque no merece confianza alguna. Asi es que de cuarenta enfermos sometidos á él por Andral , y cuya historia ha recogido , murieron veinte y seis ; mientras que de los catorce curados solamente en tres fueron los tónicos de utilidad indudable , pues se siguió el alivio inmediatamente á la medicacion : en todos los demás , por el contrario , es lícito dudar de la eficacia del tratamiento , pues que fue la mejoría tan lenta como si se hubiera seguido el método expectante. Semejantes resultados deben hacer que se proscriba para siempre la medicacion tónica , empleada al menos como *método esclusivo* del tratamiento de la calentura tifoidea. Sin embargo , se encuentran en la práctica numerosos casos en que los tónicos son útiles ; pero es preciso fijar bien las circunstancias en que son favorables , y aquellas que contraindican su uso.

Los tónicos y los escitantes son generalmente perjudiciales en los primeros períodos de la enfermedad , cuando es muy fuerte la reaccion febril , frecuente el pulso , y el calor de la piel acre y seco. Si entonces se administra el vino generoso ó la quina para remediar una profunda adinamia , rara vez producen buenos efectos ; siendo lo mas comun que continúen agravándose los accidentes. y si se alivian por casualidad los enfermos , es generalmente tan lenta la mejoría , que bien puede dudarse si se debe atribuir á la medicacion tónica ó á los esfuerzos de la naturaleza.

Las circunstancias que mas favorecen el uso de los tónicos son , segun Chomel y Louis , el escaso calor de la piel , un pulso poco frecuente y aun lento , una ligera diarrea y la falta de meteorismo. Cuando existen estas condiciones , dice Louis , que cuanto mas considerable es la debilidad parece que es mas fácil de vencer. Nada me queda que añadir á estas observaciones cuya exactitud he comprobado muchas veces. Los tónicos mas generalmente empleados son los vinos generosos y la quina. Cuando la adinamia es mediana ó ha habido delirio , deberá darse la preferencia á los vinos frios , como los de Borgoña y Burdeos , mezclando con la bebida una cuarta , una tercera parte ó la mitad. Si fuese estremada la adinamia deberá apelarse al uso de vinos del Mediodia , como los de Madera , de Málaga , de Alicante y de Bañols , dándolos generalmente puros á la dosis de cuatro á ocho onzas. La quina es uno de los tónicos mas poderosos y del que se sacan mayores ventajas ; por lo comun se la prescribe bajo la forma de extracto seco ó blando , y á la dosis de un escrúpulo á dos dracmas , que suele elevarse algunas veces hasta una ó dos onzas en pocion y en lavativa. Tambien suele prescribirse en infusion , cocimiento , ó

mejor en maceracion acuosa que se dulcifica con el jarabe de limon. Muchas veces se agregan á estos medios las lociones y fomentos vinosos ó con aguardiente alcanforado. Si fuese grande la postracion, estuviese la piel fria y la vida próxima á extinguirse, convendria reanimar el principio vital por medio de los agentes cuya accion es casi instantánea, como son las preparaciones etéreas y el café. Siempre que está indicado el uso de los tónicos, debe procederse con prudencia y estudiar el tubo digestivo. En las circunstancias que he fijado y de la manera que he dicho, los tónicos suelen producir verdaderas resurrecciones, restituyendo á la vida á los enfermos que se hallaban antes en un estado desesperado.

Tambien debemos incluir en la medicacion *antipútrida* á los cloruros alcalinos, émpleados desde la dosis de algunas gotas hasta la de 2 ó 2  $\frac{1}{2}$  dracmas en las pociones y tisanas, asi como tambien en lavativas, en lociones ó en baños, cuidando en estos casos de usarlos á la dosis de 2 á 4 onzas. Se puede igualmente mantener alrededor de los enfermos una atmósfera de cloro, dejando cloruros debajo de la cama ó haciendo fumigaciones. Este medio, que parecia ofrecer por un momento alguna utilidad en manos de Chomel, no ha justificado la confianza que en un principio mereció, y se halla en la actualidad abandonado casi generalmente.

*Medicacion evacuable.*—Los médicos antiguos adoptaron ó proscribieron sucesivamente el uso de los evacuantes, segun las teorías que formaban sobre la naturaleza de la enfermedad. Aunque partidarios de la sangría, la mayor parte querian que se evacuase de cuando en cuando el tubo digestivo, para desembarazarle de las materias acres y sépticas que contenia. Esta práctica fue generalmente abandonada bajo el reinado de la medicina fisiológica y aun mucho tiempo despues. En París, Bretonneau y Lermnier, que eran casi los únicos que habian conservado las tradiciones antiguas, no pudieron tranquilizar á los médicos, que consideraban peligrosa la accion de las sustancias purgantes puestas en contacto con las superficies ulceradas de los intestinos. Pero en estos últimos tiempos Delarrouque, médico del hospital Necker, ha preconizado de nuevo el uso de los evacuantes, que administra en todas las formas y períodos de la calentura tifoidea durante tódo su curso, y hasta que se completa la convalecencia. Empieza generalmente Delarrouque por un emeto-catártico, que reprobamos por inútil mientras no existan síntomas de embarazo gástrico. Los enfermos toman todos los dias una botella de agua de Sedlitz ó una onza de aceite de ricino ó de cremor tártaro, ó 40 granos de calomelanos. Los dolores de vientre, los cólicos, la diarrea y el meteorismo, lejos de contraindicar el uso de los purgantes, los reclaman al contrario. Si por casualidad se aumentasen los cólicos con los purgantes ó produjesen superpurgaciones, se aconseja suspender su uso por veinte y cuatro horas. Agrega á estos medios Delarrouque las bebidas dulces, las cataplasmas al vientre y los tónicos luego que empieza á disminuir la fiebre; con cuyo método no ha perdido mas que la décima parte de sus enfermos. Los hechos referidos por este gran médico merecen entera confianza: muchos prácticos de París han ensayado su método, particularmente Honoré, Gueneau de Mussy, Brichteau, Beau, Piedagnel, Jadioux, Andral, Louis, etc., y todos han reportado buenos efectos de la medicacion evacuable. Despues de haber analizado Louis los principales modos de tratamiento que se han seguido en la



calentura tifoidea, se ha visto en la precision de considerar a estos agentes como superiores á los demás medios terapéuticos. En efecto, no solamente disminuyen la mortandad, sino que tambien abrevian la duracion de la dolencia. La observacion clinica me ha conducido á los mismos resultados; así que, en la calentura tifoidea, *no epidémica*, siguiendo el método aconsejado por Delarrouque, no se me han muerto en estos cuatro últimos años mas que la séptima parte de los enfermos poco mas ó menos, resultado bien favorable si le comparo con los que da el método espectante ó el que se llama racional, por el cual he perdido una cuarta parte de mis enfermos (1). La medicacion evacuante acelera tambien el momento de la convalecencia, la que he visto declararse por un término medio de los veinte á los treinta y dos dias. Es tambien incontestable que ninguna otra medicacion produce un alivio tan marcado y tan rápido en una enfermedad contra la cual, por otra parte, opone la terapéutica tan pocos medios, y de la que ha podido decirse con justa razon que era *el oprobio del arte*. En fin, he justificado ademas que el uso de los purgantes no favorecia el desarrollo de ninguna complicacion, y que dos de los accidentes mas graves; á saber, la hemorragia y la perforacion intestinal, eran mucho mas raros que en los enfermos sometidos á los otros tratamientos.

En Francia, los médicos que adoptan el método evacuante, prescriben generalmente el aceite de ricino ó el agua de Sedlitz: en Alemania y en muchas localidades helvéticas, son preferidos los calomelanos: Lombard y Fauconnet los prefieren tambien. Aseguran estos profesores que, gracias á los calomelanos, solo se les han muerto nueve enfermos por cada ciento. Mas satisfactorios son todavia los resultados obtenidos del uso del mismo medicamento por el doctor Sicherer en el hospital de Heilbronn, pues no perdió mas que 19 de 640 enfermos. Al ver tales números, bien podemos dudar de la exactitud del diagnóstico. El doctor Taufflieb, médico distinguido que ejerce en el departamento del Bajo-Rhin, de 518 perdió 60; pero afirma que con los calomelanos hizo abortar la enfermedad en 505 personas (2). Ya llevo dicho que yo ni una sola vez lo he logrado, y eso que daba cada dia á mis enfermos la mitad mas de medicamento que M. Taufflieb á los suyos.

Los partidarios de los purgantes mercuriales creen que estos obran de dos maneras para detener la calentura tifoidea: 1.<sup>a</sup> por una accion primitiva, directa y local en los órganos digestivos: 2.<sup>a</sup> por otra accion secundaria, consecutiva á la absorcion y que ocasiona la crisis salival.

A mi parecer, los calomelanos carecen de virtud específica y obran como un purgante inferior al aceite de ricino y á las sales neutras, y como M. Taufflieb confiesa, pueden ser nocivos en la forma adinámica, y aun determinar la gangrena de la boca.

Los purgantes, que tan útiles son en el tratamiento de las calenturas tifoideas de los adultos, parece que en los niños no producen efecto alguno y aun acaso son perjudiciales. Así parece resultar al menos de las observaciones de Barthez y Rilliet, en cuyo concepto producen los purgantes la inflamacion del

(1) Debo declarar que en los años 1846 y 1847 continuando el método evacuante, he tenido mas enfermos perdidos: la sesta parte aproximadamente.

(2) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. XL, p. 117.



intestinal (accidente desconocido en el adulto), y no ejercen una influencia manifiesta, ni en ninguno de los síntomas en particular, ni en la duracion y terminacion de la enfermedad. No obstante, merece ser estudiada aun esta question, tanto mas, cuanto que, por el contrario, ha reconocido Taupin en el tratamiento evacuante una verdadera eficacia.

Como en este libro no debo ocuparme mas que de la práctica, seria inoportuno investigar si los purgantes son útiles porque evacuen las impurezas, porque favorezcan la caida de las escaras, ó porque limpien la superficie de las úlceras. No sé verdaderamente de qué procede ni cómo se verifica la utilidad de los purgantes; pero hasta haber demostrado sus ventajas para que los prácticos recurran á ellos en lo sucesivo.

De lo que viene espuesto no debe inferirse, sin embargo, que hago de la medicacion evacuante un método esclusivo; solamente sostengo que es las mas veces ventajosa, añadiendo tambien, que si me viese obligado á seguir para todos los enfermos un mismo tratamiento, adoptaria el évacuante, preferiéndole sin vacilar á la espectacion, á los antiflogísticos y al método llamado racional. No obstante, pueden hallarse contraindicados los purgantes, como por ejemplo, cuando son muy frecuentes las deposiciones y cuando existe una hemorragia intestinal ó hay signos de una perforacion. La medicacion evacuante no escluye, por otro lado, el uso de las depleciones sanguíneas como han creido algunos: en efecto, cuando el sugeto es vigoroso y el pulso es grande y duro, debemos ante todo satisfacer la indicacion haciendo una ó dos sangrias. Finalmente, los evacuantes, mas útiles en la forma biliosa y adinámica que en la forma atáxica, no producen algunas veces efectos en ciertas constituciones epidémicas. Así lo observé en la mortífera epidemia que hubo en París por los meses de julio y agosto de 1842. La mitad de los enfermos que traté entonces con los purgantes, en el hospital general (*Hôtel-Dieu*), sucumbieron; pero justo es decir que los demás métodos tampoco alcanzaron buenos resultados contra la afeccion, que era notable por el predominio de los síntomas atáxicos.

*Tratamiento de algunos síntomas ó accidentes particulares y de las complicaciones.*—Hay algunos síntomas ó accidentes contra los cuales se pueden emplear ciertos medios, por ejemplo:

1.º Cuando las paredes de la boca se hallan incrustadas de fuliginosidades hasta el punto de impedir el uso de la palabra y la deglucion, deben humedecerse con un trapo ó un pincel impregnado en un líquido emoliente, desprendiéndolas en seguida.

2.º Lós síntomas de *embarazo gástrico* se combatirán ventajosamente por medio de un emeto-catártico.

3.º Los purgantes son los medios mas ventajosos para combatir el meteorismo. Algunas veces solemos tambien usar contra este síntoma las fricciones al vientre con el aceite anisado ó de manzanilla, aunque no está bien probada su utilidad. La aplicacion del hielo sobre el abdómen nos parece un medio peligroso y probablemente ineficaz. En fin, la introduccion de la sonda esofágica en el recto, aconsejada en los casos graves, casi nunca disminuye el meteorismo.

4.º Solo debe combatirse la diarrea cuando es excesiva, lo cual no deja de ser raro. En estos casos se recurrirá á las bebidas mucilaginosas y ligeramente astringentes y á las lavativas almidonadas, hechas mas sedantes añadiendo al-

gunas gotas de láudano. Lombard y Fauconnet elogian la aplicacion de una cataplasma sinapizada en el vientre por espacio de seis ú ocho horas.

5.º Cuando se manifiestan los síntomas de la perforacion intestinal, es necesario que el enfermo permanezca inmóvil, que nada pese sobre su vientre y que se le prive de toda bebida, concediéndole tan solo algunas rajas de naranja ó de limon para apagar la sed; además deberá propinarse el opio en alta dosis, es decir empezando por dos granos y llegando despues á tomar de hora en hora una pildora de grano y medio hasta producir el efecto narcótico; pudiendo tomar los enfermos hasta veinte granos o un escrúpulo sin que les produzca ni aun soñolencia. Esta práctica se ha usado con buen éxito por los doctores Graves y Stokes, y despues por el doctor Griffin en Inglaterra, Chomel y Louis en Francia. Parece que cada uno ha logrado curar, siguiendo el mismo método, un enfermo que presentó en el curso de la calentura tifoidea todos los síntomas de una perforacion intestinal. Conviene, pues, en casos semejantes, intentar la misma medicacion, pero sin contar demasiado en su buen éxito.

6.º *Hemorragias*.—Si las epistaxis fuesen demasiado abundantes ó repetidas, cosa bastante rara, deberá hacerse el taponamiento, dado caso que se resistan a las aplicaciones frias. Cuando hay hemorragia intestinal, conviene suspender los purgantes; harán uso los enfermos de la limonada sulfúrica fria ó helada, se aplicaran tónicos frios y se usarán lavativas tambien frias, recurriendo por último a los astringentes en caso de continuar la hemorragia, y sobre todo al extracto de ratania en pocion ó en lavativa (media a dos dracmas en cada una). En casos apurados se puede con muchísima prudencia apelar al centeno atizonado, o a imitacion de los Ingleses, al aceite esencial de trementina.

7.º *Accidentes cerebrales*.—Entre los accidentes cerebrales apenas hay mas que el *delirio* que requiera una medicacion especial. Se emplean para combatirle las sanguijuelas detras de las orejas, aunque es, sin embargo, muy dudosa su utilidad, y el hielo á la cabeza que produce acaso un efecto sedante mas marcado. El profesor Graves de Dublin ha hecho elogios del emético a dosis alta, pero no se ha experimentado suficientemente tal medicacion. En cuanto a los vejigatorios que se aplican á las pantorrillas y a los muslos, es cierto que no contribuyen al restablecimiento de las funciones cerebrales, y que son impotentes para reanimar las fuerzas; y como por otra parte el vejigatorio es un medio muy doloroso, y cuya superficie muchas veces se ulcera o se esfacela, conviene desterrarle enteramente del tratamiento de la calentura tifoidea.

Ningun tratamiento especial indican los síntomas atáxicos. Los medios que deben emplearse, se encuentran subordinados al estado general del sugeto; cuando por ejemplo coinciden los accidentes nerviosos con una intensa reaccion febril y con un pulso grande y duro, deberá sangrarse; y si por el contrario predominan los síntomas adinámicos, conviene administrar los tónicos. Muy rara vez hemos obtenido en semejante caso buen resultado del alcanfor en lavativas (1 ó 2 dracmas), del almizcle en pocion (10 á 20 granos); pero sin embargo continuamos haciendo uso de estos remedios, mas bien por descargar nuestra conciencia, que con la esperanza de modificar los accidentes cerebrales. Otro tanto diremos de las afusiones frias, que parecen producir en ocasiones una calma momentánea y disminuir la temperatura de la piel; pero este alivio, además de ser poco notable, es casi siempre de corta duracion. Las irrigaciones continuas de



agua fria sobre la cabeza son siempre inútiles, en nuestro concepto, y muchas veces peligrosas. Util nos parece el ópio no existiendo inflamacion en el interior del cráneo: yo combato con su administracion el rebelde insomnio, la agitacion y el delirio. Asi obraba Cullen. Grandes médicos, entre ellos Bretonneau y Trousseau lo reprueban.

8.º *Accidentes correspondientes á los órganos respiratorios.*—Para evitar la estancacion de la sangre, que tiene tendencia á efectuarse en las partes declives, es bueno variar el decúbito cuanto sea posible. Si la bronquitis es general y acompañada de gran dificultad en la respiracion, algunas dosis del tártaro emético que provoquen los esfuerzos del vómito, una pocion de kermes (de 6 á 7 granos) y un grande vejigatorio sobre el esternon, me han parecido los medios mas eficaces. Si se declarase una pneumonia, su tratamiento se halla subordinado al estado general del sugeto: es decir, que se prescribirán las sanguijuelas ó los tónicos, segun las indicaciones. Efectivamente, he probado en otra obra (*Tratado de la nulmonía*) que era útil muchas veces prescindir de la lesion local, que no debe inquietarnos, para ocuparnos tan solo del estado general.

9.º *Retencion de orina.*—Es muchas veces necesario explorar la region hipogástrica por medio del tacto y de la percusion, asegurándose de que la vejiga no se halla distendida por la orina. En el caso contrario, se evacuará sin pérdida de tiempo el líquido por medio del cateterismo.

10.º *Escaras.*—Para evitar este grave accidente, es necesario cambiar con frecuencia de posicion á los enfermos, y cuidar de que la piel no esté sucia por el contacto de las materias fecales; se lavarán á menudo las partes con agua, que se hace estimulante con la adiccion de un poco de aguardiente ó vino tinto. Si á pesar de estas precauciones se escoriase el sacro, deberá disponerse la cama, de manera que las partes no sufran la presion del cuerpo, ó bien se usará de almohadas elásticas, ó de una cama mecánica, segun los recursos que tengan los enfermos. La escara se lava con vino aromático y se espolvorea con quina; cuando se eliminan las partes esfaceladas, se cura la llaga con cerato, á no ser que se ponga descolorida, porque entonces convienen las lociones estimulantes y las curas con el estoraque ó un unguento deterfivo.

*Convalecencia.*—Nada ofrece de especial el tratamiento de la convalecencia; solo que como los enfermos tienen muchas veces un apetito voraz, y seria peligroso satisfacerle, conviene no perderlos de vista.

Por lo que precede, se advertirá que somos partidarios de una medicina activa en el tratamiento de las calenturas tifoideas. Estamos convencidos de que alcanza nuestro arte á disminuir la mortandad, y á abreviar la duracion de la dolencia. Pero sin dejar de tener por útil la intervencion de la medicina, tampoco exageramos su valor, creyendo, por ejemplo, que puede detener repentinamente el curso de la enfermedad, ó para valerme de una espresion familiar, *yugularla*. Nosotros negamos formalmente tales milagros, y sostenemos que las calenturas tifoideas que se han supuesto curadas en el primer septenario, no eran mas que *embarazos gástricos* con fiebre; y todo el éxito terapéutico se funda en un error de diagnóstico.

*Naturaleza de la enfermedad.*—La calentura tifoidea se halla anatómicamente caracterizada por una lesion inflamatoria que tiene su asiento en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos. Cree M. Louis que esta le-



sion es constante, al paso que MM. Chomel, Andral y Dalmas opinan que puede faltar en algun caso. Habiendo observado M. Chomel que en los cadáveres de varios individuos muertos de calentura tifoidea, no se hallaban á veces alteradas mas que dos chapas, ó una, ó una pequeña parte de una chapa sola, sintióse inclinado á pensar que bien podia existir la calentura tifoidea sin la lesion que nos ocupa. Corroboraban su opinion algunos hechos recogidos por Andral y Louis, relativos á individuos que habian fallecido con muchos de los síntomas propios de la calentura tifoidea, en cuyos cadáveres no se encontró ninguna de las lesiones intestinales que la caracterizan (4). Ya dije en la primera edicion de esta obra que yo mismo habia visto dos hechos parecidos, pero añadí que no siendo los fenómenos observados completamente los mismos de la calentura tifoidea, debiamos mirar tales casos como pertenecientes á alguna otra enfermedad indeterminada todavía. Asi pensaba entonces, y aun hoy pienso asi. He hallado, sin embargo, entre mis notas la historia de un hecho muchísimo mas importante para resolver esta cuestion. Trátase de un hombre de veinte y dos años que en 1835 murió en el hospital general en la sala de M. Caillard el dia vigésimo séptimo de calentura continua acompañada de todos los síntomas de las afecciones tifoideas graves: hubo, pues, durante el curso del mal intensa cefalalgia, pero sin epistaxis, hubo vértigos, postracion, insomnio, estravagancias, sordera, delirio, lengua muy seca, boca fuliginosa, diarrea, meteorismo, estertor sibilante, sudamina en grande copia, algunas manchas rosadas, gangrena en el sacro, en el pene y en el escroto. La autopsia no pudo manifestar la menor lesion característica ni en los folículos, ni en los ganglios mesentéricos. Estaba tan solo el bazo difluente y ofrecia mayor volúmen que el natural. Este es el único hecho que me induciria á creer con M. Chomel que no es indispensable la lesion intestinal para caracterizar la calentura tifoidea. Si tal lesion no puede calificarse de constante segun el riguroso significado de este adjetivo, bien me será al menos lícito decir, valiéndome de las mismas palabras de M. Chomel, que su falta es extraordinariamente rara y que no se ha consignado de un modo auténtico un solo ejemplo de dicha lesion intestinal en alguna persona que hubiese sucumbido sin haber presentadó los síntomas de la calentura tifoidea.

Una circunstancia que ha contribuido principalmente á que se dudase en cierta manera del valor de la alteracion de las glándulas de Peyero, fue la asercion de los médicos de Londres, de Edimburgo y de Dublin, que pretendieron faltaba con frecuencia la alteracion de las chapas intestinales en los sugetos de su país que habian presentado durante la vida los síntomas de la afeccion tifoidea. Pero ya está probado por los hechos clínicos que ha recogido en Londres nuestro amigo Shattuck de Boston, y ha analizado Valleix, como tambien por los trabajos de los doctores Gerhard y Pennock de Filadelfia, que existen en los Estados-Unidos y en Inglaterra dos afecciones febriles, confundidas hasta aquí bajo el nombre de *tiphus fever*, pero realmente distintas, y que solo se parecen en los fenómenos generales: una de ellas, que afecta á los jóvenes, es la calentura tifoidea, tal cual la observamos aquí; y la otra, comun á todas las edades escepto la infancia, constituye una enfermedad distinta de la anterior,

(4) V. Observación 32 *Traité*, etc. de M. Louis y Observación 65 *Clinique* de M. Andral.

y es el *tiphus fever*, cuya descripción haremos despues. Queda probado de esta manera que no puede haber allí calentura tifoidea, en que no exista la lesion de los folículos intestinales, dada á conocer anteriormente.

Se ha preguntado si esta lesion era primitiva y el origen de todos los síntomas de reaccion, como se observa en la mayor parte de las flegmasias, ó si no era mas que consecutiva á un estado general, como la erupcion variolosa, junto á la cual se la ha colocado. La primera suposicion parece la mas probable, si se recuerda que en la mayor parte de casos los síntomas abdominales (diarrea y los cólicos) empiezan con la enfermedad misma, lo que generalmente no se verifica en las demás afecciones febriles. Ademas, aun cuando estuviese probado que en algunos casos es consecutiva la erupcion intestinal á la calentura tifoidea, nada tendria de extraordinario, pues lo propio sucede con muchas flegmasias legítimas (pneumonias, erisipela, angina). ¿Constituye toda la enfermedad la lesion de los intestinos? No parecerá probable, cuando se sepa que con mucha frecuencia ninguna relacion se advierte entre la gravedad de los síntomas y la estension de las lesiones intestinales. Hay ademas una multitud de fenómenos morbosos que no se esplican sino por la intervencion de una causa general, sea que resida en el sistema nervioso, ó mas bien en la sangre. Se ha comparado sucesivamente la calentura tifoidea con las afecciones eruptivas y con las inflamaciones francas; pero si tiene algunos puntos de contacto con ellas, tambien se diferencia en otros muchos; por eso conviene considerar la calentura tifoidea como una enfermedad especial, que se distingue por varios caracteres fundamentales de todas las demás afecciones conocidas. Esto es lo que Louis ha establecido perfectamente en la última página de su obra.

1.º La afeccion tifoidea, dice, se asemeja á las afecciones eruptivas, en que es contagiosa, aunque sin embargo, mucho menos que estas últimas, y en la inmunidad que se adquiere despues de haberla padecido una vez: se diferencia de ellas en que puede producirse espontáneamente, en que la lesion que constituye su esencia, es por lo comun mas grave que la que caracteriza á las enfermedades eruptivas; finalmente, por no ser su curso tan regular, ni sus períodos tan fijos como los que presentan las calenturas eruptivas.

2.º Tiene puntos de contacto con las enfermedades agudas inflamatorias, dice tambien Louis; porque en la mayor parte de los casos, las lesiones y los síntomas locales que de ella dependen empiezan al mismo tiempo que los primeros accidentes; porque los fenómenos precursores son la escepcion, y no la regla; por su duracion indeterminada; porque puede manifestarse de un modo espontáneo sin contagio, y porque las lesiones que la caracterizan anatómicamente, son (*segun él*) constantes y graves. Difiere de la mayor parte de las flegmasias agudas, por ser las mas veces de larga duracion; porque puede propagarse por contagio; porque no afecta á un mismo individuo mas que una vez en la vida, y sobre todo, por la composicion de la sangre, cuya fibrina se aumenta siempre en los casos de flegmasia, mientras que en la calentura tifoidea conserva su cantidad normal, y aun algunas veces se disminuye.

3.º Se diferencia de todas las enfermedades agudas inflamatorias, sean ó no eruptivas, por el carácter y el número de los síntomas que la pertenecen, los cuales se distinguen tan solo por el grado, en los casos graves, y en los ligeros, por la doble facultad que goza de poder desarrollarse espontáneamente y por



medio del contagio ; porque no se la observa pasada cierta edad , mientras que las otras afecciones agudas se manifiestan en todas las épocas de la existencia, aunque en proporciones variables ; por la constante regularidad de la lesion que forma su esencia , y que siempre empieza en igual punto, lo que no tiene lugar en el mismo grado en otra afeccion alguna ; por el número de sus lesiones , y principalmente , por su tendencia á la ulceracion. No cuento entre los caracteres diferenciales el estado de los líquidos , por hallarse demostrado que la alteracion de la sangre no es de ningun modo propia de la afeccion tifoidea , en vista de los hechos conocidos hasta el dia. El estado de la sangre en la dotinenteria, es el mismo que en las calenturas eruptivas ; luego si nada hay de característico, esto al menos nos justifica de haber incluido la calentura tifoidea entre las pirexias, y no entre las flegmasias , como han hecho algunos.

#### DEL TIFO Ó PESTE DE EUROPA , COMPARADO CON LA CALENTURA TIFOIDEA.

SINONIMIA.—Calentura pestilencial , tifo contagioso ; fiebre de Hungría ; calenturas hospitalarias de los campamentos, de las cárceles ; calentura petequeal lenticular.

La mayor parte de los médicos modernos llaman *tifo ó peste de Europa* , á una enfermedad aguda febril, esencialmente contagiosa , por lo comun epidémica , y cuyos síntomas principales son : cefalalgia con postracion, estupor y delirio , diversos exantemas cutáneos, y signos de flegmasia en la mucosa enteropulmonal.

*Historia.*—Cierta es que el tifo ha existido siempre ; pero desde el siglo XVI es cuando mas ha llamado la atencion de los médicos. Desde esta época se le ha visto reinar casi constantemente en alguna provincia de Europa , haciendo estragos en las cárceles, en los hospitales, en los navíos y en las ciudades sitiadas ; casi siempre se ha manifestado en tiempo de guerras, ó en seguida de estas , y especialmente , durante la lucha que sostuvo la Francia por el espacio de veinte y cinco años contra la Europa coligada. Los médicos antiguos , y tambien los que ilustraron los dos últimos siglos, como Sydenham, Cullen, Chirac y Stoll, miraban el tifo como una variedad de la calentura pútrida ó maligna (calentura tifoidea). No obstante, al principio de este siglo, J. Franck, y especialmente Hildenbrand, le consideraron como una enfermedad especial, esencialmente diferente de las demás calenturas graves. Hallábase generalmente adoptada esta doctrina , cuando en 1834, fundado Chomel en la analogía que se advierte entre los síntomas del tifo y los de la calentura tifoidea, tuvo como *una cosa probable* la identidad de estas dos enfermedades. Esta presuncion del célebre profesor, se ha convertido en certidumbre desde la publicacion del escelente escrito de Gaultier de Claubry, incluido en el tomo VII de las *Memorias de la Academia de Medicina* ; y desde que se ha leído la escelente relacion, que un hábil médico de Reims, Landouzy, ha hecho en los *Archives* 1842, de la epidemia de tifo, que reinó en la cárcel de dicha ciudad, en 1859 y 1840. Semejante opinion ha encontrado tambien en Alemania un defensor, el doctor Kuchler, quien en 1844 ha sostenido la identidad del tifo contagioso y de la calentura tifoidea, en el periódico que tiene por título : *Medicinische Annalen*.



*Comparacion del tifo con la calentura tifoidea.*—El tifo empieza como la calentura tifoidea por cefalalgia, estupor y postracion de fuerzas; se observan en ambos, casi en igual grado, zumbido de oidos, sordera y epistaxis, aunque sin embargo este último síntoma es acaso algo menos frecuente en el tifo. La somnolencia, el coma y el delirio son síntomas igualmente comunes á las dos enfermedades. Solo parece constante que en el tifo se manifiestan, antes que en la calentura tifoidea, las perturbaciones de la inteligencia. En ambos se advierte una erupcion de manchas rosadas lenticulares, acompañada ó no de petequias, sin otra diferencia que la de empezar desde el cuarto día la erupcion de manchas lenticulares en el tifo, es decir, antes que en la calentura tifoidea, en cuya enfermedad suele ser menos abundante y menos general. Son ademas las petequias tan raras en la calentura tifoidea como frecuentes en el tifo, al contrario de lo que sucede con los sudamina. En una y otra afeccion se halla la lengua seca y pardusca y los dientes incrustados de fuliginosidades. Hay sed, anorexia y á veces vómitos; pero los demás desórdenes de los órganos digestivos, como los cólicos, la diarrea, el meteorismo y gorgoteo en la fosa iliaca, que son fenómenos casi constantes en las calenturas tifoideas, faltan por el contrario muchas veces en el tifo; asi es que Landouzy no los observó en la epidemia de Reims: solo la diarrea se presentó cuatro veces, mientras que en el concepto de Gaultier de Claubry, existen estos síntomas generalmente en dicha afeccion. Por lo que hace á la circulacion y respiracion no descubrimos diferencia alguna, siendo igual en ambas afecciones el movimiento febril, y presentando el mismo estertor sibilante, intenso y generalizado: los pulmones tienen igual tendencia á inflamarse, aunque la neumonia es quizá menos frecuente en el tifo que en la calentura tifoidea; pero debe atribuirse esto sin duda, á que el primero es de un curso mas rápido, y no da tiempo al desarrollo de las complicaciones. Parece tambien constante que las hemorragias y las perforaciones intestinales, y aun tal vez las escaras, son accidentes menos comunes en el tifo que en la calentura tifoidea. Segun ciertos autores, parece que en el primero se observan con bastante frecuencia las parótidas; sin embargo, este síntoma falta muchas veces, y tampoco es especial del tifo, porque tambien suele observarse en las calenturas tifoideas ordinarias. Otro tanto sucede con el *olor á ratones* que exhalan los enfermos, carácter á que ha dado Landouzy grande importancia, y que se observa á veces tan marcado en las calenturas tifoideas ó en las simples afecciones cerebrales. Tanto en una como en otra dolencia puede ser rápido ó lento su curso, aunque es cierto que el tifo tiene mas pronta y generalmente una terminacion funesta, lo que no constituye mas que diferencia de grado ó de intensidad, dependiente tal vez del carácter epidémico de la enfermedad y de la mayor gravedad de las causas que la producen. En cuanto á las variedades, ha probado tambien Gaultier de Claubry que el tifo afecta las mismas formas que la calentura tifoidea; que apenas le padecen mas que los jóvenes, y que si se dice haberle visto *rara vez* en los individuos que pasan de cincuenta años, no hay una completa seguridad de que en estos casos no haya habido un error de diagnóstico. El tifo, como la calentura tifoidea, nunca vuelve probablemente á afectar á los que ya le han padecido. En fin, ambas enfermedades son contagiosas. Si algunos incrédulos pueden todavia negar el contagio de la calentura tifoidea, no hay ningun hombre sensato que dude res-

pecto al del tifo, que puede efectuarse por el contacto, por el aire, y por los efectos y muebles.

Es principalmente notable la obra de Gaultier de Claubry, porque despues de haber probado la analogía que hay entre los síntomas de ambas enfermedades, ha demostrado tambien su identidad si se las considera anatómicamente. En efecto, de diez y seis autores que han descrito las lesiones cadavéricas observadas en los que han fallecido á consecuencia del tifo, los quince dicen haber encontrado una coloracion roja, lívida ó violada, escaras y ulceraciones profundas que interesan por lo menos dos de las tunicas intestinales, y que tienen su asiento principalmente en las inmediaciones de la válvula ileo-cecal. Dos de estos autores, á lo menos, hablan tambien de la hinchazon y el reblandecimiento de los ganglios mesentéricos, asi como del aumento de volúmen y reblandecimiento del bazo.

Los hechos observados por Landouzy en la epidemia de Reims, han demostrado igualmente la identidad del tifo y de la calentura tifoidea bajo el punto de vista anatómico-patológico. Asi observamos que en las seis autopsias hechas por el mismo, se hallaron en los foliculos intestinales y en los ganglios mesentéricos todas las lesiones propias de la calentura tifoidea, desde el desarrollo de las chapas hasta su ulceracion; solo el bazo estaba poco ó nada alterado, porque si de cuatro veces entre seis le pareció encontrarse algo reblandecido, por lo menos no se habia aumentado de volúmen. Finalmente, el encéfalo, el hígado, los aparatos circulatorio y respiratorio, ofrecen el aspecto y las alteraciones que se encuentran con mas frecuencia en la calentura tifoidea. Estos hechos son preciosos, pero ¿los consideraremos suficientes para decidir si el tifo y la fiebre tifoidea no constituyen mas que una sola enfermedad? Durante largo tiempo he pensado afirmativamente; mas muy dudoso me hallo desde que mi amigo M. Guèneau de Mussy me ha dado noticia de algunos hechos. He leído de nuevo la relacion de M. Landouzy y he juzgado que la afeccion tan bien descrita por este médico, era la calentura tifoidea y no el tifo. En el mismo caso se hallan tal vez algunas de las descripciones, en que se funda M. Gaultier de Claubry para sostener su doctrina. Cosa sabida es que en el tifo que reinó en 1850 en el presidio de Tolon los señores Fleury y Pellicot no justificaron la existencia de ninguna lesion intestinal (1). Vése claramente la necesidad en que nos hallamos de poseer hechos mas terminantes para decidir la cuestion de identidad entre el tifo y la calentura tifoidea; debemos recoger todavía nuevos testimonios. Si es cierto, como lo cree M. Guèneau de Mussy, que el *typhus fever* de Irlanda sea el mismo tifo castrense descrito por Hildenbrand, no faltarán frecuentes ocasiones para resolver un problema, cuya solucion tiene aun divididos en dos campos á los médicos franceses. (V. el artículo siguiente).

Todo lo que he dicho del tratamiento de la calentura tifoidea, deberá referirse igualmente al tifo. Conviene sobremanera renovar el aire con frecuencia, diseminar los enfermos todo lo posible y aislarlos, para precaver el contagio. En fin, por la enumeracion que hemos hecho de las causas que dan origen al tifo, se viene en conocimiento de todo lo que el médico debe hacer para evitar su desarrollo.

(1) Mémoires de l'Académie impériale de Médecine, t. III.



## DE LA CALENTURA CONTINUA DE INGLATERRA , Ó DEL TIPHUS FEVER.

Reina endémicamente en Inglaterra , y sobre todo en Irlanda , una calentura continua grave , rara en la infancia ; pero que puede padecerse en todas las edades , y cuyos caracteres son : cefalalgia al principio , postracion de fuerzas , diversos desórdenes cerebrales , como el delirio y el insomnio ó la soñolencia , y una erupcion particular en la superficie de la piel ; enfermedad en la que no se ha encontrado ninguna lesion cadavérica constante y característica.

Esta afeccion , que se observa algunas veces en los Estados-Unidos , pero acaso tan solo epidémicamente , ha estado confundida hasta estos últimos tiempos con la calentura tifoidea , no únicamente por los médicos ingleses , sino tambien por los franceses que han tenido ocasion de observarla en los hospitales de la Gran-Bretaña. Sin embargo , no ha tardado una observacion mas exacta en dar á conocer que los médicos ingleses confundian bajo el mismo nombre de *tiphus fever* ó *continued fever* , dos enfermedades esencialmente distintas por los síntomas , el curso , las lesiones anatómicas y etiologia : la una no es mas que la calentura tifoidea , que en nada se diferencia de la que observamos aquí ; la otra , desconocida en Francia , que ninguna relacion tiene con la anterior , y es para la que únicamente debe reservarse el nombre *tiphus fever*. Esta distincion de dos enfermedades que hasta el dia se han tenido como idénticas , fue bien establecida por el doctor Gerhard en la relacion que publicó el año de 1837 , en *The American Journal* , de una epidemia de *tiphus fever* que reinó el año anterior en Filadelfia (1). Despues de él , un médico no menos distinguido , nuestro amigo Shattuck , de Boston , recogió durante su permanencia en Londres observaciones preciosas , que han confirmado los resultados de su compatriota. Estas observaciones , reunidas y comentadas por el doctor Valleix , han sido objeto de un importante trabajo , que este hábil profesor ha insertado en el tomo V (3.ª serie) de los *Archives générales de médecine*. Los hechos referidos por ambos autores americanos tienen para nosotros tanto mas valor , cuanto que conocemos personalmente y hemos tenido ocasion de apreciar el talento de observacion de estos médicos distinguidos , quienes por haber permanecido mucho tiempo en París aprendieron á conocer nuestra calentura tifoidea , que han hallado despues con los mismos caracteres anatómicos y sintomáticos en Inglaterra y en los Estados-Unidos. Finalmente , en agosto de 1847 M. Guéneau de Mussy , á impulso de sus nobles sentimientos , fué á estudiar el *tiphus fever* que diezmará á la desgraciada Irlanda ; él ha confirmado completamente la distincion que hacemos entre dicho tifo y la calentura tifoidea. Ambas afecciones son en la actualidad muy bien conocidas en Inglaterra , sabiendo los médicos de esta nacion distinguir las perfectamente.

*Lesiones cadavéricas.*—En los sujetos que mueren del *tiphus fever* , no se descubre alteracion alguna constante en los sólidos , *faltando constantemente* la lesion de los folículos de Peyer , de Brunner y de los ganglios mesentéricos , que forma el carácter anatómico de la afeccion tifoidea. Sin embargo , en el

(1) Traducida por el doctor Bell , en el diario *L'Expérience* , primer año , p. 244 y 505.



número de agosto del 1842 de *London and Edinburgh monthly Journal* el profesor Reid asegura haber encontrado las alteraciones características de la calentura tifoidea en ocho individuos de ciento treinta y dos muertos de *tiphus fever*. Es, empero, evidente que los ocho casos no lo serian de *tifus fever*, porque el doctor Reid está en la creencia de no observarse calenturas tifoideas en Edimburgo, creencia que bien se sabe en el día ser falsísima. La membrana mucosa gastro-intestinal está casi siempre intacta; y como lo ha notado especialmente Gerhard, la del intestino delgado se halla alterada menos veces que despues de cualquiera otra enfermedad febril; el bazo mismo, generalmente sano, pero á veces reblandecido, es raro que aumente de volúmen, y cuando existen estas lesiones, nunca son comparables á las que en la misma viscera se encuentran en los casos de calentura tifoidea. Diversas alteraciones se notan en los órganos torácicos segun el testimonio de M. Guéneau de Mussy, como reblandecimiento ó friabilidad de las cavidades izquierdas del corazon, obstrucciones ó hepatización de los pulmones, que contienen á veces núcleos apopléticos, ó se esplenizan. Siendo inconstantes tales alteraciones, ninguna de ellas puede constituir el carácter anatómico de la enfermedad.

Analizó la sangre en seis casos graves M. Rodier. Era el líquido vital mucho menos denso; su fibrina ó se hallaba en cantidad plausible, ó representaba la menor del estado fisiológico, ó habia disminuido. En la mitad de los enfermos contenia menos glóbulos, resultado, que no atribuimos á la enfermedad, sino á la anemia anterior y á las condiciones higiénicas á que estaban espuestos los sujetos antes de enfermar.

*Síntomas.* —Sienten los enfermos al principio cefalalgia, cansancio, escalofrío y fiebre; hay postracion de fuerzas, y abatimiento; los desórdenes de los órganos de los sentidos, como son los vértigos, el zumbido de oidos y la sordera varian mucho, pues que unas veces faltan ó apenas se manifiestan, como en los hechos referidos por Shattuck, mientras que otras, como ha observado Gerhard, son todavía mas intensos que en la calentura tifoidea. Todos los enfermos se hallan atormentados por el insomnio, y presentan algun desórden de la inteligencia, que generalmente consiste en un delirio tranquilo; algunos tienen grande agitacion y otros caen en un estado de soñolencia y de coma, espresando su semblante las mas veces el estupor. La cara está amoratada; el temblor es general y los saltos de tendones son síntomas igualmente comunes, sobre todo en la forma epidémica de la enfermedad. La lengua se halla casi siempre, desde el principio, roja, seca, negruzca y resquebrajada, y los dientes incrustrados de fuliginosidades; la sed es viva, el apetito nulo, el vientre está por lo comun flexible, sin meteorismo ni dolor, los vómitos son raros asi como el ruido de tripas, y la diarrea, aunque frecuente, no se manifiesta por lo comun al principio á no ser promovida por la administracion de los purgantes. La respiracion es á veces acelerada; algunos enfermos tienen tos, pero es raro observar el estertor sibilante, que tan comun es en la dotinenteria; sin embargo, lo mismo que en esta última afeccion, sobre todo en el invierno, se observa con bastante frecuencia la ingurgitacion de los pulmones ó la esplenizacion de su parte posterior. Un síntoma que debe mirarse como constante, pues que hasta el día se le ha observado en todos los sujetos cuando se le ha querido buscar con esmero, consiste en una erupcion de numerosas manchas, dispuestas en grupos irregu-

lars en la superficie del cuerpo, así en el tronco como en los miembros: son redondeadas y de una magnitud que varía desde la de una cabeza de allíer hasta la de un pequeño guisante, violadas ó de un rojo oscuro; no forman relieve sobre la piel, y no desaparecen ó se borran muy poco comprimiéndolas con el dedo. Esta erupción, que como se ve, ninguna semejanza ofrece con la de la calentura tifoidea, se manifiesta, según Gerhard, del sexto al octavo día, rara vez cesa antes del vigésimo, y con frecuencia se prolonga hasta los veinte y cinco ó treinta y un días de la enfermedad. Rara vez hay sudamina. La sangre extraída de las venas carece de costra inflamatoria, y el coágulo que forma es blando, oscuro y en una época avanzada de la enfermedad se vuelve difluente: entonces es muy probable que haya disminuido la proporción de fibrina.

Tiene la enfermedad un curso continuo, y ofrece las mas veces exacerbaciones nocturnas. Por lo comun termina á los tres septenarios, unas veces algo mas pronto y otras mas tarde, como por ejemplo á los treinta días. No es raro venir fenómenos decididamente críticos que ocasionan en los enfermos un cambio radical, en términos que unos sucumben al paso que otros entran como por encanto en convalecencia. Los fenómenos que con frecuencia mayor producen tamaños cambios, son: la diaforesis considerable, la copiosa diuresis, el sueño profundo.

*Diagnóstico.*—No se comprende verdaderamente cómo ha podido el *tiphus fever* permanecer confundido tanto tiempo con la dotinenteria; porque en el primero se halla una erupción muy notable y diferente de las manchas rosáceas lenticulares de la calentura tifoidea. Además, los síntomas abdominales que en esta última constituyen los fenómenos predominantes que sobrevienen desde el principio, faltan de un modo mas ó menos completo en la calentura continua de Inglaterra. Lo mismo sucede con los accidentes torácicos, acaso con la turbación de los sentidos y sobre todo con las epistaxis, que faltan con mas frecuencia y son menos manifiestas en esta que en nuestra calentura tifoidea. Finalmente, nos ha parecido que en el *tiphus fever* habia mucha menos tendencia á la producción de las escaras, y sobre todo de las ulceraciones que tan comunes son en el curso de las calenturas tifoideas. En América podria confundirse el *tiphus fever* con la fiebre remitente autumnal; mas sin embargo, pronto veremos que esta se distingue fácilmente de aquel, por su curso, por su terminación y por las circunstancias en que se declara. ¿Es el *tiphus fever* el mismo tifo castrense descrito por Hildenbrand? M. Guéneau responde que sí, apoyándose este distinguido médico en las razones siguientes: las mismas causas se han señalado al uno y al otro: tienen uno y otro la misma invasión, la misma erupción, las mismas complicaciones, la misma duración, las mismas crisis: revisten uno y otro las mismas formas, por manera que según sea el carácter epidémico, predomina ora la forma inflamatoria, ora la atáxica ó la adinámica.

*Pronóstico.*—El *tiphus fever* parece tener la misma gravedad que la calentura tifoidea. M. Guéneau de Mussy me dijo que con frecuencia era muy benigno en los niños.

*Etiología.*—Esceptuando la infancia, todas las edades se hallan igualmente expuestas á contraer el *tiphus fever*, y este es tambien un carácter que le distingue de la calentura tifoidea. El sexo no constituye una predisposición á la enfermedad. Esta ataca principalmente á los individuos de la clase pobre que



se entregan á la embriaguez. Endémica es en Irlanda, cuyos pobres y envilecidos moradores viven hacinados en húmedas cuevas (mas bien que habitaciones), donde falta la luz y falta el aire. Tampoco el clima parece ejercer influencia alguna sobre esta dolencia, que es esencialmente contagiosa.

*Tratamiento.*—Segun Gerhard, no conviene la sangría general sino en algunos casos escepcionales, mientras que la local, si consiste sobre todo en ventosas á la nuca, es muy útil, como asimismo los sinapismos, para combatir las congestiones cefálicas. Cuando es intenso el calor de la piel, se moderará con las lociones frescas y los baños; se darán bebidas atemperantes gaseosas, y cuando decaigan las fuerzas, deberá recurrirse á los tónicos y los cordiales. Si tanto decaen, que se lleguen á notar oscuros los latidos del corazon y no se perciba ya su primer ruido, aconseja M. W. Stokes que se insista mucho en la administracion de vino puro. Los eméticos y los purgantes, útiles cuando están bien indicados, parece que, segun Gerhard, no ofrecen ventaja, como método general de tratamiento.

*Conclusiones.*—El *tiphus fever* es, propiamente hablando, una calentura esencial en todo el rigor de la palabra, y distinta por lo tanto de la calentura tifoidea. No deben, pues, considerarse en adelante como idénticas estas enfermedades; ni la falta de lesiones intestinales en la primera autorizará para poner en duda el valor de las que forman el carácter anatómico de la segunda. En fin, el *tiphus fever* sea ó no idéntico con el descrito por Hildenbrand, se diferencia de todas las enfermedades agudas febriles, por no tener una lesion constante de un carácter anatómico cualquiera, y porque en su curso no se advierte ninguna proporeion entre el movimiento febril y la frecuencia de las lesiones secundarias.

#### DE LA CALENTURA BILIOSA DE LOS PAISES CÁLIDOS.

La calentura biliosa de los climas cálidos, llamada tambien *calentura remitente biliosa*, ó *grande epidemia de los paises intertropicales*, es una de las enfermedades mas comunes y mortíferas de estas regiones. Se la observa principalmente en la península del Ganges, en las provincias meridionales de los Estados-Unidos y en la costa de Africa; en Europa, en la parte litoral de Italia y de España, de donde le viene la denominacion de *calentura mediterránea* que la han dado algunos médicos ingleses. Segun Littré, el *kausos* de Hipócrates no es tal vez mas que una calentura remitente biliosa.

*Síntomas.*—Ofrece muchos grados la calentura biliosa; asemejándose algunas veces al embarazo gástrico-febril de este clima, por sus síntomas y por su poca gravedad, aunque presenta, sin embargo, la particularidad de ser en ella mas activa la secrecion de la bilis. Efectivamente, si en nuestro embarazo gástrico se observan mas bien náuseas que vómitos; si estos son raros y poco copiosos; si la diarrea es un síntoma mucho menos frecuente que la constipacion; si el color amarillo de la piel no consiste mas que en una sufusion muy ligera, y casi siempre circunscrita á algunos puntos de la cara, no sucede exactamente lo mismo con la forma benigna de la calentura biliosa remitente. En esta, la supersecrecion de la bilis es un fenómeno muy marcado; de modo que la coloracion amarilla de la piel, es mas general y mas intensa, las cámaras son diar-



reicas y no contienen mas que bilis verde, y los vómitos mas frecuentes y mas abundantes. En la forma mas grave (y esta es la que especialmente se pretende designar cuando se habla de la calentura biliosa), se manifiesta la enfermedad repentinamente ó despues de algunos dias de indisposicion. Entonces se hallan los individuos abatidos, tienen dolores en los lomos, falta de apetito y alternativas de frio y de calor. Bien pronto suceden á estos síntomas un calor ardiente en todo el cuerpo, pulso frecuente, cefalalgia frontal ó supraorbitaria, muchas veces intensa, grande opresion de pecho, un dolor mas ó menos vivo, y una tirantez mas ó menos penosa en el epigastrio y en los hipocondrios, especialmente en el derecho. La lengua está cubierta de una capa blanca ó amarillenta; hay por lo comun sed y vómitos frecuentes de una bilis verde, que forma hebra, y que se arroja á véces en cantidad enorme. En ocasiones hay constipacion, y otras diarrea biliosa, con cólicos ó sin ellos, y un tinte icterico mas ó menos marcado, y estendido por todo el cuerpo ó limitado solamente á la cara, y sobre todo á las conjuntivas. Las facultades intelectuales se hallan con frecuencia íntegras; pero en muchos casos existen el coma, la soñolencia, y especialmente el delirio, que en ciertas epidemias es un síntoma predominante, y muy violento desde el principio. Rara vez van graduándose estos accidentes de una manera continua; en el mayor número de casos, despues de haber persistido con violencia, se atenúan por algunas horas, y esta remision se halla marcada por un sudor copioso, ó solamente por algo de mador. Las accesiones son ordinariamente cotidianas, dobles cotidianas ó tercianas, y rara vez tienen otro tipo. Pero muy á menudo, segun se prolonga la enfermedad, van siendo menos marcadas las remisiones; entonces se seca la lengua y se pone pardusca; el pulso se acelera tambien, y se hace desigual é intermitente; son mas frecuentes los vómitos; hay saltos de tendones, delirio ó coma, y algunas veces sobreviene la muerte antes de concluirse el primer septenario, pero con mayor frecuencia en el curso del segundo.

No habiendo observado jamás esta dolencia, he procurado dar una idea de ella por las descripciones de los autores ingleses. No obstante, al leer algunas relaciones de epidemias de calentura biliosa, se viene en conocimiento, como observa Louis, de lo difícil que es trazar un cuadro algo completo de la afeccion; tantos son los cambios que en su fisonomía imprimen la constitucion, el clima y la estacion.

*Diagnóstico.*—Parece que la calentura biliosa es generalmente de fácil diagnóstico; pero, sin embargo, en los paises en que reina simultáneamente con la calentura amarilla, es á veces muy difícil distinguirla de esta última (V. *Calentura amarilla.*) Tiene tambien algunos puntos de contacto con la forma biliosa de la calentura remitente; y he aquí por qué en el concepto de algunos autores, estas tres afecciones (calentura biliosa, calentura amarilla y calentura remitente), no constituyen mas que grados ó variedades de una misma enfermedad; siéndonos imposible decir si es opinion bien fundada por falta de observaciones personales con respecto á la afeccion que nos ocupa.

*Pronóstico.*—La fiebre biliosa es una enfermedad muy grave, y de la que son víctimas crecido número de europeos que llegan á las Indias; pero sin embargo, parece menos mortífera que la calentura amarilla.

*Etiología.*—Una temperatura elevada, juntamente con la humedad, son las

condiciones que producen la calentura biliosa, y la hacen ser endémica en varios países, especialmente en el Ganges. Contraen principalmente esta enfermedad los extranjeros.

*Tratamiento.*—Los purgantes forman la base del tratamiento, siendo los mas usados una mezcla de jalapa en polvo y de calomelanos. También se dan solos estos últimos, hasta que escitan el ptialismo; no siendo tan general el uso de los vomitivos, como tampoco el de la sangría, que muchos reprueban, y que todos aconsejan se practique con gran prudencia, y en el momento de mayor intensidad del paroxismo. La aplicacion de sanguijuelas al epigastrio y al hipocondrio, parece que generalmente suele ser útil; debiendo completar el tratamiento las bebidas frescas y diluentes, y los baños. Algunos agregan á estos medios los diaforéticos, pero se reprueban generalmente. Los tónicos solo están indicados cuando es grande la postracion.

*Naturaleza.*—No tenemos noticia alguna exacta acerca de las alteraciones que se encuentran en los cadáveres de los que sucumben á consecuencia de la calentura biliosa; se habla de congestion y aun de inflamacion del hígado, del estómago, de los conductos biliares y de la vena porta; pero todo esto se ha indicado de un modo demasiado vago. Queda pues sin determinar, si la calentura biliosa tiene, como la remitente y la amarilla, una lesion mas ó menos constante. Pero sin que se suponga queremos prejuzgar nada de esto, y sea cua fuere el resultado á que por otra parte nos conduzca una observacion ulterior creemos poder admitir desde ahora, que la calentura biliosa tiene una existencia real, y que depende de una causa general, como lo prueban la multiplicidad y la gravedad de los accidentes que la caracterizan. *A priori*, no se la puede considerar ni como una gastritis, ni como una hepatitis; porque estas enfermedades, estudiadas en los mismos climas, tienen otros síntomas y un curso diferente. Creemos ademas que las inflamaciones, y todas las otras alteraciones que pueden observarse son secundarias, y no ofrecen mas valor que el dado por las lesiones intestinales en los casos de calenturas graves. En razon de su carácter remitente, podria considerarse la calentura biliosa como de idéntica naturaleza que la intermitente; pero por una parte la remitencia no es un carácter constante, y ademas todos han reconocido que la quina daña casi siempre.

Los ilustrados traductores de la segunda edicion de este *Tratado* colocaron aquí una oportuna nota, que literalmente copiamos. Dice asi :

La calentura biliosa que en España se observa, no conviene del todo con la descripcion que el autor confiesa haber tomado de los Ingleses, asi como el tratamiento. Los principales síntomas de esta calentura son: la cefalalgia supraorbitaria, el color amarillento del rostro, principalmente de las conjuntivas, y circunferencia de los labios; la capa amarillenta de la lengua; los vómitos de materiales biliosos; las deyecciones líquidas de igual naturaleza; la inapetencia; la sed; prefiriendo generalmente las bebidas ácidas; algun dolor ó incomodidad hácia el epigastrio é hipocondrios, principalmente el derecho; el calor acre de la piel; la frecuencia y dureza del pulso, y las exacerbaciones vespertinas, generalmente cotidianas. Cuando estas calenturas se gradúan, sobreviene el delirio, el coma, la postracion, y el conjunto de síntomas nerviosos, que acompañan á la calentura tifoidea, pero sin encontrarse en los caláver erupcion alguna intestinal.



El tratamiento empleado por la generalidad de los médicos españoles, es sumamente sencillo. las mas veces se limita á la dieta y el uso de las bebidas diluentes, prefiriendo las subácidas, como el agua de limon ó naranja; con menos frecuencia se hace tomar un emético suave, ó un ligero purgante salino; y solo cuando el enfermo es muy robusto, ó es considerable el dolor epigástrico suele practicarse alguna evacuacion de sangre general ó tópica, ó hacer aplicaciones de tópicos emolientes ó atemperantes. En los casos graves, cuando el mal presenta el cuadro de síntomas que acompaña á la calentura tifoidea, maligna, pútrida ó nerviosa de los autores, se procede de diversa manera, en conformidad á los preceptos establecidos para el tratamiento de estas dolencias. La jalapa y los calomelanos se usan poquísimos en España, y menos en la calentura biliar.

## DE LA CALENTURA AMARILLA.

SINONIMIA. — Calentura de Siam; calentura icterica, maligna, marinera; — gastro-hepática; — pútrida continua; — tifo de América, ó icterico ó bilioso; — vómito negro, vómito prieto de los españoles, etc., etc.

*Definicion.*—Es la calentura amarilla una enfermedad propia de los climas cálidos, que reina por lo comun de un modo epidémico, y se halla caracterizada especialmente por un color amarillo de la piel y por vómitos negros.

*Historia.*—Los antiguos desconocieron del todo la calentura amarilla, y las primeras nociones que poseemos sobre esta temible enfermedad, son posteriores al descubrimiento del continente americano. Indicada su existencia de un modo vago, cuando Cristóval Colon hizo su segundo viaje (en 1493), estuvo confundida por largo tiempo con las demás enfermedades pestilenciales, y hasta mediados del siglo XVII no se hicieron de ella descripciones algo exactas. Ha calculado Moreau de Jonnés que en cuatro siglos escasos, ha habido por lo menos 274 grandes epidemias de calentura amarilla. Haremos mencion entre otras, de la que en 1793 causó estragos en la América Septentrional, y especialmente en Filadelfia; las de Cádiz en 1800 y 1805; la de Santo Domingo en 1801, tan fatal para nuestros soldados; en fin, las epidemias de Barcelona en 1821, y de Gibraltar en 1828, sobre las cuales poseemos las relaciones mas completas, y que todas han sido ilustradas por el valor y los sacrificios de los médicos franceses. Entre los numerosos trabajos que debemos á nuestros compatriotas, citaremos especialmente los de Devèse, de Dalmas, de Audouard, de Bailly Francois y Pariset, las investigaciones de Louis, publicadas primero en América por Shattuck, é insertadas despues en el tomo segundo de las *Memorias de la Sociedad médica de observacion*, y en fin, los documentos que Chervin ha reunido con celo, perseverancia y sagacidad admirables, relativos principalmente á la etiología y al modo de trasmision de la enfermedad.

*Anatomía patológica.*—El aspecto exterior de los cadáveres es notable por una coloracion amarilla, que se percibe particularmente en las mejillas, en las axilas y en las ingles, observándose tambien con mucha frecuencia petequias y equimosis de grande estension. La sangre generalmente es negruzca y está ó líquida, ú ofrece blandos coágulos: todo indica que ha perdido parte de su fibrina. Generalmente no se advierte alteracion alguna en el sistema nervioso, ni en los órganos contenidos en el pecho. No obstante, Louis ha solido obser-



var durante la epidemia de Gibraltar, una exhalacion sanguinea en el parénquima pulmonal, y varias veces tambien verdaderos núcleos apopléticos. Pero las lesiones principales ó características se notan en las vísceras abdominales. El estómago, que se halla mas ó menos distendido, contiene una cantidad variable de sangre, cuyo líquido es algunas veces puro, aunque las mas tiene un color pardusco, negro, forma copos, se halla mas ó menos alterado y exhala un olor agrio. Louis ha visto sangre en el estómago de casi las tres cuartas partes de sugetos. La mucosa se encuentra á veces impregnada de este líquido y equimosada; pero puede hallarse inyectada, reblandecida, engrosada y ulcerada, aunque lo mas comun es que aparezca intacta, y cuando está inflamada, esta lesion nunca es ni muy intensa, ni de grande estension. En los intestinos delgado y grueso, se encuentra tambien una materia negra, que Louis ha visto en las dos terceras partes de casos: la mucosa suele estar igualmente reblandecida; pero tal lesion no es constante, y cuando existe, no se diferencia de la que se observa en los que mueren á consecuencia de las demás enfermedades agudas. El hígado es el órgano que experimenta cambios mas notables. Algunos autores habian notado ya, que esta víscera tomaba con bastante frecuencia un tinte amarillo; pero Louis fue quien en su relacion de la epidemia de Gibraltar, dió principalmente á conocer las alteraciones del hígado en los sugetos arrebatados por la calentura amarilla. Este hábil observador vió que en todos los cadáveres estaba el hígado mas ó menos descolorido, y presentaba un color de manteca fresca, pajizo, de café con leche, amarillo de gutagamba ó de mostaza, ó ya en fin, de naranja y de alfónsigo. Esta decoloracion era casi siempre general, pero no exactamente igual en toda la estension del órgano, y coincidia constantemente con la *anemia* del hígado. Contenia este órgano mucha menos sangre que de ordinario; asi es que al cortarle se presentaba seco y de un aspecto árido, su tejido ofrecia generalmente la consistencia normal, y no habia relacion alguna entre esta alteracion y el estado del duodeno. Imposible es determinar en el estado actual de la ciencia, cuál sea la naturaleza y la causa de tan notable alteracion del hígado; pero todo parece probar, segun Louis, que constituye el carácter anatómico de la calentura amarilla. Las observaciones de este autor han sido confirmadas en la Martinica por el doctor Dutrouleau, médico distinguido de Marîna, quien no ha visto faltar una vez la alteracion del hígado en mas de cien autopsias. Pero Ruzf, que hacia sus observaciones precisamente en la misma epidemia (de 1839 á 1841), dice, haber encontrado intacto el hígado de tres veces una; en cuyo caso si la alteracion del hígado faltase tantas veces, si se hallase subordinada al carácter epidémico de la enfermedad, no deberia constituir el carácter anatómico esencial de la afeccion, sino solamente una lesion concomitante muy frecuente.

Para terminar todo lo relativo á la anatomía patológica, diremos que está por lo comun natural el aparato biliar, aunque se ha visto alguna vez inyectada, reblandecida y llena de sangre la vejiga de la hiel. Sano suele observarse el hazo, pero no es raro que tenga mucho mayor volumen y algo mas friable su tejido. Sanos tambien casi siempre los órganos genito-urinarios presentan en algunos casos manchas equimosadas.

*Sintomas.* 1.º *Invasion.*—Por lo general acomete de pronto la calentura amarilla en medio de las ocupaciones ordinarias de la vida, y en el momento en

que menos se la espera. Sienten los enfermos una cefalalgia mas ó menos intensa, acompañada de escalofríos y de dolores contusivos en los miembros y en el dorso. Bien pronto sucede el calor á los escalofríos; se inyecta la cara, y los ojos se ponen encendidos y lagrimosos; la sed es viva; hay anorexia, y á veces un gran dolor en el epigastrio. Suelen variar los síntomas que siguen á estos primeros, por cuyo motivo conviene, para proceder con método, dividir la enfermedad en dos períodos.

*Primer período.*—Persisten los síntomas precedentes, y la mayor parte toman nueva intensidad. Bien pronto se quejan los enfermos de un dolor del epigastrio mas ó menos vivo y acompañado de náuseas y de vómitos blanquecinos, cuyos vómitos son escitados por la ingestion de las bebidas; la lengua está húmeda y limosa; hay constipacion, insomnio, y en muchos enfermos, agitacion y grande ansiedad: en otros casos se observa estupor, soñolencia habitual; respuestas lentas y penosas, y están trémulos la lengua y el labio inferior. El pulso es lleno, regular, medianamente acelerado, y algunas veces tambien menos frecuente que en el estado normal; la temperatura de la piel casi siempre es poco elevada, y los tegumentos del pecho están frecuentemente inyectados.

*Segundo período.*—Empieza hácia el cuarto dia: á la inyeccion de los tegumentos sucede un tinte amarillento de los mismos; de pronto se presentan epistaxis, los vómitos se hacen mas frecuentes, y los materiales arrojados son por primera vez negruzcos en parte ó en su totalidad, y semejantes al hollin ó al poso del café, teniendo ademas un gusto acre que escalda las fauces; las cámaras son igualmente negruzcas. El malestar y la ansiedad aumentan considerablemente; á veces hay hipo, se postran las fuerzas, disminuye el calor, no se escreta la orina, se manifiestan petequias, equimosis y chapas gangrenosas en diferentes puntos del cuerpo, y sobreviene la muerte en medio de este conjunto de síntomas espantosos. Tal es el cuadro de la enfermedad; mas sin embargo, conviene saber que se han observado otros varios síntomas que predominan en algunas epidemias; así es que se ha notado ya un delirio violento, ya un calor abrasador, y otras veces una sed inestinguible; ó bien, como sucedió en la epidemia de Gibraltar descrita por Louis, hay generalmente poca postracion de fuerzas, de modo que muchos enfermos continúan levantándose, y por decirlo así, mueren de pié.

Entre los síntomas que acabo de describir, son especialmente notables el estado de ansiedad, el decaimiento del pulso, la coloracion amarilla, las hemorragias, sobre todo las del estómago, la pequeñez del pulso y una debilidad tan sumamente considerable del corazon, cuyo impulso es imposible percibir en varios casos, ni aun valiéndose del estetoscopio: esta última y tristísima circunstancia se observó mucho en la devastadora epidemia de Barcelona. Sin embargo, no debemos creer, como algunos, que los vómitos negros constituyen un síntoma esencial de la enfermedad, puesto que Louis los vió faltar en la tercera parte de enfermos que sucumbieron; pero los vómitos, prescindiendo de los materiales espelidos, son un síntoma mas frecuente en la calentura amarilla que en ninguna otra enfermedad aguda, á escepcion de las afecciones del estómago.

*Curso.*—Segun la descripcion que precede es continua la marcha de la ca-



lentura amarilla, y á mas de esto regular; sin embargo, en algunas epidemias se han notado remisiones perfectamente caracterizadas. Las mas veces se observa una simple remitencia, siendo el tipo intermitente mucho mas raro y no observándose apenas mas que al principio. En ciertos casos es bastante frecuente la trasformacion de unos tipos en otros como observaron muchas veces Chambolle y Chervin en Pointe á Pitre. Las remisiones se presentan especialmente al principio y al fin de las epidemias.

*Duracion.*—La duracion de la calentura es de cinco á diez dias en los casos graves, y menor cuando la enfermedad es benigna.

*Terminaciones.*—La terminacion fatal se anuncia por el acrecentamiento de los síntomas que quedan enumerados; pero á veces tambien sucumben los enfermos despues de una mejoría aparente, habiendo por último otros que mueren de pronto de una manera inesperada.

Cuando termina favorablemente, dejan de tomar incremento los síntomas generales y locales, ó pierden parte de su intensidad en una época mas ó menos distante del principio de la dolencia. Hacia el quinto dia, por término medio, disminuyen el calor y el dolor epigástricos, el pulso adquiere su frecuencia, se humedece la piel y el apetito renace al mismo tiempo que las fuerzas.

La convalecencia es casi siempre larga y penosa, sobre todo con respecto á la corta duracion de la enfermedad, y generalmente se pasan muchas semanas antes que las fuerzas se restablezcan. Puede haber recaidas, que provienen las mas veces de algun exceso en el régimen; pero que sin embargo son poco frecuentes.

Un ataque de calentura amarilla no preserva de contraer segunda vez la enfermedad; aunque resulta de los documentos y numerosos hechos recogidos particularmente por Louis en Gibraltar y por Dutrouleau en la Martinica, que la calentura amarilla está menos sujeta á recidivas que las viruelas, y que un individuo que ha sido atacado, aunque sea muy ligeramente, de aquella afeccion, queda libre de ella para siempre, salvo muy raras escepciones.

*Diagnóstico.*—Ninguna dificultad ofrece por lo comun el diagnóstico de la calentura amarilla. A causa de la ictericia, no puede confundirse esta enfermedad con una hepatitis, porque en esta se halla aumentado el volúmen del hígado y existe tambien un dolor mas ó menos vivo en el hipocondrio. Por otra parte, en esta última afeccion son menos graves los síntomas generales, y el curso menos rápido. Despues veremos que es imposible confundir la calentura amarilla con la gastritis simple. Se dice que el tifo de América tiene mucha analogía con la calentura biliosa de los paises cálidos, y aun creen muchos autores que estas dos enfermedades son idénticas, difiriendo tan solo entre sí por el grado de intensidad; sin embargo, la ictericia nunca es tan manifiesta en la calentura biliosa como en la amarilla, y jamás se observan en la primera los vómitos negros que son en la segunda un fenómeno predominante. Sin embargo, parece que en los paises en que son endémicas ambas enfermedades, encuentran muchas veces dificultades los hombres mas hábiles para establecer una línea de demarcacion entre ellas; y hé aquí por qué, en concepto de algunos, constituyen grados ó variedades de una misma afeccion.

Seria imposible confundir la calentura amarilla con un acceso de intermi-



tente perniciosa franca; mas sin embargo parece que en algunos casos es difícil distinguir la calentura amarilla de ciertas remitentes ó sub-continuas de los países cálidos. Es por otra parte tanto mas difícil esta distinción cuanto que coexisten manifiestamente dichas dos afecciones en muchas epidemias, y aun algunas veces puede seguirse con facilidad la transición ó trasformación de las calenturas intermitentes en remitentes y despues en continuas, con los síntomas ordinarios de la calentura amarilla. Sin embargo, anticipadamente decimos que en la calentura remitente no existe el color amarillo de los tegumentos, y que los vómitos son biliosos, pero jamás negruzcos. El dolor y la tensión de los hipocondrios, el enfriamiento y el estado ciánico de las estremidades y la prontitud con que la lengua se seca y se vuelve parduzca, son caracteres que no pertenecen á la calentura amarilla, y que por el contrario, acompañan á la remitente. Por fin, en los tiempos de epidemia podrá servir la abertura de los cadáveres, como de un medio auxiliar para establecer el diagnóstico.

*Pronóstico.*—La calentura amarilla es casi tan mortífera como la peste; pero conviene advertir que varía mucho la mortandad en las diferentes epidemias y en cada una de ellas, segun la época en que se la observa. Generalmente fallecen de esta dolencia desde una tercera á una sexta parte. Casi todos los autores están conformes en considerar la afección que nos ocupa, como mas grave en los hombres que en las mujeres (esceptuándose no obstante las embarazadas), en los adultos que en los niños, y en los sujetos robustos y plétóricos que en los de una constitución menos fuerte. Es tambien incomparablemente mas mortífera para los estranjeros que para los naturales. Una habitacion estrecha, las pesadumbres, el aniquilamiento producido por privaciones y las fatigas, y finalmente una estacion húmeda y cálida, son otras tantas circunstancias que influyen en la terminación funesta de la enfermedad.

Los síntomas que deben reputarse como de peor agüero, son: los equímosis, las petequias, la gangrena, las hemorragias, los vómitos negros, la supresión de la orina, el coma, los síncope, el enfriamiento del cuerpo, y la postración estrema; por último muchos autores han considerado como fatal la pronta aparición de la ictericia.

*Étiología.*—En la etiología de la calentura amarilla debemos estudiar: 1.º las causas que presiden á su desarrollo primitivo; y 2.º su modo de propagación.

La mayor parte de los autores modernos, y especialmente los médicos americanos, opinan que son *indispensables* dos causas para la producción de la calentura amarilla, á saber: una grande elevación de temperatura, y un foco de infección, es decir, un centro de putrefacción producido por la descomposición de las sustancias vegetales y animales. Asi es, dicen, que se manifiesta principalmente en las orillas del mar, de los lagos y de los grandes rios. Nadie duda que estas dos causas desarrollen el tifo de América y favorezcan tambien su propagación, como lo han probado numerosos hechos. Por eso se ha visto aparecer repentinamente en los buques que navegaban en alta mar, en las latitudes que acostumbra á reinar, y en las cuales se habia desarrollado accidentalmente un foco de infección. Sin embargo, no deben autorizarnos estos hechos á tener, como lo hace Chervin, por *esenciales* las dos causas de que hablamos, ni á creer que ninguna epidemia de calentura amarilla puede existir sin su con-

curso; porque no faltan países, tales como ciertas provincias de las Indias Orientales, donde se hallan reunidas en el mas alto grado las causas de insalubridad que se miran como productoras de la calentura amarilla, y sin embargo este azote ha respetado siempre aquellas regiones ó apenas es endémico en ellas; y porque ademas se citan diversos países en cuyo suelo no se encuentra ningun foco de infeccion, y en los cuales se desarrolla con frecuencia la calentura amarilla; tales son entre otros, las islas Bermudas en la América del Norte. Hay, en fin, países donde son permanentes estas causas, y en los que, sin embargo, no se manifiesta la enfermedad sino por intervalos mas ó menos distantes. Debe pues admitirse, que la causa íntima del tifo de América, nos es casi desconocida aun.

Sea de esto lo que quiera, la calentura amarilla es una enfermedad propia de los climas cálidos, que jamás se ha observado mas allá de los 48.º de latitud. No es menos notable la influencia que tiene en su desarrollo la elevacion del suelo, pues que no existe en los países situados á mas de 204 varas sobre el nivel del mar. Hace sus estragos principalmente en las islas y en el continente americano, en algunas partes del Africa, como el Senegal, y á veces en el Mediodía de Europa, sobre todo en España. Donde es endémica la calentura amarilla reina muchas veces todo el año, y apenas ataca mas que á los extranjeros no aclimatados todavía. No se hallan sin embargo libres los indígenas; pero estan menos predispuestos. Los individuos que hace poco tiempo han desembarcado son tanto mas aptos para contraer la afeccion, cuanto mas frio es el país de donde proceden. Si la enfermedad se declara en países mas templados, en Europa por ejemplo, apenas reina mas que durante el estío y el otoño, atacando indistintamente á los indígenas y á los extranjeros, si se exceptúa tal vez á los que acaban de llegar de los trópicos. Ademas, en igualdad de circunstancias hace mayor número de víctimas la calentura amarilla en los blancos que en la raza negra. El sexo masculino, la edad adulta, la constitucion fuerte y pletórica, el régimen esclusivamente animal, el uso de los espirituosos, las fatigas y las emociones morales, son otras tantas causas que predisponen á la enfermedad.

Es un punto muy discutido hace cuarenta años la trasmision de la calentura amarilla; y aun actualmente se hallan los médicos divididos en dos bandos, sosteniendo los unos que la enfermedad es contagiosa, mientras que los otros, en mayor número, y á cuya cabeza se hallan principalmente Chervin, Dalmas, Dèveze, Valentin, Rush, etc., pretenden que nunca puede propagarse por via de contagio, y que por lo tanto no ha podido ser importada de las Antillas á Europa. Finalmente, dicen que, nacida bajo la influencia de causas enteramente locales, vive y muere en el foco mas ó menos circunscrito que la vió nacer. En efecto, una observacion, repetida muchas veces, ha probado que en el país donde es endémica la calentura amarilla queda limitada la enfermedad al litoral y rara vez se estiende al interior. Un individuo que se separa del foco de infeccion no la trasporta consigo; si lleva su gérmen puede perecer mas ó menos lejos del centro de la epidemia; pero no comunica la enfermedad á los que le rodean y le prestan sus cuidados: en una palabra, parece probado que saliendo los enfermos de la esfera de actividad del foco, no pueden ni aumentarla ni estenderla á lo lejos ni desarrollar en fin, por sí mismos, un nuevo foco de infeccion inde-



pendientemente de toda influencia local. Este es el hecho principal y el que parece demostrar que no es realmente contagiosa la calentura amarilla, porque no deben admitirse como prueba de contagio los hechos (casi los únicos que citan los contagionistas) de individuos que *viviendo en el foco de infeccion*, ó habiendo venido á él accidentalmente y estando relacionándose allí con los que se hallaban afectados, han sido en seguida acometidos de la enfermedad. ¡Como si en estos casos no fuese mas probable que haya sobrevenido la calentura amarilla por solo el hecho de la infeccion de los lugares, mas bien que creer haya podido trasmitirse por el contacto inmediato! ¿Se sigue de aquí que jamás pueda ser contagiosa la calentura amarilla? Confieso que no habiendo estudiado nunca la enfermedad por mí mismo, y aun algo vacilante por algunos hechos favorables al contagio que se hallan en los autores, no me atrevo á decir, con una certidumbre absoluta y entera seguridad, que en ningun caso sea contagiosa. Pero estudiando con esmero y con una completa independendencia los hechos alegados por los partidarios de la infeccion y por sus adversarios, llegamos á convencernos de que el contagio no es el *modo ordinario* de propagacion de la enfermedad. Añadiremos para concluir, que todas las pruebas de inoculacion intentadas por muchísimos médicos, ya empleando la sangre, ya los líquidos contenidos en el tubo digestivo, quedaron siempre sin resultado.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la calentura amarilla se divide en curativo y profiláctico.

1.º *Tratamiento curativo.*—Se han preconizado contra esta dolencia infinitos remedios; pero no ha podido encontrarse hasta ahora un agente específico ó un método uniforme de tratamiento. Las sangrías, los vomitivos, los purgantes, el mercurio, el opio, la quina, los sudoríficos, los baños calientes y fríos, los de vapor, el hielo, las fricciones oleosas, etc., son otros tantos medios que pueden emplearse con provecho en ciertos casos.

Cuando la calentura amarilla ataca á sujetos robustos y está acompañada de una gran reaccion inflamatoria, conviene recurrir prontamente á la sangría general; no faltando autores que aconsejan repetirla muchas veces, sobre todo en los primeros dias de la dolencia. Otros médicos que han practicado en las Antillas y en Europa, reprueban el uso de la sangría, porque en su concepto, produce la postracion y hace interminable la convalecencia. Pero creemos que estos autores se han apresurado demasiado á dar reglas generales por una sola epidemia que han descrito. En cuanto á nosotros, debemos admitir que, segun la índole de la constitucion epidémica, deberá sangrarse poco ó mucho, sin que respecto á esto sea posible establecer ninguna regla fija. En todo caso, la sangría general es preferible á las sangrías locales, pues que estas ocasionan algunas veces la gáangrena ó bien hemorragias difíciles de contener.

Al principio de la enfermedad se darán en abundancia las bebidas suaves, acidulas ó gaseosas, los baños frescos ó tibios, y se harán sobre la superficie del cuerpo lociones con vinagre ó con el zumo de limon. Se ha aconsejado combatir los síntomas gástricos por medio de los vomitivos; pero pueden ser perjudiciales y deben usarse con la mayor reserva. Los laxantes, por el contrario, son útiles, sobre todo el aceite de ricino, la pulpa de tamarindos, el maná, los calomelanos ó los purgantes salinos, que son los que con mas frecuencia se emplean.



En el segundo período de la enfermedad, cuando sobrevienen la ictericia, los vómitos negros y la postracion, es la principal indicacion que se presenta la de sostener las fuerzas; con cuyo objeto se darán la quina, el vino y los aromáticos, y si se declarasen los accidentes nerviosos, deberán combatirse con los anti-espasmódicos, tales como el alcanfor, el almizcle y el castóreo. Se ha aconsejado igualmente la aplicacion de sinapismos y vejigatorios ambulantes á la superficie del cuerpo; pero seria poco cuerdo emplear los exutorios y aun los simples rubefacientes cuando haya tendencia á la gangrena, ó se verifiquen las hemorragias.

Siendo los vómitos un síntoma muy molesto, se ha aconsejado contenerlos con el opio, el éter, el agua de menta, la pocion de Riverio, y con la aplicacion de un vejigatorio al epigastrio; pero no parecen muy útiles estos medios. Acaso se obtendrian mas ventajas con las bebidas acidulas y heladas, tomándolas en pequeña cantidad cada vez; porque moderarian igualmente las hemorragias que se verifican por los órganos digestivos.

Despues de las sanguijuelas, es tal vez la quina el medio de que mas se ha abusado en el tratamiento de la calentura amarilla. Cuando reinaba la doctrina de Brown, los médicos franceses, los ingleses, y sobre todo, los españoles, prescribian desde el principio enormes dosis de quina, hasta ocho onzas en treinta y seis horas, y despues se ha administrado con preferencia al sulfato de quinina. Pero si han sido manifiestamente útiles estos medicamentos en ciertas epidemias, no ha sucedido así mas que momentáneamente; habiendo probado la esperiencia que no se podia hacer de ellos un método de tratamiento aplicable á la generalidad de los casos. En la actualidad, los mejores médicos que practican en los paises donde reina la calentura amarilla, están casi conformes en reservar el uso de la quina ó del sulfato de quinina, para satisfacer las dos indicaciones siguientes: 1.º la de reanimar las fuerzas cuando se hallan demasiado postradas, y 2.º, la de combatir los síntomas de periodicidad, dado caso que existan.

*Tratamiento profiláctico.*—El único medio que hay de preservarse de la calentura amarilla, consiste en huir de los focos de infeccion, yéndose á habitar á lugares sanos, elevados y bien ventilados. Las personas que por su estado ú obligacion, se ven precisadas á vivir en el centro de la epidemia, deberán observar estrictamente las reglas de una buena higiene, pero sin confiar mucho en las sangrías, en los exutorios, en los purgantes ni en los eméticos; cuyos medios se han querido suponer como profilácticos, cuando realmente son mas bien capaces de favorecer el desarrollo de la enfermedad por el desórden que ocasionan.

Ordenan los contagionistas, con el objeto de preservarnos de la importacion de la calentura amarilla, las cuarentenas y la observacion de todas las leyes de policia médica que están en vigor contra la peste; pero creemos que sin peligro podria desistirse de una severidad que no se encuentra justificada en el dia. No aconsejamos, sin embargo, que se abandone toda especie de precaucion, y que se admitan libremente los buques que proceden de los paises infestados de la calentura amarilla, tan pronto como lleguen á nuestros puertos; pero creemos que sea suficiente en estos casos el trasladar á algun sitio la tripulacion por algunos dias, ventilar los buques y esponer las mercancías en almacenes grandes y

bien ventilados, antes de entregarlas al comercio. Si se halla infectada una calle, obliguese á los habitantes á que la abandonen; hágase lo mismo con un barrio ó con un pueblo, y si esto es impracticable, aconséjese al menos la emigracion de una parte de los habitantes. Estos medios han bastado varias veces en los Estados Unidos para que cesase rápidamente una epidemia.

*Naturaleza de la enfermedad.*—Segun las investigaciones de anatomía patológica, no puede admitirse que la calentura amarilla sea una gastritis, ó como queria Tommasini, una inflamacion hepatogástrica, porque las alteraciones del estómago no son constantes. Si existe siempre en el hígado una alteracion determinada, no puede esta explicar ni el movimiento febril, ni los demás síntomas graves, y mucho menos la muerte: creemos, pues, que en la calentura amarilla hay una causa mas general. Consideramos á esta dolencia como producida por un envenenamiento miasmático, por una infeccion de la sangre, y entonces se explica fácilmente la viva reaccion del organismo, los desórdenes nerviosos, los síntomas de descomposicion general, las hemorragias que se verifican por diferentes vias, y hasta la ictericia.

¿Debe considerarse la calentura amarilla, segun lo hace Chervin, como de igual naturaleza que la intermitente? ¿Debe suponerse á la primera como el grado mas alto de los accidentes que pueden producir los efluvios pantanosos? Hé aquí una cuestion que nos es imposible resolver. Diremos, sin embargo, que las razones alegadas por Chervin en favor de su opinion, no son muy concluyentes, y que en todo lo que dice, se hallan muchas menos pruebas que simples aserciones. Si nos dejáramos llevar por la impresion que nos ha causado cuanto hemos leído, nuestras conclusiones serian enteramente diversas de las de Chervin; porque, dígase lo que se quiera, no solamente no hallamos ninguna identidad entre la calentura intermitente y la amarilla, sino que tampoco advertimos la menor analogía en las lesiones cadavéricas ni en los síntomas. La quina, tan eficaz contra los accesos periódicos, es casi siempre inútil en la dolencia que nos ocupa. Finalmente, muchas veces se observa esta en los paises pantanosos; bien sabido es que su intensidad y frecuencia no guardan relacion constante con la insalubridad del país, al contrario de lo que sucede con la intermitente. Por último, hemos visto que la calentura amarilla podia reinar endémica y epidémicamente en lugares sanos, cosa que jamás sucede con las fiebres de acceso. No contradecemos, sin embargo que se observen síntomas intermitentes en la calentura amarilla, y tambien concederemos desde luego, que esta enfermedad puede empezar ó terminar por accesos periódicos; pero de aquí debe solo inferirse, que pueden complicarse en ciertos casos ambas enfermedades, y ocultarse los caracteres de la una por el predominio de la otra; cosa que tambien se verifica en muchas afecciones diversas.

## DE LA PESTE.

*SINONIMIA.*—Pestilencia, lues, contagium, morbus contagiosus; calentura de Levante, tifo de Oriente, calentura adeno-nerviosa, etc.

*Definicion.*—Es la peste una enfermedad aguda, ordinariamente epidémica, y que ademas de los fenómenos comunes con las demás enfermedades pes-



tilenciales, presenta síntomas particulares, como son bubones, antraces, carbuncos y petequias gangrenosas.

*Historia y bibliografía.*—Los libros sagrados y los autores griegos y latinos, hacen mención de un gran número de epidemias mortíferas que se refieren generalmente á la peste, pero cuya naturaleza es, sin embargo, imposible determinar bien, puesto que han sido descritas casi únicamente por historiadores y por poetas. Asi es que hasta mediados del siglo VI no se tuvieron noticias exactas; pero desde aquella época hasta nuestros dias, se ha observado un número casi indefinido de epidemias en todas las provincias del antiguo continente; aunque las mas generales y mortíferas, despues de la peste negra del siglo XIV, que fue la que hizo los mas horribles estragos, son las que reinaron en los siglos XV, XVI y XVII.

La peste ha sido objeto de una multitud de trabajos importantes, entre los cuales se distinguen sobre todo el de Diemerbroek, que describió la peste de Nimega en 1633, el de Bertrand, que fue el mejor historiador de la epidemia de Marsella de 1720; el de Mertens y Samoïlowitz, que han tratado de la peste que en 1771 asoló á Moscow. Desgenettes publicó tambien en su Relacion médica de la campaña de Oriente una curiosa descripción de la peste del año VII (1798). En fin, habiendo observado mas recientemente varios franceses las últimas epidemias que han asolado al Egipto, publicaron acerca de ellas documentos preciosos. Pueden sobre todo consultarse con fruto los libros de Bulard, Clot-Bey, Aubert, y la Memoria leida por el honorable doctor Lachèse á la Academia de Medicina en 1836.

M. Prus, órgano de una comision nombrada por la Academia Imperial de Medicina, en vista de cuantos documentos existen y prévia la mas severa informacion, redactó la importantísima memoria que ha dado lugar á una célebre discusion; y terminada esta han sido modificadas con grandes ventajas para el comercio las leyes de cuarentenas. Considero un acto de justicia el publicar en esta ocasion que el triunfo de las ideas nuevas se debe en gran parte á los constantes esfuerzos del doctor Aubert-Roche, cuyo nombre no podrá ser jamás olvidado, pues la ciencia y el país le son deudores de un eminente servicio.

*Anatomía patológica.*—Nada nos habian dicho de positivo los antiguos respecto á las lesiones que se encuentran en los sugetos arrebatados por la peste; pero acaban de llenar este importante vacío los médicos franceses, que han observado las diferentes epidemias que han reinado en Egipto, en Smirna y en Constantinopla desde 1833 hasta 1838. Bulard y Clot-Bey son los que con mayor maestría han descrito las alteraciones cadavéricas; por lo tanto entresacaré de la obra de estos dos autores la mayor parte de los detalles que siguen, detalles autorizados al mismo tiempo con la colaboracion de los doctores Gaetan-Bey y Lachèze.

El aspecto exterior de los cadáveres nada presenta de notable, sino es la persistencia de las petequias observadas durante la vida, y el hundimiento de los bubones y carbuncos. Generalmente hay poca rigidez cadavérica, y el sistema nervioso no ofrece mas alteracion que un salpicado ligero, y la disminucion de consistencia; los senos de la dura-madre están llenos de sangre; los ganglios y los plexos del gran simpático perfectamente intactos, y rara vez inflamado el aparato respiratorio. El corazon suele hallarse reblandecido, y generalmente



distendido por una sangre negra, coagulada ó flúida, y de un aspecto vinoso. El aparato digestivo está friable por lo general; el estómago contiene las mas veces líquido negruzco, melanoso, hallándose con frecuencia su superficie interna cubierta de petequias, á veces confluentes, y semejantes á las de la piel. Cuando ha sobrevenido la muerte en un período avanzado de la enfermedad, suelen encontrarse ulceraciones lineares, lívidas ó negruzcas, situadas entre los pliegues de la mucosa, y cuyo espesor interesan únicamente: nunca existen estas ulceraciones en el intestino delgado, que tambien aparece con menos frecuencia reblandecido y equimosado; el intestino grueso no ofrece mas que una distension gaseosa, y los foliculos de Brunero y de Peyero se encuentran sanos. El hígado está ingurgitado de sangre negra y flúida, no ofreciendo por lo comun nada notable en cuanto á su color, volúmen y consistencia; el bazo, por el contrario, tiene un volúmen tres ó cuatro veces mayor; su tejido infartado de sangre negra, es friable, bastando la menor presion para reducirle á un detritus putrilaginoso. Los riñones, equimosados muchas veces en su superficie, tienen casi siempre doble ó triple volúmen, y se encuentran llenos de sangre.

Por lo que precede, se advierte que las vísceras no son, como habian dicho los antiguos, el asiento frecuente de gangrena y de carbuncos. Sin embargo, parece que Boulard ha observado esta última lesion en el hígado de cuatro apestados. Pero la alteracion mas profunda y la menos conocida, aunque es casi constante, se encuentra en el sistema linfático.

Veremos bien pronto que se desarrollan durante la vida en muchas partes del cuerpo, y especialmente en las ingles y en las axilas, unos tumores particulares llamados bubones, los cuales tienen su asiento en los ganglios linfáticos. Estos tumores presentan un volúmen que varía desde el de un alfónsigo hasta el de un huevo de ganso; son de un color pardusco, de café con leche, lívido ó negro, y pueden tener una consistencia igual á la del escirro, ó ser de tal modo blandos que baste la menor presion para reducirlos á putrilago. Cuando los bubones ocupan una de las regiones inguinales, los ganglios abdominales que se estienden desde el arco crural al plexo solar, participan de la misma alteracion, y no forman ya entre sí masque una masa compacta y abollada, mientras que una exhalacion sanguínea infiltra las mallas del tejido celular que los circunda y refleja al través del peritoneo un color violado ó negro. Si los bubones tienen su asiento en la axila, los ganglios abdominales se hallan intactos, al paso que los de la region axilar voluminosos, negros y friables. Tambien se encuentran derrames sanguíneos, y estas diversas alteraciones se propagan por debajo de la pleura al pecho, siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos hasta el conducto torácico ó la gran vena linfática, segun el lado enfermo. Los vasos linfáticos no parece participan de la alteracion de los ganglios, y estos no se hallan alterados mas que en algunos puntos aislados, y nunca en todas las regiones á un tiempo. Las diferentes lesiones de los ganglios que hemos descrito, y que el hábil médico Lachése ha reconocido constantemente, son, segun Bulard, las que constituyen la lesion esencial y primitiva de la enfermedad. M. Clot las ha encontrado hasta en personas muertas antes de aparecer los bubones. En estado normal se ha observado siempre el canal torácico.

*Prodromos.*—La peste se declara frecuentemente de un modo brusco, pero tambien en muchísimos casos va precedida de prodromos que consisten en ma-

lestar, inapetencia, y sobre todo en dolores ya violentos, ya oscuros y vagos en las ingles y en todas las regiones provistas de ganglios linfáticos. Tales dolores se dejan sentir en muchos individuos, y en algunas epidemias todos los habitantes de la población infectada se quejan de ellos, pero en especial los que habiendo padecido la peste tienen cicatrices de los bubones. El grado de los dolores ya que no indique una próxima invasión de la enfermedad, señala al menos la mayor ó menor predisposición de cada individuo.

*Sintomatología.*—Los enfermos sienten de pronto una gran laxitud, escalofríos irregulares y cefalalgia mas ó menos viva, con vértigos y desvanecimientos. A las pocas horas de enfermedad, es ya la postración estrema; la estación y la marcha son imposibles; la cara espesa el abatimiento ó el estupor; los enfermos se hallan unas veces atormentados por un insomnio tenaz, y otras caen en el coma; algunos tienen sueños espantosos y visiones; en fin, los hay que están agitados por un delirio tranquilo ó furioso, como se observó comunmente en la peste de Digne en 1629. El pulso es generalmente frecuente, pequeño y débil; la sangre estraida por la flebotomía, presenta un color rojo oscuro, es bastante densa, y nunca se cubre de costra (Bulard y Lachèse); la piel está caliente y seca; la respiración acelerada; la lengua húmeda y blanca, y falta la sed, ó es por el contrario inestinguible. Hay vómitos ó simples regurgitaciones de materias acuosas, ó bien amarillas, verdes, y algunas veces sanguinolentas; ora constipación, y ora por el contrario, deposiciones fétidas, amarillas ó negras. La orina varía mucho en cuanto á su color y cantidad. Pero además de los síntomas precedentes, aparecen en una época indeterminada de la enfermedad y en diversas partes del cuerpo, bubones, antraces, carbuncos y varios exantemas.

1.º *Bubones.*—El bubon pestilencial es un tumor redondo ú oblongo, liso ó abollado, rojo, violado ó sin cambio de color en la piel, y de un volumen que varía desde el de una almendra hasta el de un huevo grueso. Estos tumores son á veces indolentes; pero por lo comun son asiento de dolores mas ó menos vivos. Los bubones están formados por los ganglios linfáticos; se observan las mas veces en el pliegue de la ingle, son algo menos frecuentes los del hueco de la axila, y mas raros aun los de las regiones cervical y parotidea; en fin, los de las corvas son los menos comunes. Por lo comun se les encuentra aislados en una de las regiones que acabo de indicar, pero otras veces aparecen en varios puntos á un tiempo, si bien nunca existen en las partes donde no hay ganglios linfáticos. Varía su número desde 1 hasta 4 en un mismo individuo, se desarrollan generalmente con rapidez; algunos maduran pronto, y sale de ellos cuando se los abre, un pus sanioso: otros apenas se desarrollan cuando desaparecen, y los hay en fin que quedan estacionarios.

2.º El *antrax* de la peste tiene la forma de una mancha roja, muy dolorosa, de 3 a 4 dedos de estension, que ocupa el dorso, los hombros ó las ingles, y que termina por resolución ó por gangrena.

3.º El *carbunco*, que ha propuesto con razon la comision médica del Cairo llamarle *pústula gangrenosa*, se halla formado por una ó varias vesículas ó pústulas, rodeadas de una areola roja, llenas de una serosidad parda ó negruzca, que al llegar al volumen de una avellana se rompen y dejan al descubierto una superficie completamente gangrenada. La mortificación hace bien pronto nuevos progresos, y penetra á mayor ó menor profundidad: si la gan-



grena se limita, la escara acaba por desprenderse. Los carbuncos pestilenciales se desarrollan ordinariamente en el tronco ó en los miembros, á veces en los órganos genitales, en el cuero cabelludo ó en la cara, y se les ha visto hasta sobre algunos bubones (Chénot). Rara vez hay menos de 5, y apenas pasan de 12.

4.º *Exantemas, erupciones, etc.*—Finalmente, puede tambien presentar la piel chapas erisipelatosas; pero principalmente petequias discretas ó confluentes, rosadas, violadas ó negras, y de media línea á 2 y media de diámetro.

Estos cuatro síntomas, bubones, antraces, carbuncos y petequias, pueden existir simultánea ú separadamente. Los primeros son los que faltan con menos frecuencia en algunos casos benignos, constituyen por sí solos casi toda la enfermedad y no están acompañados de movimiento febril, ó es este ligero y de corta duracion. Pero las mas veces coinciden síntomas muy graves con el desarrollo de las lesiones que acabamos de describir. Las facciones se descomponen, hay saltos de tendones, y movimientos convulsivos, la voz está alterada ó estinguida, los sentidos abolidos ó pervertidos, la lengua seca y cubierta de fuliginosidades: hay hipo, disnea, el pulso es desigual, irregular é imperceptible, hay síncope y diversas hemorragias; todas las escreciones exhalan una gran fetidez, y sobreviene la muerte en medio de estos síntomas.

*Curso.*—Tiene generalmente la peste un curso siempre ascendente, y en el cual rara vez se observan remisiones y exacerbaciones alternativas.

*Duracion y terminacion.*—Dura por término medio de cinco á ocho dias, otras veces se prolonga la vida hasta el fin del segundo septenario, mientras que en algunas epidemias, tales como la de Marsella en 1720, sucumben muchos enfermos á las veinte y cuatro ó treinta horas. Se ha dicho en fin que la peste podia herir como el rayo, y matar de pronto á los que en apariencia gozaban de la mejor salud; este hecho se encuentra aun muy lejos de haberse probado. Cuando la enfermedad termina felizmente, disminuyen poco á poco los síntomas graves: si ha habido gangrena se elimina la escara; los bubones se resuelven ó supuran, y en este caso el pus es generalmente de buena calidad. El pequeño número de los enfermos que se curan, recobran lentamente sus fuerzas; su inteligencia queda debilitada, y algunos permanecen lánguidos ó quedan privados del uso de un sentido, de uno ó varios miembros.

*Formas.*—Han distinguido los autores varias formas de peste. Nos han dado descripcion de una peste inflamatoria, gástrica, nerviosa ó pútrida, segun predominaban los fenómenos inflamatorios, nerviosos, etc. Pero estas distinciones son poco importantes, bastando para la práctica reconocer, que hay una forma *benigna* y una *grave* ó *maligna*.

En general, no ataca la peste mas que una sola vez al mismo individuo; mas sin embargo se observan numerosas escepciones de esta regla: asi se ha visto que algunos sugetos la han padecido varias veces en el curso de una sola epidemia, y durante la última peste de Marsella, Bertrand contrajo la enfermedad hasta tres veces.

*Diagnóstico.*—Conviene que todos los médicos se fijen bien en los síntomas diagnósticos de tan terrible afeccion; porque de este conocimiento podrá depender á veces la salud de provincias enteras. Cosa notable es que, casi en todas



las epidemias que ha habido, fuese desconocida al principio la naturaleza de la enfermedad; habiendo cometido este error médicos de un gran mérito y en particular N. Massa, J. Mercurialis, Chicoyneau y Verney. Otras veces han anunciado como pestilenciales enfermedades que no ofrecían este carácter, error no menos funesto que ha puesto á un país en consternacion, y causado el mayor daño á la fortuna privada y pública.

Aunque no haya ningun síntoma que sea patognomónico de la peste, se advierte sin embargo en ella una reunion de caracteres que hacen distinguir con facilidad esta dolencia de todas aquellas con las cuales puede tener alguna semejanza. Una enfermedad febril que invade por lo general repentinamente, haciendo estragos en un gran número de individuos á la vez, y que en medio de síntomas tifoideos graves, va acompañada de bubones, de antraces y de pústulas gangrenosas, no puede ser otra que la peste. Si por encontrarse mal caracterizada al principio, hubiese alguna incertidumbre respecto á su naturaleza, seria necesario, como aconseja Chomel en su *Traité des Fieures*, aislar á los enfermos, como tambien á las personas que los asisten y á todas las que en el mismo lugar ofreciesen síntomas sospechosos: de este modo pudieran conciliarse todos los intereses.

Hemos dicho antes que las personas que habian tenido tambien la peste, sentian dolores en las cicatrices de los bubones y carbuncos cuando reinaba, y aun mucho tiempo antes, una nueva epidemia: muchísimo importa cerciorarse de esta circunstancia que constituye, en concepto de M. Prus, el medio mas á propósito para saber si amenaza desarrollarse, ó se ha desarrollado ya una constitucion pestilencial.

*Pronóstico.*—La peste es la mas terrible de las plagas que pueden afligir á la especie humana; arrebatá algunas veces la mitad de los habitantes de un país, interrumpe el comercio y todas las relaciones sociales y espone con frecuencia al que tiene la dicha de libertarse de ella á todos los horrores de la miseria y del hambre. La mortandad varia en las diferentes epidemias, y por lo tanto no puede calcularse. Parece que en igualdad de circunstancias es mas grave la que sobreviene durante la estacion húmeda y cálida, y la que reina en el seno de poblaciones pobres y numerosas. La mayor parte de los autores han observado tambien que los vigorosos y pletóricos morian mas rápidamente que los individuos de una constitucion menos fuerte. En cuanto á los signos pronósticos, ninguno de ellos ofrece un valor positivo; y, como dijo con razon J. Morello, en la peste, los sentidos, el raciocinio, los aforismos de Hipócrates, todo nos engaña, y un signo favorable en una epidemia se hace pernicioso en otra. Sin embargo, por regla general, los carbuncos, la gangrena, los síncope, la suma postracion, el enfriamiento del cuerpo, la descomposicion de las facciones, las convulsiones, y las orinas sanguinolentas, son signos que indican una muerte casi cierta é inminente.

*Etiología.*—Endémica es la peste en muchos países orientales, sobre todo en Egipto, Syria y Turquía: lo es tambien en diversos puntos de Africa y Asia y se ha declarado algunas veces espontáneamente en muchos parajes de Europa. Acerca de sus causas se han emitido los mas opuestos dictámenes. Opinan con justísima razon infinitos médicos, que sus causas, en los países donde reina endémicamente, se hallan en las circunstancias locales patogénicas, como son:

los focos de infección producidos por la descomposición de sustancias vegetales y animales, las avenidas de los ríos, la humedad, la aglomeración de habitantes en las poblaciones, la miseria, la falta de limpieza, etc. Se puede asegurar que todas estas causas insalubres se encuentran reunidas cada año en el Bajo Egipto, donde la peste es endémica, observándose, casi cada año también, bajo la forma esporádica y bajo la epidémica cada diez años poco más ó menos. (Prus).

Creer muchos que estas causas locales de insalubridad, que donde quiera se encuentran, no bastan para producir la peste, ni tienen según ellos más influencia que la de favorecer la propagación de la dolencia y hacerla mucho más grave. La imposibilidad en que por lo común nos vemos de referir el desarrollo de la peste á la existencia de causas locales, ha hecho suponer á algunos, y en particular al doctor Clot-Bey, que la enfermedad nacía bajo la influencia de las causas generales, probablemente meteorológicas, que presiden al desarrollo de la mayor parte de las demás epidemias, y cuya naturaleza nos es imposible determinar. Sea empero de esto lo que fuere, M. Prus, apoyándose en numerosos y auténticos documentos ha establecido justísimamente que la peste se ha manifestado siempre en Africa, Asia y Europa con todos los principales caracteres de las enfermedades epidémicas, pues incrementó y se propagó hasta localidades á veces muy lejanas, por la exclusiva influencia de las generales y desconocidas causas que en la atmósfera se anidan, sin haber sido posible atribuirlo á comunicaciones sospechosas de personas ó de efectos.

La doctrina del contagio pestilencial, admitida sin oposición desde Fracastor, ha sufrido importantes modificaciones que datan del siglo próximo pasado. Negada por Stoll, Verney, Chicoyneau y otros, tiene en la actualidad, en los doctores Clot-Bey y Brayer dos adversarios. Sin embargo, todos los argumentos que se presenten y todos los casos de inmunidad que se refieran, relativos á individuos que habiéndose espuesto á la enfermedad no la han contraído, nada debilitan los numerosos hechos favorables al contagio. Así hemos dicho que cuando se ha desarrollado la peste en Europa ha sido siempre en los países que tenían comunicación con aquellos en que ya existía la enfermedad. Es cierto además que en los países que invade, casi siempre se libra cualquiera de esta plaga aislándose de las personas infectadas. Mertens, en la peste de Moscú, y Bulard y Lachese en la última epidemia de Egipto, han visto un gran número de establecimientos públicos que se han preservado enteramente tomando esta precaución, al paso que por fuera hacia sus estragos la enfermedad. La ciencia posee, en fin, un crecido número de casos en que la peste fue inoculada á algunos criminales ó prisioneros de guerra; y si varios médicos han podido inocularse impunemente el pus de los bubones, otros han pagado con su vida este arriesgado experimento. Aunque muchos casos de trasmisión se citan, que nos parecen dudosos ó poco terminantes, necesario sería repetir los experimentos en individuos distantes del foco epidémico, cosa que hasta ahora no se ha hecho. Parece que la trasmisión de la peste se verifica sobre todo por el contacto inmediato: también puede transmitirse por los efectos y las ropas que hayan pertenecido á los apestados; jamás por los cadáveres. Pero semejante doctrina se halla refutada en el informe de la Academia, asegurándose en este documento que el roce inmediato con millares de apestados es inofensivo, si se ve-



rifica al aire libre ó en aposentos bien ventilados, y que ninguna observacion exacta ha demostrado poderse transmitir la peste por el solo contacto de los enfermos, de sus ropas ó efectos. Tambien se niega la posibilidad de transmitirse la peste por medio de las mercancías. Se admite que en los focos epidémicos puede comunicarse el mal por los miasmas que los apestados exhalan y por los focos de infeccion que con este motivo se formen. Aun fuera de los focos epidémicos trasmítese tambien, segun se ve en los buques cuando viajan y en nuestros lazaretos. Facilísimamente se concibe que viciando los apestados el aire de los sitios, en que residen, pueden formar focos de infeccion pestilencial, capaces de transmitir la enfermedad á mayor ó menor distancia. Se ha afirmado, sin embargo, que los atacados de peste esporádica no podian producir focos de infeccion bastante enérgicos para propagar el mal. De todos modos, conviene tener presente que la peste importada en cualquier país, ni podrá comunicarse, ni ocasionar grandes estragos, sino encuentra en el clima, en la atmósfera y en los habitantes, condiciones que favorezcan su desarrollo. (Prus).

Se ha reconocido que una temperatura húmeda y elevada, que la constitucion débil, la edad adulta, el sexo femenino, las fatigas, el terror, la miseria, las grandes reuniones populares en las ceremonias públicas, eran otras tantas circunstancias que favorecian la propagacion de la enfermedad. Se ha visto en varias epidemias que casi se han preservado los que ejercen ciertas profesiones; pero nada se sabe aun de positivo en esta materia. Hay tambien en todas las pestes cierto número de individuos, que á pesar de vivir constantemente en el foco de infeccion, son respetados por el mal, sin que se pueda averiguar la causa de esta inmunidad.

Casi todo lo que llevo dicho se refiere á la peste epidémica y de ningun modo á la esporádica que con tanta frecuencia existe en Oriente, pudiendo reinar todo el año, no pareciendo jamás contagiosa y no guardando (como guarda la epidémica) relacion con los cambios de las constituciones médicas de los paises.

Los autores calculan que se pasan de uno á siete dias entre el momento en que se introduce el virus en la economía y aquel en que se manifiestan sus primeros efectos, M. Aubert-Roche, que ha estudiado con el mayor esmero la cuestion relativa á la incubacion, establece que el período mas dilatado de esta, nunca pasa de nueve dias; y la comision de la Academia, estudiando tambien la misma cuestion con todo el interés que ella reclama, ha consignado ser imposible señalar una duracion absoluta y fija al período de incubacion de la peste. Parece, sin embargo, estar demostrado, por hechos conocidos, que lejos de los paises donde la peste es endémica, y al abrigo de focos epidémicos, no se ha presentado jamás esta enfermedad en ninguna persona de sospechosa procedencia, despues de un aislamiento de ocho dias. Los pocos hechos que podrian ser considerados como escepciones de esta regla, merecen todos muy diferente interpretacion.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la peste debe dividirse en curativo y en preservativo ó profiláctico.

1.º *Tratamiento curativo.*—Se han preconizado sucesivamente muchos remedios empíricos, cuya eficacia no ha sancionado hasta el presente la experiencia; tales son las fricciones con el hielo, elogiadas por Samoilowits en la peste



de Moscow, las fricciones oleosas, que se han empleado en varias epidemias sin que esté demostrada su utilidad como medio terapéutico. Otros médicos han recurrido á una medicacion perturbadora: hacen desde el principio sangrías abundantes, y administran los sudoríficos mas activos, los excitantes difusivos, los tónicos, los narcóticos y hasta los mercuriales, que han tenido numerosos partidarios. Pero por desgracia el tratamiento de la peste, como el de la mayor parte de las otras afecciones, no puede someterse á un método uniforme, debiendo variar los medios terapéuticos segun el aspecto de la enfermedad y el predominio de algunos síntomas; en una palabra, es necesario satisfacer las indicaciones mas urgentes. De modo que cuando desde el principio de la enfermedad hay signos de una violenta reaccion inflamatoria y el sugeto es vigoroso, se practicará una sangría general; pero debe usarse con prudencia de este medio, porque tarde ó temprano sobreviene la postracion; y al mismo tiempo se aconsejarán las bebidas acidulas refrigerantes.

Hemos visto que casi siempre se observaba alguna alteracion de las funciones digestivas. La mayor parte de los autores habian creido deberlas combatir con el emético; pero este remedio es las mas veces inútil, y algunas peligroso, en razon de las alteraciones del estómago. Es, pues, preferible no emplear contra los síntomas gástricos mas que las bebidas aciduladas, gaseosas, frias y aun heladas, tomadas en pequeña cantidad cada vez.

En fin, cuando predominan los accidentes nerviosos, deben combatirse con una medicacion especial. A la postracion se oponen por ejemplo los tónicos y los cordiales, y si hay delirio, saltos de tendones ó contracturas, se recurre al almizcle, al alcanfor y á las afusiones frias.

Algunos de los síntomas de la peste reclaman tambien medios particulares. De modo que en cuanto á los bubones, se tratará por regla general de favorecer la supuracion, y con este objeto se cubrirán con tópicos emolientes y se hará en ellos una incision cuando sea la fluctuacion bien manifiesta.—Durante mucho tiempo, los antraces y los carbuncos han sido escarificados, irritados ó cauterizados de diversas maneras; pero casi siempre era perjudicial este tratamiento. Hoy dia, siguiendo los consejos de Diemerbræk, de Chénot y de J. Frank, ya no se emplean estos medios violentos, y solo se aplican sobre los tumores fomentos de aceite ó de agua blanca. Los carbuncos se curan con la quina roja en polvo, ó se cubren con compresas empapadas en vino aromático. Por último, empleamos los mismos medios que están en uso contra la gangrena y las úlceras con pérdida de sustancia.

2.º *Tratamiento profiláctico.*—He aquí las precauciones que la comision de la Academia aconseja adoptar, si estallase la peste en alguna de nuestras poblaciones: si fuese en una casa particular, se trasladaria inmediatamente al enfermo á un sitio bien ventilado, á fin de oponerse á la formacion de algun foco pestilencial y al mismo tiempo de poderle prodigar toda clase de socorros. Los demás habitantes de la casa serian trasladados donde la autoridad designara y quedarian sujetos á la vigilancia de un médico. La casa desocupada se limpiaria y purificaria, permaneciendo en tal estado al menos por espacio de un mes. Si fueran muchas las casas invadidas, con todas se practicaria lo mismo, aun cuando se tratase de poblaciones enteras. Asi se alejaria de los focos epidémicos á la gente sana, al paso que se dis-

persaria y aislaria á los apestados, colocándolos en parajes elevados y bien ventilados.

Es en verdad el aislamiento un provechoso medio preservativo, pero no de absoluta eficacia: bien se comprende, como ya lo indica la misma comision, que cuando reina una epidemia pestilencial, los consternados habitantes no solo están espuestos á la influencia de las causas generales epidémicas, sino que tambien á la de los enfermos. De esta preserva el aislamiento, mas es imposible que preserve de aquella. Si empero se puede estar lejos de focos epidémicos que ordinariamente son circunscritos, y está en país habitualmente sano, entonces siendo nula la influencia de las causas generales epidémicas, resta solo la influencia de los apestados con la de los focos producidos por los mismos y claro está que el aislamiento constituye un medio preservativo segurísimo. (Prus).

No hay ningun medio preservativo para el médico que es llamado á asistir á los enfermos atacados de la peste. Se ha aconsejado llevar guantes, y frotarse las narices y las manos con aceite y vinagre; masticar aromas; no tragar la saliva; no visitar jamás á los enfermos en ayunas, y no respirar su aliento. Pueden seguirse estos preceptos, aunque no esté demostrada su eficacia. Toda la profilaxis consistirá en seguir las reglas de una buena higiene; en mudar de ropa con frecuencia; en bañarse muchas veces, y lavarse con vinagre todas las partes del cuerpo que están habitualmente descubiertas. Pero no conviene nunca que las precauciones adoptadas por el médico puedan asustar á los enfermos, y persuadirles que padecen una enfermedad grave. Nada diremos de las fricciones oleosas, de la administracion del iodo, y en fin, de los exutorios enérgicos, aplicados en gran número á la superficie del cuerpo, medios que Bulard ha elogiado tanto, aunque no esté demostrado que gocen verdaderamente de una virtud profiláctica. Las antiguas y bárbaras precauciones, que todavía se emplean en ciertos lazaretos, no pertenecen á nuestra época y bien puede asegurarse que su necesario resultado es la produccion de focos pestilenciales y por consiguiente la propagacion de la peste.

Es esta uno de aquellos azotes que la mano del hombre puede destruir. Asi es que tenemos una conviccion profunda de que los progresos de la civilizacion estinguirán un dia la peste en Egipto, donde era desconocida antes de caer este país en el estado de barbarie. La ciudad de Londres es un ejemplo notable del poder que tiene la higiene para estinguir la peste. En efecto, hace dos siglos era en ella casi endémica esta terrible enfermedad; pero habiendo el incendio de 1666 consumido en pocos dias la mayor parte de la ciudad, y devorado el fuego sobre todo, los barrios mas insalubres, se tuvo cuidado en su reedificacion de ensanchar las calles y de elevar el suelo. Esto fue suficiente para que dejaran de asolar á Londres las epidemias de peste, á pesar que desde entonces ha tenido mas frecuentes comunicaciones con los países de Oriente.

*Naturaleza de la peste.*—La peste es una enfermedad general, producida por un envenenamiento miasmático; pero hasta el dia no ha sido posible fijar la naturaleza de la afeccion, porque ignoramos el modo de obrar del agente morbífico, y no sabemos á qué órgano ó aparato afecta primitivamente. Bulard supone, sin embargo, que la peste es una enfermedad por alteracion de la linfa cree que esta constituye la esencia de la afeccion, y admite una alteracion con

secutiva de la sangre, por la cual esplica los fenómenos nerviosos y los síntomas generales de infeccion que caracterizan la enfermedad. No solamente es ingeniosa esta opinion, sino que ademas es verosímil y cuenta en su favor con los resultados anatómico-patológicos: sin embargo, no se puede tener ninguna conviccion en esta materia. Ademas resulta probado por la abertura de los cadáveres, que la peste no consiste en una inflamacion visceral, y menos en una gastro-enteritis. Tampoco es una flegmasia de los ganglios del nervio trisplanenico.

## SEGUNDO GÉNERO DE CALENTURAS.

### CALENTURAS ERUPTIVAS.

*En la viruela dice Froutdean que la superficie de la pústula se cubre al fin de una costra que tiene un color semejante* DE LAS VIRUELAS. a la ruicl. —

**SINONIMIA Y ETIMOLOGIA.**—Viruela. La palabra viruela se deriva, segun los unos, de *varus*, grano ó de *varius*, variado, á causa de la diversidad de colores que presenta la piel en esta enfermedad.

**Definicion.**—Las viruelas son un exantema contagioso, cuya erupcion va precedida de prodromos durante dos ó tres dias, y se halla caracterizado, primero por elevaciones duras y puntiagudas, y mas adelante por pústulas umbilicadas en su centro, las cuales, despues de haber supurado, se desecan y dejan en su lugar manchas que se borran poco á poco, ó bien cicatrices irregulares, de forma diversa é indelebles.

**Historia.**—Todos los documentos históricos que se pueden consultar, prueban que las viruelas fueron completamente desconocidas de los Griegos y de los Latinos. Dicen que el año 622 de nuestra era, fue cuando Aaron ó Aaroun describió por primera vez las viruelas, bajo el nombre de *djidri*, pero hasta el siglo X no halló esta enfermedad un buen historiador en Rhasis (1), que hizo de ella por primera vez una descripcion.

Siendo originarias de alguna provincia del Asia Central, fueron importadas las viruelas por los Sarracenos al Africa, y despues á todas las provincias meridionales de Europa, que estos bárbaros invadieron. La enfermedad se estendió en seguida con bastante lentitud hácia el Norte, y no infectó esta plaga toda la Europa hasta la época de las Cruzadas. En fin, nuestros buques la trasportaron al Nuevo Mundo y á todas las islas del Océano, en donde era completamente desconocida, hasta que llegaron los Europeos. Vemos, pues, que en su propagacion han seguido las viruelas constantemente el movimiento de las poblaciones.

Seria menester un tomo entero para enumerar todos los escritos que han salido á luz sobre las viruelas; por este motivo citaremos tan solo algunos especia-

(1) Su verdadero nombre es Abu-Becker-Mohammed, nacido en Rey, ciudad de Irack, en Persia. Por corrupcion del nombre de su patria, se le ha venido á llamar Rhasis.



les que podrán consultarse; remitiendo al lector á la inmortal obra de Sydenham, á las no menos célebres de Morton y de Borsieri, y al *Tratado de las enfermedades de la piel*, del doctor Rayer.

*Division.*—Se han dividido las viruelas en cinco períodos distintos, que son, la *incubacion*, la *invasion*, la *erupcion*, la *supuracion* y la *descamacion*.

*Primer período ó incubacion.*—La incubacion es el intervalo que media desde el momento en que el virus se introduce en la economía, hasta advertirse la primera incomodidad; de manera que mientras dura la incubacion, existen todas las apariencias de salud. Varía la duracion de esta época, siendo de cinco á siete dias segun Stoll y Boerhaave, y de diez á veinte segun Rayer: en la viruela inoculada es de siete á ocho dias.

*Segundo período ó invasion.*—La invasion se manifiesta por síntomas mas ó menos graves. Hay calosfríos violentos, acompañados de frecuencia del pulso; calor y sequedad de la piel; se quejan los enfermos de una cefalalgia intensa; de quebrantamiento de miembros; de dolores, á veces atroces, en los lomos, y de una sensibilidad exquisita en el epigastrio: tienen náuseas, vómitos biliosos y difíciles; algunos deliran ó caen en el coma, y muchos niños experimentan convulsiones. Por último, en los casos mas graves se verifican diferentes hemorragias, sobre todo por la mucosa de los órganos génito-urinaris, ó en el tejido celular subcutáneo. En este período, que dura por lo comun dos ó tres dias, se ha visto sucumbir á algunos enfermos.

*Tercer período ó erupcion.*—La erupcion se presenta comunmente al segundo ó tercero dia de los prodromos. Empiezan á percibirse en la cara, y sobre todo en la barba y en la superficie cutánea de los labios, unas manchas rojas, en cuyo centro hay un pequeño grano papuloso, duro y puntiagudo. La erupcion invade sucesivamente el tronco, y los miembros superiores é inferiores. Es algunas veces tan abundante, sobre todo en la cara, que están los granos muy aproximados y aun confundidos por su circunferencia; en cuyo caso, se dice que las viruelas son *confluentes* ó *coherentes*; ó bien la confluencia, en lugar de ser general, solo se presenta en ciertas partes, ó en forma de grupos (*viruelas en corimbo*); otras veces, en fin, se halla diseminada la erupcion, y entonces se llaman *discretas* las viruelas. Verificándose tambien una erupcion semejante á la de la piel en la boca, y especialmente en la bóveda palatina, en el velo del paladar, en sus pilares y en la faringe; se perciben en todas estas partes granitos miliares blancos y duros, y al mismo tiempo experimentan los enfermos calor en la boca y dificultad en la deglucion. Una tos ronca y dolorosa, y una voz tomada, indican que ha invadido la erupcion la parte superior de la laringe. Por lo comun, disminuyen ó cesan los síntomas molestos que se observaron durante los prodromos, desde que llega á ser completa la erupcion, y hasta la calentura se mitiga. Sin embargo, cuando las viruelas son confluentes y graves, siguen los enfermos en su estado de agitacion, y quejándose; la fiebre se aumenta; hay muchas veces delirio, y pueden verificarse hemorragias activas ó pasivas. Tambien algunas veces sobrevienen en este período flegmasias viscerales (pleuresía, pneumonia, pericarditis), por lo comun latentes, cuyas flegmasias, produciendo una especie de revulsion dañosa, se oponen al desarrollo de la erupcion cutánea, que se suspende entonces, se marchita y deprime.

En los cuatro primeros dias de la erupcion, aumentan de volumen las pá-

pulas de las viruelas, se rodean de una areola encarnada, y presentan bien pronto en su punta una vesícula, que ofrece en el centro una depresion circular umbilicada. Existe generalmente esta disposicion en todas las vesículas desde el tercer dia de la erupcion. Cuando las viruelas son muy confluentes, no puede percibirse la disposicion umbilicada; porque entonces, toda la cara del enfermo parece hallarse cubierta de una película blanquecina y casi uniforme. Varía ademas el aspecto de las pústulas segun las regiones: voluminosas en la cara, y pequeñas en el escróto, son anchas, algo abombadas, y no umbilicadas en las palmas de las manos; forman en todas partes cierta prominencia, escepto en las plantas de los piés, donde ofrecen el aspecto de simples manchas circulares, violadas, y circuidas de una muy pequeña areola blanca. Hay en esta época una tumefaccion general de la piel, y en la cara, por ejemplo, cubren los párpados al globo del ojo. Este período, durante el cual sucumbe un crecido número de enfermos, termina al séptimo ú octavo dia.

*Cuarto período ó de supuracion.*—Se halla caracterizado este período por la intensidad de la fiebre, que habiéndose calmado desde el momento de aparecer la erupcion, vuelve á tomar incremento en esta época y recibe el nombre de *fiebre secundaria*. Aumenta al mismo tiempo la tumefaccion de las partes, pudiendo llegar á ser muy considerable, aun cuando no sea crecido el número de las pústulas: en la cara, sobre todo, es muy notable. Continúan creciendo las pústulas, y se llenan de un líquido opaco y purulento: los enfermos salivan abundantemente (Sydenham): tienen dolor y dificultades para hablar y deglutir. En los niños es menos frecuente el ptialismo, y muchas veces se halla reemplazado por la diarrea. Generalmente la salivacion, que empezó del tercero al séptimo dia, cesa hácia el undécimo, segun la observacion de Sydenham, siendo entonces frecuentemente reemplazada por una hinchazon dolorosa de los piés y las manos. Cuando las viruelas son graves, pueden observarse la mayor parte de los accidentes que hemos notado en los períodos precedentes. Entonces, las pústulas, cuya supuracion es imperfecta, se aplastan, se arrugan y toman un tinte violado; algunas se llenan de sangre muy negruzca, ó bien se forman petequias en sus intervalos, y se verifican diversas hemorragias, sobre todo epistaxis, hematurias, y en las mujeres menorrhagias, por último, sobreviene la muerte en medio de una agitacion y ansiedad estremas. Durante el período de supuracion, es cuando se observa el mayor número de complicaciones, y hé aquí por qué la mayor parte de los individuos que son víctimas de las viruelas, sucumben en el período de que estamos hablando. Dos de los fenómenos predominantes de esta época, la tumefaccion y la fiebre, reconocen por causa principal la formacion del pus; pero hay, sin embargo, en estos dos síntomas, sobre todo en el segundo; algo de especial y casi independiente de la supuracion; porque, como demostró Hallé (1), bastan algunos granos para producirlos.

*Quinto período.*—La dessecacion de las pústulas empieza á verificarse al octavo ó noveno dia. Primero se observa en la cara, donde es muchas veces completa, aun antes que hayan madurado las pústulas de los miembros. Va sucesivamente verificándose en lo restante del cuerpo donde mas maduras se hallan las pústulas, completándose sobre el dia catorce ó diez y seis. De dos

(1) *Mémoires de la Société royale de Médecine.*



maneras tiene lugar la desecacion : unas veces se rompen las pústulas, y el pus que de ellas sale se concreta por el contacto del aire, al paso que otras se arrugan, se aplastan y se convierten en una costra gris ó pardusca, que exhala un olor nauseabundo *sui generis*. Los enfermos experimentan entonces debajo de las costras una sensacion de tirantez, y un prurito que les obliga á rascarse y desprenderlas. En los casos ordinarios, las costras, mas húmedas en las viruelas confluentes que en las discretas, despues de haber persistido algun tiempo, se caen espontáneamente del décimo quinto al vigésimo dia de la enfermedad, y son las mas veces reemplazadas por escamas, que pueden reproducirse. En algunos casos se ulceran las pústulas, y la ulceracion destruye una parte ó la totalidad del dermis, resultando llagas que dan sangre, grisientas, cubiertas de costras húmedas, negruzcas, y que producen en la cara esos costurones y bridas que desfiguran á algunos individuos. En el mayor número de casos, no deja la caida de las costras mas que un tinte vinoso, mas ó menos uniforme, que desaparece con lentitud, percibiéndose entonces mas completamente esas cicatrices lenticulares mas ó menos numerosas, que constituyen el sello indeleble de los sugetos que han tenido viruelas.

Las pústulas que han salido en las membranas mucosas, llevan un curso mas rápido que las cutáneas; pudiendo decirse que no experimentan desecacion, porque la falsa membrana formada debajo del epitelio se desprende hácia el quinto ó sexto dia, dejando una ulcerita, ó mas bien una leve erosion que sin apreciable cicatriz se cura muy pronto.

Pueden sobrevenir diversos accidentes durante el período de desecacion; así es que algunas veces se deprimen las pústulas y se marchitan de pronto, cayendo al mismo tiempo los enfermos en un estado de postracion, manifestándose calosfríos irregulares, delirio ó coma, opresion y ansiedad, aumentándose la fiebre, poniéndose la lengua seca y negra, y apareciendo una diarrea fétida: en una palabra, se observan síntomas que hacen sospechar una reabsorcion purulenta. En este mismo período suelen sucumbir de pronto algunos enfermos, por un síncope ó por una especie de envenenamiento; otros mueren á consecuencia de una diarrea colicuativa, de accidentes cerebrales, de una pneumonia intercurrente, y lo que es mucho mas raro, de una laringotraqueitis simple, ulcerosa ó pseudo-membranosa. En resúmen, vemos que las viruelas pueden manifestarse bajo la forma benigna ó grave. No debe creerse que las viruelas confluentes son las únicas que van acompañadas de síntomas perniciosos; se observan en efecto con bastante frecuencia, sobre todo en tiempo de epidemia, viruelas discretas muy graves, que tienen una terminacion funesta. Burserius y Morton refieren ejemplos de esta clase.

Queda manifestado que las viruelas, como casi todas las demás enfermedades, no siempre se presentan bajo la misma forma sintomática; por eso vemos predominar unas veces los fenómenos inflamatorios y otras los síntomas adinámicos, atáxicos ó biliosos. Estos accidentes varian mucho segun las estaciones, los paises, las constituciones médicas ó epidémicas y los individuos.

*Consecuencias de la enfermedad.*—Pueden dejar las viruelas en pos de sí enfermedades ó achaques mas ó menos graves. Prescindiendo de los diviesos, de las pústulas de éctima y de las erisipelas, hay muchos enfermos que se afectan de una otorrea purulenta, acompañada á veces de la perforacion de la



membrana del tímpano y de caries del peñasco ; otros , en mayor número , conservan oftalmias rebeldes con ulceracion del borde libre de los párpados y caída de las pestañas. Estas oftalmias traen su origen ordinariamente desde el tercer período , son muchas veces seguidas de opacidad de la córnea , y otras se reblandece esta membrana , se perfora , y el ojo se vacía ó bien resulta un estafiloma. A consecuencia de las viruelas suelen sobrevenir tambien en diferentes partes del cuerpo , numerosos abscesos que se forman rápidamente de un día á otro y casi sin dolor. Se diria que muchas veces resultan estos abscesos sin el concurso de ningun trabajo inflamatorio evidente , de manera que el pus parece haberse absorbido en la fiebre de supuracion , haberse conservado en la masa de la sangre , y exhalarse al fin de pronto en una ó varias partes del cuerpo. Por último hay enfermos que despues de haberse libertado de las viruelas , sucumben á consecuencia de una diarrea tenaz , dependiente las mas veces de ulceraciones ó de reblandecimiento con destruccion de la mucosa del colon ; otros se vuelven tísicos.

No obstante , en algunos casos , aunque raros , se ha visto que las viruelas han curado varias enfermedades rebeldes , ó modificado ventajosamente ciertas constituciones débiles ; pero sobre todo se ha observado que curan á menudo algunos infartos de los ganglios y erupciones crónicas de la piel. Tambien la revulsion violenta que se establece en esta mientras dura la erupcion , ha solido bastar para que aborten ó se detengan repentinamente algunas flegmasias viscerales , como la pneumonia. Andral cita un ejemplo curioso de esto en el tomo tercero de su Clínica (observación 6.<sup>a</sup> de la 4.<sup>a</sup> edicion). Ultimamente habiendo encontrado á menudo Rilliet y Barthez tubérculos en el estado cretáceo en los sugetos muertos de las viruelas ó poco tiempo despues de padecer esta enfermedad , han deducido que tenian tendencia á curar los tubérculos , haciéndolos sufrir la trasformacion cretácea. Pero semejante deduccion no parecerá sin duda demasiado rigurosa. Por otra parte , la opinion de estos médicos no es á nuestro juicio muy verosímil ; porque no puede suponerse , como ellos , que basten algunos dias ó algunas semanas lo mas , para producir en la constitucion del tubérculo un cambio que ordinariamente requiere un trabajo de algunos años.

*Recidivas.*—En general no se padecen viruelas mas que una vez. Hay , sin embargo , casos y no muy raros de recidivas : se ha dicho que se observan en razon de uno por cincuenta : M. Gaultier de Claubry asegura que de sesenta y tres enfermos recidiva uno.

*Anatomía patológica.*—Cuando se disecciona una pústula variólica se observa que el epidermis ha conservado su espesor natural : se le separa con facilidad , y entonces aparece al descubierto una falsa membrana de un blanco mate , bastante consistente y algo friable , que ofrece la forma de un cono truncado , de media línea de espesor y deprimido en su centro. Este disco se halla mas adherido al epidermis que al dermis. Debajo de dicha produccion pseudo-membranosa aparece el dermis finamente inyectado ó equimosado. Cuando se examinan las pústulas en una época mas avanzada , se descubre en ellas un pus amarillento y consistente. Se ha dicho que la forma umbilicada de las pústulas , era producida por un filamento celular que desde el epidermis se estiende al dermis , y otros la hacen depender de la traccion que ejercen sobre el epidermis los con-

ductos escretorios de las glándulas cutáneas; pero por lo que hemos dicho, se ve que la disposicion umbilicada depende de la forma misma del disco.

Se encuentran pústulas en la mayor parte de las mucosas, como en la conjuntiva y la pituitaria, en la de la vulva, del prepucio y de la boca; con mucha menos frecuencia en la de la laringe, tráquea y bronquios; acaso rara vez en la superficie del esófago, del estómago y del recto, y quizá nunca en las demás partes del tubo digestivo. Las pústulas que se encuentran en las mucosas son generalmente aplanadas, no contienen pus, y suelen hallarse reemplazadas, sobre todo en la mucosa de la laringe, por ulceraciones redondeadas, parduscas y mas ó menos confluentes.

En los sujetos que mueren de las viruelas, no se descubre ninguna lesion constante en los órganos interiores. Las mas frecuentes son el reblandecimiento parcial de la mucosa gastro-intestinal, petequias, congestiones sanguíneas en los pulmones, algunas veces la hepatizacion ó la esplenizacion de estos órganos, que pueden tambien ser asiento de núcleos apopléticos ó de abscesos metastáticos incipientes, como parece haberlo comprobado frecuentemente Piorry.

El corazon está poco consistente y reblandecido; la sangre es descolorida, serosa y difluente, de donde procede la facilidad con que penetra las paredes de los vasos, á quienes da un color rojo ó negro. Por último, en los centros nerviosos, apenas se observa otra cosa que una inyeccion [de las meninges y del cerebro con derrame seroso, que generalmente se halla en relacion con la lentitud de la agonía.

*Diagnóstico.*—Entre los síntomas prodrómicos que hemos enumerado, ninguno hay que indique *con seguridad* una erupcion próxima de viruelas. Asi no estraño que en su principio se equivoquen con otra enfermedad, y especialmente con la calentura tifoidea. Sin embargo, un aparato febril intenso, acompañado de cefalalgia, de náuseas y sobre todo de *dolores muy vivos en los lomos*, debe hacer sospechar la invasion de las viruelas. La erupcion es característica desde el momento en que se percibe, no pudiendo confundirse con ninguna otra sino es por una persona ignorante ó descuidada. Además veremos despues en qué difiere la erupcion variolosa de la varicela, del sarampion, de la escarlata, de la erisipela, etc.

En las viruelas no constituye la erupcion mas que uno de los elementos de la enfermedad, aunque sea necesaria para establecer el diagnóstico. Pero se ha dicho, sin embargo, que hay viruelas en las cuales falta enteramente la erupcion hallándose tan solo caracterizadas por los síntomas generales. Esta idea infortunada pertenece á Sydenham, quien, por haber dado á la calentura pútrida de la constitucion de 1667 el nombre de variolosa, inspiró á los autores la idea de un *morbis variolicus sine pustulis*; opinion que hasta el dia ha sido generalmente admitida como verdadera, aunque sin exámen y sin que pueda invocarse en su apoyo ningun hecho clínico. ¿Puede decirse en efecto, que un individuo ha padecido viruelas cuando habiéndose espuesto al contagio siente únicamente calofríos, lumbago, cefalalgia, vómitos y una fiebre intensa y continua durante dos septenarios? ¿Hay en algunos de estos síntomas ó en su conjunto algo de característico, y no se encuentra el mismo aparato sintomático al principio y en el curso de otras muchas enfermedades? Así, pues, repito que las



viruelas no pueden tener mas carácter esencial patognomónico que la erupcion, sin la cual no puede existir la dolencia.

*Pronóstico.*—La viruela es una afeccion grave, y está probado por numerosos cálculos que ha hecho mas estrago que la peste misma, puesto que antes del descubrimiento de la vacuna, arrebatava por sí sola la décima cuarta parte de la especie humana. Hace perecer de una sesta á una octava parte de los individuos que ataca, y si reina epidémicamente, mata á una cuarta y aun á una tercera parte. La gravedad del pronóstico guarda relacion generalmente con el número de pústulas, asi es que las viruelas confluentes deben reputarse como una de las dolencias mas graves que pueden afectar al hombre. Los niños, con tal que no sean de muy poca edad, vencen los peligros de las viruelas mas fácilmente que los adultos y sobre todo que los viejos. Cuando atacan á una mujer embarazada, se verifica casi siempre el parto ó el aborto, y es raro en este caso que sobreviva la enferma. De veinte y siete mujeres variolosas que estando embarazadas observó M. Serres, abortaron veinte y tres, y solamente una sobrevivió; tres que no abortaron, fueron curadas (1). Es tambien mucho mas grave la enfermedad en los sugetos debilitados, en las mujeres, en el invierno y en los tiempos de epidemia. El repentino aplanamiento de las pústulas ó su blandura cuando se presenta desde el principio, son signos que deben hacer temer un éxito funesto. Las hemorragias, por cualquiera via que se verifiquen, constituyen tambien siempre un síntoma grave, asi como todas las flegmasias viscerales que complican á esta afeccion. Por el contrario, Sydenham miraba como de buen agüero la salivacion y la hinchazon de la cara, de los piés y de las manos, siendo en su concepto una circunstancia muy desfavorable la falta de estos fenómenos. El Hipócrates inglés consideraba como destinados á una muerte cierta todos aquellos en quienes habiendo cesado el ptialismo al undécimo dia, no veia sobrevenir la hinchazon de los piés y de las manos, que consideraba como crítica. Pero han probado numerosos hechos que no es admisible en todo rigor esta proposicion de Sydenham, la que no obstante es generalmente verdadera. Todos los accidentes cerebrales son graves; pero en particular las convulsiones, bien que haya pretendido Sydenham que sobreviniendo en los prodromos, indican que la erupcion será poco confluyente. En general, las convulsiones, el coma y el delirio violento y persistente, acompañan á las formas graves de la enfermedad, sea la erupcion confluyente ó discreta.

*Etiología.*—Las viruelas afectan á los individuos de todas edades, de ambos sexos, y cualquiera que sea su constitucion; sin embargo, la infancia, sobre todo despues de los seis años, la juventud y el sexo femenino, son los que mas predisponen á ellas. Invade igualmente en todos los climas y á todas las razas humanas. Mas de cuarenta observaciones consignadas en los anales de la ciencia prueban que las viruelas pueden tambien atacar al feto al mismo tiempo que á la madre, ó bien sin que esta las contraiga: asegúrase que en un caso de preñez doble, uno tan solo de los fetos las padeció (2). Se observa la enfermedad en to-

(1) Pretende Mead que si no hay aborto, la criatura quedará libre de viruelas toda su vida, á no ser que nazca antes de haber llegado á madurez las pústulas de la madre. Es en verdad un hecho curioso que merece averiguarse.

(2) Las viruelas en el feto son en general discretas, no presentánlose en todo su cuerpo mas que unas cien pústulas, que distribuidas con bastante igualdad por la superficie del tegumento, libres del contacto del aire y bañadas por el liquido amniótico, siguen un curso análogo al de las que se desarrollan en las membranas



das las estaciones; no obstante, se manifiesta ordinariamente en la primavera, tiene mayor intensidad en el estío, se mitiga en el otoño, y se estingue muchas veces durante el invierno. Hay individuos privilegiados que jamás contraen las viruelas, y por el contrario otras organizaciones que las padecen varias veces; pero generalmente en el último caso la gravedad de la dolencia disminuye en proporción del número de recidivas. Las viruelas son esencialmente contagiosas, siendo probable que su desarrollo en nuestro clima jamás sea espontáneo: se comunican por contacto inmediato ó mediato, y el carácter contagioso empieza al mismo tiempo que la supuración de las pústulas, persistiendo hasta después de la caída de las costras. Las viruelas discretas pueden producir las confluentes y recíprocamente.

Su virus es muy volátil y se conserva, sin embargo, inalterable por espacio de muchos años bajo ciertas condiciones. No faltan quienes digan conservarse diez, veinte y hasta treinta años. Háblase de cadáveres de variolosos exhumados después del tiempo que se acaba de indicar, que comunicaron viruelas á los sepultureros y demás personas que presenciaron la exhumación. Con muchísima reserva debemos escuchar la relación de tales hechos.

*Tratamiento curativo.*—Cuando las viruelas, sean discretas ó confluentes, siguen con regularidad su curso sin presentar ninguna complicación grave, ni síntoma alguno predominante, se prescribe una medicación puramente expectante. Deberá colocarse á los enfermos en la cama, cubriéndolos moderadamente, se mantendrá en la habitación una temperatura de 12 á 14° R., se les someterá á una dieta absoluta, y al uso de bebidas suaves, diluentes, acidulas y atemperantes, tomadas en más ó menos cantidad. Se darán al principio pediluvios, y se aplicarán cataplasmas sinapizadas ambulantes á las estremidades inferiores, con el objeto de calmar la cefalalgia. Se prescribirán también gargarismos emolientes para mitigar el dolor de la garganta y de la boca; en fin, se lavarán los ojos con un cocimiento emoliente tibio, cuando haya en los párpados pústulas dolorosas. Si la constipación, que ordinariamente se observa en los tres primeros períodos, resiste al uso de las lavativas, se administrará con ventaja un ligero laxante. Por último, cuando hay insomnio, agitación é inquietud, creo con Sydenham, que es útil prescribir una preparación opiada; porque no me parecen justificados los temores que este medicamento inspira á algunos en este caso. Sydenham quería también que los enfermos estuviesen levantados los cinco ó seis primeros días de la erupción: lo recomendaba sobre todo en los niños y durante el estío, y había creído observar que así impedía la tendencia á las hemorragias pasivas. Pero las ventajas de esta práctica no están aun suficientemente demostradas.

Sin embargo, en un crecido número de casos no puede ser tan sencillo el tratamiento de las viruelas. En efecto, cuando al principio de la afección hay síntomas de una violenta reacción febril, cuando el pulso es grande y duro y se observan signos de congestión visceral, debe practicarse una sangría general ó local; pero conviene que siempre se empleen las emisiones sanguíneas con la mayor reserva y cuando la indicación es positiva. Mucho nos guardaremos,

mucosas. Así unas se resuelven, al paso que otras se ulceran con prontitud luego que ha caído el disco pseudomembranoso y la ligerísima solución de continuidad se cicatriza, sin dejar señal y aun cuando la deje alguna vez, es muy poco profunda y sin embargo característica. (V. la excelente tesis de M. Chaigneau., París 1847.

pues, de aconsejar que se imite á Mead, quien consideraba la sangría como el soberano remedio, y á consecuencia de tan errónea doctrina sangraba diariamente durante los dos ó tres dias primeros de la enfermedad, y á sangrar volvia sin ningun temor en el período de la supuracion, si el calor febril le parecia exagerado. Tambien M. Bouillaud trata las viruelas confluentes con arreglo á su método que consiste en practicar sangrías una tras otra, si bien es verdad que no sangra con tanta profusion como cuando trata francas y decididas inflamaciones. Lícito nos será decir que Bouillaud no ha presentado hasta ahora un número de hechos en abono de su tratamiento, que casi todos los prácticos impugnan y es el mismo que en el último siglo pasado sostuvieron con entusiasmo Chirac y Sylva. No es fácil manifestar la conducta que debe observarse en las viruelas graves que van acompañadas de gran desórden del sistema nervioso: las sangrías, los anti-espasmódicos y los purgantes son inútiles casi siempre en tal caso. La mayor parte de los médicos han recurrido entonces á los revulsivos cutáneos, como los sinapismos ó vejigatorios; pero estos medios son ineficaces y ademas irracionales, puesto que añaden una inflamacion á la que ocupa ya toda la superficie de la piel. En fin, si las viruelas están acompañadas de accidentes adinámicos, cuando sobre todo hay hemorragias pasivas, se hallarán indicados el vino, la quina y los ácidos minerales.

Cuando se verifica la erupcion lenta y dificilmente, se aconsejan generalmente los baños calientes de 28 á 50° R., y aun los de vapor; las bebidas diaforéticas calientes, algunos estimulantes, como el acetato de amoniaco (dos á cuatro dracmas y aun mas en tisana) y tambien algunos tónicos si el enfermo se encuentra al mismo tiempo debilitado ó postrado; en fin, se escita la piel por medio de sinapismos ó de friegas secas ó aromáticos. Los accidentes atáxicos son los mas difíciles de combatir, y por desgracia, apenas se obtienen buenos efectos en este caso, ni de las sanguijuelas puestas detrás de las orejas, ni del uso de remedios llamados anti-espasmódicos.

Como el mayor peligro de las viruelas está en la cantidad y desarrollo de las pústulas, han intentado muchos médicos, en diferentes épocas, limitar su número ó hacerlas abortar; asi es que, con este objeto, se han practicado sangrías copiosas, se han administrado vomitivos y purgantes repetidos, y se han dado dosis considerables de preparaciones mercuriales. Pero estos remedios violentos jamás han producido los buenos resultados que de su uso se prometieron los prácticos, y con razon se ha renunciado generalmente á ellos. Lo mismo diremos de la práctica de Eichhorn, el cual aconseja que al empezar la erupcion se hagan de cuarenta á cincuenta incisiones en la piel, y se introduzca en ellas la mayor cantidad posible de virus vacuno.

Con el fin de precaver los accidentes de reabsorcion, se ha aconsejado que se considere cada pústula como un pequeño absceso, y se abra; pero su número hace que esta operacion sea enteramente impracticable. Por otra parte, como la simple incision deja el epidermis en su lugar, no impide que el pus que se segrega de nuevo, se acumule y permanezca debajo. Para obviar estos inconvenientes, ha aconsejado Piorry reblanecer el epidermis de las pústulas, introduciendo al enfermo en un baño, ó cubriendo la erupcion con compresas empapadas en agua tibia; frotando en seguida las pústulas con un lienzo seco y algo grueso, las rompe, vacía el pus que contienen, levanta el epidermis, y



despues de haber lavado con cuidado las superficies puestas al descubierto, las cubre con un lienzo untado de cerato, ó con el emplasto diaquilon. Reconoce Piorry en su método, como principales ventajas, las de impedir la formacion de cicatrices deformes y abreviar la curacion. Sin embargo, los hechos referidos por este médico no son bastante numerosos aun para juzgar de un método que nosotros jamás hemos empleado ni visto emplear á los demás, y el cual no se justificaria hasta tanto que tuviese buen éxito en las viruelas confluentes.

La cauterizacion de las pústulas con el nitrato de plata, aconsejada por Bretonneau, Serres y Velpeau (este es el método *ectróctico*), ha tenido muchos partidarios. Mas para que fuese eficaz, seria necesario cauterizar cada pústula en particular, cosa que ofrece pocas ventajas en las viruelas discretas y es enteramente impracticable en las confluentes; por eso se ha aconsejado en las últimas, hacer la cauterizacion en masa, por medio de un pincel empapado en una disolucion concentrada de nitrato de plata. Pero la esperiencia no ha decidido en favor de esta práctica, que siempre es dolorosa, que raras veces ha ofrecido utilidad, y que algunas puede haber sido causa de graves accidentes. Algunos de los que no han adoptado la cauterizacion como método general, la emplean, no obstante, para hacer abortar las pústulas del borde libre de los párpados; pero nosotros no hemos reconocido ninguna ventaja en esta medicacion, que se encuentra en el día casi generalmente abandonada. Por otra parte, si se quiere obtener de ella el efecto que se apetece, deberá hacerse la cauterizacion en los cuatro ó cinco primeros dias de la erupcion.

Baillou, y mas tarde Zimmerman, Rosen, etc., notaron en otro tiempo que los emplastos mercuriales detenia el desarrollo de las pústulas variólicas. Estaban casi olvidados estos hechos, cuando Serres, y mas recientemente Briquet y Nonat, emprendieron nuevos esperimientos que han probado la utilidad de los tópicos mercuriales, y especialmente del emplasto de Vigo; Briquet, que ha publicado sobre esta materia el trabajo mas completo, ha advertido que cuando se cubre la erupcion desde el principio, durante cuatro ó cinco dias, con un emplasto mercurial, se impide que se verifique el trabajo de supuracion y se produce la resolucion de algunas pústulas, mientras que la mayor parte se trasforman en vesículas ó en una especie de tubérculo duro. Para obtener este resultado, se emplea comunmente el emplasto de Vigo con mercurio, del cual se estiende una capa de dos ó tres líneas de espesor, sobre un lienzo bastante grueso, aplicándole en seguida á la cara, la cual se cubre completamente, pero practicando abertura al nivel de las narices, de la boca y de los ojos. Este emplasto se mantiene en la cara por medio de un vendotele de diaquilon, colocado trasversalmente sobre el labio superior, que se cruza detrás de la cabeza, y cuyos dos cabos vienen en seguida á reunirse en medio de la frente. M. Briquet, aconseja tambien poner el mismo emplasto en la mayor parte de la piel. Esta es una práctica que la prudencia aconseja imitar, puesto que sus efectos son los de oponerse á la supuracion y á todos los accidentes que siguen á esta, calmar los síntomas generales, hacerles menos graves, é impedir las cicatrices deformes. El emplasto de Vigo no obra por compresion, sino únicamente por la preparacion mercurial que contiene. Semejante tratamiento no ofrece peligro alguno, pero ha tenido á veces el inconveniente de producir una salivacion mas ó menos abundante. Muy difícil es cubrir exactamente el rostro



con el emplasto y mas difícil todavía mantenerle cubierto: los enfermos mismos delirando arrancan el tópic. Deben indudablemente preferirse las aplicaciones con pincel de la masa de dicho emplasto fluidificada á beneficio del baño-maria. Mayor probabilidad tendremos de hacer abortar las pústulas variolicas, haciendo en ellas suavísimas unturas de unguento mercurial: si este por fundirse demasiado, se cayera; en primer lugar convendria renovarle á menudo, y en segundo se le podria añadir previamente una tercera parte de almidon en polvo fino que le daria alguna solidez.

Recientemente se ha aconsejado como medio abortivo una capa de colodion que cubra la cara. Cuatro veces lo he ensayado, y las cuatro sin el menor éxito. He hecho mas: he aplicado una buena capa de colodion en la mitad de la cara, abandonando la otra mitad á los solos cuidados de la naturaleza, y las pústulas de la segunda mitad se han curado mas pronto, dejando cicatrices mucho menos deformes que las de la primera. Idéntico resultado he obtenido despues de aplicar el medicamento en un antebrazo y en el compañero no. Es muy fácil comprender que el colodion engrudando los tejidos, impide la libre salida del pus que necesariamente ha de permanecer en contacto prolongado del dèrmis y ocasionar cicatrices mas numerosas y profundas. El mismo resultado que yo ha obtenido en Alemania el doctor Christen. *Gazette médicale* 1835.

Cuando las pústulas han supurado y la tumefaccion es considerable, conviene, para evitar la reabsorcion del pus y la erosion de la piel, abrirlas en el vértice con una lanceta, y enjugar cuidadosamente la materia que de ellas sale. Esta práctica, usada antiguamente por algunos árabes, fue tambien preconizada por Van-Swieten, por Tissot, por Rosen, por Stoll y por los dos Frank. Durante el período de desecacion, se estará á la vista de los enfermos, impidiendo que se rasquen y desprendan las costras, cosa que irrita y hace sangrar las superficies puestas á descubierto, llegando á ser muchas veces motivo de esos costurones que desfiguran á muchos individuos. Se procurará calmar el prurito, y se favorecerá la caida de las costras con unturas oleosas y lociones hechas con agua mucilaginoso y narcótica (cocimiento de simiente de lino y de cabezas de adormideras). Durante la convalecencia, es necesario observar el régimen de los enfermos, porque suelen tener un apetito voraz.

*Viruelas inoculadas.*—Habiendo notado los médicos que en ciertas epidemias hacian sucumbir las viruelas á casi todos los que atacaban, y advirtiendo ademas que la gravedad de esta afeccion dependia frecuentemente de las circunstancias accidentales en que se habia desarrollado, propusieron inocularla, á fin de elegir el tiempo, la edad y la disposicion del cuerpo mas favorable para el desarrollo y terminacion feliz de la erupcion. Esta práctica, usada hace mucho tiempo en Oriente, no se difundió por Europa hasta 1675. Sin embargo, era aun casi desconocida en Francia al principio del siglo XVIII: hácia esta época fue cuando, defendida y elogiada por los filósofos, y especialmente por los dos mas eminentes, Voltaire y J. J. Rousseau, y teniendo tambien por defensores á Antonio Petit, á Bordeu y á la Facultad de Medicina, tardó poco en estenderse, de manera que estaba muy generalmente admitida por los médicos cuando se descubrió la vacuna. En el dia nadie absolutamente la práctica: opino, sin embargo, que si faltase vacuna y reinasen viruelas, deberiamos recurrir á ella sin vacilar, como lo hizo Jenner en su propio hijo.

Inoculábase la viruela del mismo modo que se inocula actualmente la vacuna. A los tres dias se levantaba una pápula ó sea vejiguilla donde se habia depositado el virus; iba al dia siguiente blanqueando, presentándose por fin deprimida, umbilicada y rodeada de un círculo rojo flemonoso sobre el sexto dia: al séptimo se observaban nuevos fenómenos, porque la enfermedad, local hasta entonces, se hacia general. Todos los síntomas prodrómicos de las viruelas discretas se desarrollaban en los inoculados, y tres dias despues aparecian en diversas regiones del cuerpo treinta ó cuarenta granos que en el espacio de tres ó cuatro dias supuraban, secándose sin dejar casi vestigio. Tal era en los mas de los casos el curso de las viruelas inoculadas. Alguna vez, sin embargo, se declararon confluentes y ocasionaron la muerte.

#### DE LA VACUNA, Ó DE LA PROFILAXIS DE LAS VIRUELAS.

Se desarrolla *espontáneamente* en las tetas de las vacas una erupcion llamada *cowpox*, de dos palabras inglesas *cow*, vaca, y *pox*, viruela (viruela de vacas). Las pústulas que constituyen esta erupcion, contienen un fluido, llamado *virus vacuno*, que inoculado en el hombre, determina á su vez una erupcion especial, llamada *vacuna*, y tiene la propiedad de preservar al individuo de las viruelas.

*Historia.*—Que la vacuna fuese, como se ha dicho, conocida de los médicos indios y persas; que desde mediados del siglo pasado se haya indicado varias veces, tanto en Inglaterra como en Francia, la posibilidad de inocular el virus vacuno al hombre, para preservarle de las viruelas, estoy lejos de negarlo; mas, sin embargo, no podrá disputarse á Eduardo Jenner, la gloria de haber sido el primero que demostró la virtud preservadora de la vacuna. Hasta 1798, es decir, despues de doce ó trece años de penosas investigaciones, no publicó Jenner este descubrimiento, que ha inmortalizado su nombre, y le ha señalado un lugar eminente entre los primeros bienhechores de la humanidad (1).

La vacuna ha sido en Francia objeto de trabajos importantes. Citaremos sobre todo los del comité central de vacunacion, los de su secretario M. Husson, autor del interesante artículo VACUNA del *Grand Dictionnaire des sciences médicales* y el escelente libro de Bousquet, que actualmente es en Francia quien se ocupa con el mejor éxito de todo lo relativo á la historia de la vacuna. Finalmente, el doctor Steinbrenner publicó un precioso trabajo, premiado por la Academia de las ciencias, en el que se hallan espuestas con talento y conciencia todas las cuestiones relativas á vacunaciones y revacunaciones.

*Precauciones para la vacunacion, y modo de practicarla.*—Se puede vacunar en todas las estaciones y en todas edades, aunque generalmente se espera á que tengan los niños dos ó tres meses para inocularlos; pero esta práctica no ofrece ventaja alguna, y tal atraso ha sido causa de que muchos niños hayan padecido unas viruelas, que fácilmente se les hubieran podido evitar.

(1) El doctor Michea publicó en el número correspondiente al 11 de setiembre de 1847 de la *Union médicale* un artículo para probar que los médicos indios conocian la inoculacion y (cosa mas admirable todavia) la vacunacion. El resumen que en su artículo presenta del *Sateya Grantham*, libro sagrado atribuido á *Dhanwan-tario* lo prueba sin ningun género de duda.



Deberia en nuestro concepto vacunarse á los recién nacidos cuando tienen un mes, siendo mejor aun hacerlo antes. Por lo que á mí toca, he querido vacunar á mis dos hijos á la primera semana de su nacimiento. Si hay epidemia variolosa, se debe vacunar á los niños al día mismo que nacen, sobre todo, cuando han de permanecer en algun punto, cuya atmósfera está cargada de miasmas variólicos, ó cuando vienen al mundo con débil constitucion, pues en este último caso la invasión de las viruelas es sumamente temible. No es esta á buen seguro, la opinion de M. Legendre, porque considerando la vacuna como una verdadera enfermedad, abriga muchísimo temor de que al sacudimiento producido por su inoculacion, se junte el que podrá causar una invasión variolosa y haya á la vez dos afecciones; circunstancia en realidad muy grave para seres tan delicados (1). Barthez y Rilliet participan del mismo temor que nos parece hijo de ideas exageradas por no decir otra cosa. Veremos en breve que la vacuna, mas bien que enfermedad, causa en los recién nacidos ligera indisposicion. No se olvide que es imposible conocer el momento preciso en que podrá ser impresionado por el contagio de las viruelas el individuo que está en relacion con variolosos, y por lo tanto hay siempre urgencia en vacunarle, á fin de alejar de él un inminente peligro, ó al menos disminuirlo, suavizando las viruelas dado caso que se desarrollen. El mismo Legendre se ve obligado á confesar que lo que decimos es posible.

Para introducir satisfactoriamente la vacuna no es necesaria ninguna preparacion preliminar, y la operacion es muy sencilla. Consiste en tomar primero con la punta de la lanceta una gota de fluido vacuno; seguidamente, coge el operador con la mano izquierda la parte superior del brazo del sugeto, de modo que la piel quede tensa, mientras que la otra mano, armada del instrumento, le introduce horizontalmente debajo del epidermis, á la profundidad de dos ó tres líneas. Se saca en seguida la lanceta, volviendo un poco la hoja para enjugarla. Si la vacuna de que nos servimos es sólida, no se inocular hasta despues de haberla diluido en una pequenísima cantidad de agua. Conviene tambien hacer dos ó tres picaduras en cada brazo, porque quizá muchos granos preservan mejor y por mas tiempo que uno solo; esto es al menos lo que parece resultar de las investigaciones de Eichhorn. Por otra parte, se sabe que de cuatro ó seis picaduras, no prenden muchas veces mas que una ó dos. Sean prudentemente distanciadas á fin de evitar la confluencia de las pústulas que han de venir. Prefiéranse los puntos de alrededor de la insercion humeral del músculo deltoides y no se vacune en las espaldas para evitar (sobre todo en las niñas) desagradables cicatrices. No parece necesario verificar en cada individuo diez y seis ó veinte picaduras con el objeto de asegurar una fuerte calentura, ó sea reaccion febril, que Eichhorn califica en sus obras de indispensable. Nadie ha probado hasta ahora que la virtud preservativa de la vacuna guarde relacion con la intensidad de sus efectos, locales y generales. Por lo que pueda ser, ya hemos aconsejado dos ó tres picaduras en cada brazo.

Con estraordinaria rapidez tiene lugar la absorcion del virus vacuno, por manera que no puede impedir la pequeña cantidad de sangre que al tiempo de vacunar acostumbra salir. Tampoco ha logrado impedir la Itard, lavando

(1) *Archives de médecine. Recherches anato-mo-pathologiques et chimiques*, 1844.



bien las picaduras, al momento mismo de haberlas verificado, y favoreciendo la salida de la sangre con la aplicacion de una ventosa.

*Efectos de la inoculacion de la vacuna.*—Desde el momento de la inoculacion, se forma casi siempre alrededor de la picadura un círculo encarnado que desaparece despues de algunos minutos, y que no presagia, como se ha dicho, el éxito de la vacuna. En los tres primeros dias, la parte vacunada no presenta cambio alguno; pero al fin del *tercero ó cuarto dia*, se empezá á percibir al nivel de las picaduras un punto duro y saliente, el cual se hace mayor al *quinto dia*, y llega á sentirse en él prurito; al *sesto dia* se ensancha, se aplasta, toma la forma umbilicada en su centro, y un tinte blanco azulado. El *séptimo y octavo dia* se aumenta la pústula, la rodea una areola encarnada, y la inflamacion se estiende al tejido celular; el *noveno y décimo*, la areola se estiende; crece la tumefaccion; hay á veces algo de fiebre, de agitacion ó de malestar, sobre todo en los adultos, cuyos ganglios axilares se infartan tambien con mas frecuencia que en los niños. Al *undécimo* se marchita la pústula, se vuelve pardusca, y la areola se vuelve pálida y amarillenta; del *duodécimo* al *décimotercio*, se verifica la desecacion; y del *vigesimo* al *vigésimoquinto dia*, cae la costra, dejando al descubierto una cicatriz hundida y radiada.

Si se estudia *anatómicamente* la pústula de la vacuna, se ve que tiene su asiento en el cuerpo mucoso. Constituida al principio por un tubérculo, ofrece despues, cuando se la corta, una infinidad de celulitas separadas, sin comunicacion entre sí, que contienen el fluido vacuno. Se advierte principalmente esta disposicion desde el *sesto* al *noveno dia*. Por último, cuando la supuracion se encuentra bien establecida, todos los tabiques se rompen, resultando una sola cavidad.

No siempre ofrece la vacuna un curso tan regular como acabamos de decir; algunas veces suele ser mas largo ó mas corto el período de su incubacion, en cuyo caso debe quedar duda acerca de la bondad de la erupcion. Si se manifiestan muchos granos en el mismo sugeto, casi siempre siguen igual curso, y adquieren igual desarrollo; mas, sin embargo, no es raro observar lo contrario, y ver, por ejemplo, que unas pústulas se hallan próximas á su fin, mientras que otras están principiando. Casi en la totalidad de los casos, se manifiestan únicamente las pústulas en los mismos puntos que se verificó la inoculacion; pero se ha observado, no obstante, aparecer en sitios mas ó menos lejanos una erupcion, producida por la vacuna, sin poderla explicar por una vacunacion secundaria. Varios facultativos opinan que tales granos *supernumerarios* son de viruelas benignas modificadas por el virus vacuno. Si hay algunos hechos referidos especialmente por Woodville en pro de semejante opinion; existen muchísimos otros que la destruyen.

*Falsa vacuna.*—Independientemente de la erupcion que acabamos de describir, puede la inoculacion vacuna producir otra, diferente de la primera por su curso, forma y duracion. Se manifiesta el primero ó segundo dia, sin depression central, ni rodete, ni brillantez argentina; el grano es puntiagudo, y cuando se le abre, sale de él un líquido, que toma al secarse un aspecto análogo al de la goma; se vacia el tumor de pronto, porque al contrario de la pústula vacuna, se halla formado por una sola cavidad. Por último, esta erupcion recorre todos sus períodos en seis ó siete dias, es decir, que termina cuando la

vacuna se encuentra en el mayor vigor. La erupcion de que acabo de hablar, se llama *falsa vacuna*, porque no posee virtud alguna preservadora. Las causas ordinarias de la vacuna falsa, son la inoculacion de un virus vacuno añejo ó alterado, ó practicada en un sugeto vacunado ya, ó que há padecido en otro tiempo viruelas.

Los autores hacen ademas mencion de cierta erupcion vaccínica, que denominan *vaccinela* ó *vaccinoide* y que es á la vacuna lo que la varioloide á la viruela. Consiste efectivamente en una verdadera vacuna, pues se reproduce y se trasmite por medio de la inoculacion, siendo sin embargo menos regular que la vacuna franca ó legítima. Preséntase con pústulas de bordes deprimidos é irregulares y de escaso flúido; no se endurece; su inflamacion sigue un curso tan rápido que á los siete ú ocho dias estan las costras completamente formadas.

Cuando la vacunacion resta infructuosa, es decir, cuando la vacuna no se desarrolla en la persona inoculada, ó se desarrolla con caracteres improprios, es preciso volverla á vacunar, despues de una, ó si se quiere, algunas semanas. Acontece con frecuencia, sobre todo en jóvenes y adultos, que es necesario repetir varias veces la inoculacion para obtener satisfactorios resultados. Rarisimo es encontrar individuos tan refractarios á la accion del virus vacuno, que no puedan absolutamente quedar vacunados. En este caso vale mas, segun aconseja Husson, repetir, aunque sea al infinito, las vacunaciones, que deses- perar del éxito, abandonando al sugeto en posicion tan insegura.

*Tratamiento.*—En nada deben cambiarse las costumbres de la persona vacunada. Si fuese muy viva la inflamacion local, conviene cubrir la parte con cataplasmas emolientes, y en caso de manifestarse una ligera fiebre, se prescribirán la dieta y el uso de algunas bebidas diluentes.

*La vacuna no es una afeccion puramente local.*—En efecto, la virtud preservadora de la vacuna, y los casos bien comprobados de granos *supernumerarios*, acreditan suficientemente que obra sobre toda la economía el virus reabsorbido.

*Epoca en que la vacuna preserva de las viruelas.*—No hay conformidad respecto á la época en que la vacuna empieza á ser preservadora. Dicen los unos, que esto no sucede hasta el noveno dia, es decir, en la época que se supone haber sido el virus reabsorbido, y obrar sobre toda la economía; otros, en cuyo número debe contarse Bousquet, pretenden que la infeccion se efectúa durante el período de incubacion, y consideran la manifestacion del grano como prueba ó consecuencia de esta infeccion, admitiendo que la vacuna preserva desde el tercer dia á mas tardar. Aun se ha añadido que no habia necesidad de la erupcion, pudiendo faltar completamente, porque bastaba que del tercero al octavo dia de haberse practicado las picaduras, se observase malestar y calentura, dos síntomas bastante abonados para demostrar la infeccion que con ellos solos es tan preservadora, como cuando se presenta con los granos característicos. A mi parecer, semejante opinion no se apoya en hechos suficientemente auténticos y numerosos; tampoco me parece exacto que la vacuna haya adquirido toda la virtud preservadora antes del sexto ó séptimo dia; y sin embargo, tal vez la ha adquirido ya; pues no ignoro que muchos médicos, en particular Mongenot, Eichhorn, Taupin y el mismo Bousquet han comunicado á varios



niños vacuna muy satisfactoria, inoculándoles de otros vacunados cinco ó seis días antes.

*¿En qué época puede tomarse el virus vacuno de los granos?*—Ha adquirido certeza Bousquet, de que ya existe desde el principio un buen virus vacuno en el grano, pero en pequeña cantidad en cuya época es también muy difícil su extracción. Hasta del sexto al octavo día, no conviene servirse de él. Ningun inconveniente tiene para los vacunados la extracción del virus de sus pústulas, quedando tan preservados de las viruelas si se les extrae, como si se les deja.

*Cualidades de un buen pus vacuno.*—Las cualidades de un buen pus vacuno son: ser líquido, claro, trasparente, en ocasiones algo amarillento y ligeramente viscoso, salir con lentitud del grano abierto, y por último, secarse pronto cuando se halla espuesto al aire bajo la forma de un barniz gomoso. Este fluido no es volátil, aplicado al epidermis no ejerce en él acción ninguna, siendo necesaria la denudación de la piel para que sea absorbido. Por regla general, cuanto más reciente es el pus vacuno, mayor es su acción, y tanto más seguros sus efectos cuanto menor es la cantidad que el grano contiene. En igualdad de circunstancias, es de más seguros efectos la vacuna que se toma de los individuos jóvenes que la procedente de personas de más edad. Entre el vulgo suelen los padres tener la preocupación de que sus niños pueden ser vacunados con mala vacuna, es decir, procedente de sujetos enfermizos; pero Bousquet ha probado que no hay muchas cualidades de vacuna, y que el virus tomado de un niño robusto ó débil, de un individuo que padece sífilis, escrófulas, etc., tiene igual eficacia. Añade, no obstante, el mismo profesor, que es siempre muy importante recoger el fluido de individuos sanos y robustos, porque la experiencia enseña que degenera con prontitud en los débiles ó enfermos.

Será muy útil renovar el virus vacuno lo más á menudo que se pueda. No siendo el *cowpox* muy comun en la actualidad, imaginaron algunos que inoculando á la vaca con vacuna estraida del hombre, podria luego sacarse de dicho animal mucho más enérgica. En los últimos quince años se han verificado por orden del gobierno bávaro infinitas pruebas que confirman la verdad de esta doctrina. En Francia, empero, M. Bousquet se ha declarado su absoluto adversario, porque habiendo repetido los mismos experimentos, ha sacado siempre de la vaca el virus vacuno tal como se lo había inoculado, es decir: ni más ni menos activo.

*Modo de conservar la vacuna.*—Consérvase la vacuna entre dos cristales, cuyos bordes se cubren de cera ó se rodean de plomo. Este modo de conservación me parece preferible al tubo, y tengo el gusto de invocar en favor de esta opinión la autoridad de Bousquet, que en esto, como en todo lo concerniente á la vacuna, tiene grande experiencia. La Academia de Medicina prefiere el tubo. Es este de vidrio y capilar con los dos extremos abiertos: para llenarle, no hay más que poner uno de sus extremos en contacto de una gota de vacuna que penetra por ley de capilaridad: lleno el tubo, se cierra valiéndose de la lámpara. Cuando se ha de extraer la vacuna para inocularla, se rompen las estremidades del tubo, se sopla por una de ellas y se recoge en una cuchara, ó en cualquier otro objeto á propósito, la vacuna que va saliendo. Repito que la conservación



del virus vacuno entre dos cristales es mas cómoda y se ha de preferir. Debemos confesar que empleando la vacuna conservada, sea por un método, sea por otro, la vacunacion falla con muchísima frecuencia, y por lo tanto, siempre que sea posible vacunaremos directamente, esto es, de brazo á brazo.

*¿Ha degenerado el virus vacuno desde la época de Jenner?*—Cosa es esta que me parece indudable. Pocos años atrás descubrió el doctor Perdreau el *cow-pox* en una vaca de Passy, y habiéndole recogido Bousquet, practicó inoculaciones comparativas con la antigua vacuna, resultando de esta comparacion que el nuevo virus daba mejores resultados, en circunstancias que faltaba la antigua vacuna, y que el primero producía pústulas mas estensas, mas hermosas y brillantes, escitando una inflamacion y una fiebre mas fuertes. Iguales resultados han producido cuantos experimentos se han hecho en Inglaterra, Alemania é Italia: iguales tambien los han obtenido de nuevo, y hace pocos años, en Francia MM. Magendie y Fiard. Está efectivamente probada la degeneracion de la vacuna. Debe pues ser esta renovada con toda la frecuencia posible, segun Jenner lo aconsejó.

*Duracion de la virtud preservadora de la vacuna.*—Mucho se ha agitado en estos últimos tiempos la cuestion de si la vacuna preserva para siempre de las viruelas ó si goza tan solo de una virtud preservadora *temporal*; pero todavía está por resolver esta grave cuestion de higiene pública. Sin embargo, resulta de muy numerosos documentos oficiales, recogidos principalmente en Dinamarca, Suecia, Alemania, Prusia é Inglaterra, documentos que han sido analizados por dos sabios médicos, Dezeimeris y Hardy, en el tomo segundo del periódico *l'Experience*, que las viruelas son muy frecuentes en los sugetos vacunados; cosa muy cierta y al mismo tiempo muy sabida; en términos que de algunos años acá se observa en Francia que la tercera parte y aun algo mas de las personas atacadas de viruelas, habian sido vacunadas (Serres) notándose que dicha proporcion va siempre en aumento. Por fin, las viruelas que rara vez atacan á los individuos antes que hayan pasado nueve años de su vacunacion, se ceban en los que fueron vacunados muchos mas años antes, como quince, veinte, etc. Esta circunstancia puede á la verdad hacernos creer que la vacuna no preserva de las viruelas sino temporalmente y que conviene practicar revacunaciones. Hay un hecho demostrado que quizá se opone á ello, y es que pasada la edad de treinta y cinco años, la predisposicion de las personas vacunadas es muy poca, casi nula, para contraer viruelas: lo que prueba, dice Serres en su notable *Rapport sur le prix de vaccine pour 1845*, que la presunta disminucion de la virtud preservadora del virus vacuno no es la causa única de contraer viruelas los sugetos vacunados. Es en efecto necesario tener en cuenta que la tierna edad manifiesta para las invasiones variolosas una inmensa predisposicion ó aptitud, que va menguando con los años. Sea de todo esto lo que fuere, se ha obrado cuerdamente admitiendo la necesidad de las

*Revacunaciones.*—Adoptadas estas generalmente en los paises del Norte, tienden tambien á difundirse en Francia. Debemos en favor de la práctica de la revacunacion decir, que muchas epidemias de viruelas, haciendo estragos en individuos vacunados, han sido prontamente suspendidas, tan solo con revacunar á los que habian de permanecer espuestos al contagio. Jamás la ciencia perderá de vista hechos tan preciosos. A beneficio de la revacunacion, empleada

como medida general, se ha estinguido casi completamente la viruela en los ejércitos de Prusia y en el reino de Wutemberg.

Aunque todos los autores que se han ocupado de esta cuestion, convienen en que es sumamente difícil fijar la edad preferible para las revacunaciones, se aconseja por el mayor número revacunar en tiempo de epidemia variolosa, entre los ocho y nueve años, y no habiendo epidemia, de los catorce á los treinta ó treinta y cinco. Se revacunaré indistintamente á todos los individuos, sin exceptuar a los que presenten cicatrices muy bellas ó satisfactorias, porque estos caracteres no prueban que la virtud preservadora de la vacuna sea absoluta. Hay por otra parte sugetos tan predisuestos á la viruela, como á la vacuna: conocemos muchos médicos de hospitales que tuvieron cuando niños las viruelas, se han vacunado en épocas de visitar diariamente bastantes variolosos y su vacuna se ha presentado regularísima. Personas hay tambien que padecen las viruelas mas de una vez, al paso que otras son susceptibles de muchas revacunaciones como ya Jenner lo dejó consignado. Si la misma viruela legitima no preserva siempre y de un modo absoluto de otra viruela, injusto seria pretender que lo hiciese la vacuna. Es sin embargo muy cierto que esta aun cuando no constituya un preservativo infalible de las viruelas consecutivas, las quita al menos su malignidad, que rarissimos son los casos desgraciados. Asi las viruelas de 1841 en Francia ocasionaron la muerte de mas de la séptima parte de los enfermos no vacunados, mientras perdió la vida únicamente uno por cada ciento de los vacunados (Gaultier de Claubry). Hay mas; la epidemia de Marsella de 1828 y la observada por Thomson en Edimburgo en 1818 probaron que las viruelas eran mas funestas para los que las habian tenido ya otra vez, que para los vacunados. Mas bien la varioloide que la viruela es la enfermedad que se observa en todos los que tuvieron la vacuna de una manera satisfactoria y cuando hay en realidad viruela, se nota en los tres cuartos de los casos ser los granos muy discretos. Pueden la vacuna y las viruelas existir á la vez en un mismo sugeto y ya entonces reciben las últimas una saludable modificacion en sus síntomas y curso: esta modificacion será tanto mas potente y segura cuanto mas adelantada se halle la vacuna en el momento de la erupcion variólica. Parece tambien que si se practica la vacunacion en el período de incubacion de las viruelas, modifican estas los principales fenómenos locales de la vacuna; por manera que apenas se ve el círculo inflamatorio, la ingurgitacion del tejido celular es poco sensible, ó falta enteramente, y por fin las cicatrices que subsiguen á la caída de las costras, son menos profundas. M. Coléroult que ha estudiado esta cuestion en su tesis (1845) ha visto las modificaciones que acabo de indicar, en treinta y cinco de cuarenta casos de complicacion de la vacuna con las viruelas. M. Legendre cita hechos semejantes en la *memoria* de que he hablado anteriormente.

¿*Que cosa es el virus vacuno?*—Por lo que precede ha podido reconocerse la analogía y las diferencias que hay entre la erupcion variolosa y la que ocasiona la vacuna. Pero ¿qué relacion existe entre los dos virus? Se ha pretendido que el vacuno no era mas que el varioloso, que inoculado en la vaca, se habia modificado y mitigado. Un médico inglés sostenia, en efecto, que habia inoculado las viruelas á una vaca, envolviéndola en la sábana de un varioloso, adquirió el animal las viruelas, y que estas, trasladadas al hombre, se con-



virtieron en vacuna. Si este hecho es exacto, no hay otro de igual naturaleza en la ciencia, porque hasta ahora todos los experimentadores que se han ocupado de esta cuestion no han conseguido transmitir la viruela desde el hombre á la vaca. Ignoramos aun las relaciones que tienen entre sí los virus varioloso y vacuno. ¿Son idénticos, son distintos ó incompatibles? No es fácil resolverlo en el estado actual de la ciencia. El modo de accion de la vacuna para preservar de las viruelas, es todavía uno de esos misterios que no nos es lícito penetrar.

*Grado de utilidad del virus vacuno.*—No faltan autores entusiastas que han hecho de la vacuna una panacea para todas las enfermedades de la infancia, mientras que sus detractores la han acusado de producir la raquitis, las escrófulas y la tisis. Ya ha mucho tiempo que la observacion hizo justicia á todas estas aserciones, pudiendo asegurarse en el dia que la vacunacion no cura ninguna dolencia de la infancia y que no puede preservar mas que de las viruelas.

¡Que diremos de la singularísima doctrina inventada por un matemático, segun la cual la vacuna habria trasformado las viruelas en calentura tifoidea, y haciendo desaparecer, ó poco menos, la afeccion variólica, habria dado origen á otra tan peligrosa como ella; resultando de aquí que la antigua mortandad de los niños se observa hoy en los adultos, de suerte que el género humano ha mas bien perdido que ganado con la vacunacion! Tanto el sano juicio como la ciencia protestan contra tamaña herejía. Ninguna necesidad hay de enseñar á los profesores instruidos que la calentura tifoidea no es una enfermedad moderna; que antes del beneficio de la vacunacion ejercia los mismos estragos que en la actualidad, y que del mismísimo modo ataca á los que han sido vacunados, que á los que han padecido viruelas, como nos los hace ver cotidianamente el ejercicio de la profesion en los hospitales.

## DE LA VARIOLOIDES.

SINONIMIA.—Viruela modificada y varicela pustulosa umbilicada.

Fue propuesta por Thomson la palabra *varioloide* para designar una erupcion cutánea, pustulosa, que casi no se observa mas que en los sugetos vacunados ó que han tenido ya viruelas, y que solo se diferencia de esta última enfermedad por la rapidez de su curso y la falta de toda fiebre secundaria.

*Historia.*—No es la varioloide una afeccion nueva como algunos han creído. Efectivamente, si se examina la relacion de las diferentes epidemias de viruelas que nos han dejado los antiguos, se advierte que los autores observaron con frecuencia en los que habian ya padecido aquella enfermedad, una nueva erupcion *varioliforme*, cuyos caracteres han definido mal por lo comun, y que han descrito, ya como una varicela, ya como una viruela ordinaria; pero que tiene mayor relacion con la varioloide. Estas viruelas consecutivas ó modificadas, han llamado mas particularmente la atencion de los médicos despues de conocida la vacuna.

*Síntomas y curso.*—Se anuncia la varioloide por los mismos prodromos que las viruelas. Como en esta enfermedad, principia la erupcion del tercero al cuarto dia por manchas rojizas, en cuyo centro se advierte una pápula dura



y prominente. La erupcion se efectúa casi siempre de un modo simultáneo ó poco menos en todo el cuerpo, aunque otras veces aparecen muchas erupciones sucesivas con el intervalo de uno ó dos dias. Varía el número de granos : en algunos casos solo se hallan diez ó doce diseminados por el rostro, el tronco y os miembros ; pero por lo comun escede su número de ciento ; y , por último, no es raro ver casi todo el cuerpo cubierto por la erupcion confluyente. Al siguiente dia de su aparicion, contienen las elevaciones un fluido seroso, y hácia el tercero ó cuarto, están ya aplanadas y umbilicadas en su mayor parte. Son resistentes al tacto, y se hallan rodeadas por una areola roja. Al sexto ó séptimo dia es opaco el líquido que contienen, y empieza á concretarse desde el séptimo ú octavo, completándose la desecacion hácia el noveno ó décimo. Entonces exhalan los enfermos el olor fétido que se advierte en los variolosos ; por último, cuando caen las costras, rara vez se observan pequeñas cicatrices circulares, sino que las mas veces son tubérculos ó manchas violáceas que pueden persistir muchos meses. La varioloide va acompañada de fiebre, inapetencia y malestar ; lo mismo que en las viruelas se observa la tumefaccion de la cara, y en la boca y faringe hay una erupcion análoga á la de la piel, pero rara vez hay tialismo ; la época de la supuracion nunca va señalada por una exacerbacion de la calentura, y esta disminuye ó cesa del quinto al octavo dia de la erupcion.

El curso de la varioloides no siempre guarda tanta regularidad, y aun puede ser diferente respecto á pápulas que se han manifestado el mismo dia. En efecto, si la mayor parte no contienen pus hasta los seis ó siete dias, no deja de verse con frecuencia que algunas pústulas se forman en veinte y cuatro horas y desde el tercero principian á desecarse. Otros granos permanecen estacionarios, y acaban por resolverse sin trasformarse en pústulas. Resulta de este curso irregular de la erupcion que al mismo tiempo pueden encontrarse en el individuo pápulas, vesículas, pústulas y costras.

*Duracion y terminacion.*—La varioloides dura de diez á catorce dias, y casi siempre es feliz su terminacion.

*Diagnóstico.*—En resumen, la varioloides, cuyo curso es regular, apenas difiere de las viruelas discretas durante el primer septenario. Efectivamente, los prodromos y los caracteres primitivos de la erupcion son idénticos en unas y en otras ; pero mas adelante, se nota una diferencia capital, porque la fiebre secundaria ó de supuracion que constantemente existe desde el octavo al noveno dia en las viruelas, falta siempre en la varioloides. Tambien presenta esta última, en el mayor número de casos, una irregularidad extraordinaria en el modo de efectuarse la erupcion y en el curso que sigue. Por último, rara vez quedan cicatrices, como en las viruelas, á consecuencia suya.

*La varioloides es la viruela modificada.*—No son estas dos erupciones mas que variedades de una misma enfermedad. Se ha pretendido encontrar algunas diferencias *anatómicas* entre las pústulas de la viruela y las de la varioloide, pero nada hay fundado en este asunto. Han dado á conocer las disecciones que las pústulas ofrecen igual estructura; todas contienen un disco pseudo-membranoso, que únicamente presenta algun menor desarrollo en las pústulas de la varioloide. Todos estos hechos parecen demostrar que la viruela y la varioloide, no constituyen mas que variedades de una misma afeccion ; pero hay otros que vienen

en apoyo de la identidad de ambas enfermedades. Las varioloides y las viruelas existen simultáneamente en la misma epidemia, y con frecuencia se ha visto á las últimas dar origen á las primeras y recíprocamente. Por último algunos médicos que han tenido la temeridad de inocularse el pus de la varioloide, han padecido viruelas que nada se distinguían de las espontáneas, si bien otras veces seguía la erupcion el curso que se observaba en la viruela inoculada; es decir, que primero aparecían algunas pústulas al nivel de las picaduras, y al séptimo dia, calentura, lumbago, náuseas y una erupcion consecutiva en el resto del cuerpo. Asi se prueba que la viruela y la varioloide son producidas por el mismo virus, y que hay identidad en ambas dolencias. Como dejamos dicho, no es la varioloide otra cosa que una viruela *modificada*. Casi nunca se la observa mas que en los sugetos que ya han tenido viruelas, principalmente en los vacunados. Es sumamente raro que se presente en un sugeto que ni está vacunado ni ha sufrido viruelas, sin embargo ya he visto muchos casos: tambien M. Gendrin cita algunos y M. Mohl de Copenhague menciona diez y siete. La varioloide puede acometer muchas veces al mismo individuo, y goza de igual virtud preservadora contra las viruelas que esta erupcion misma.

*Pronóstico.*—Rara vez causa la varioloide la muerte de los sugetos que ataca, por mi parte no la he visto jamás terminar mal, ni aun cuando hubiese atacado á convalecientes debilitados por sus enfermedades anteriores: mas, sin embargo, puede tener un éxito funesto cuando se complica de accidentes nerviosos, de hemorragia y de laringo-traqueitis, de la cual hubo muchos ejemplos en la epidemia de Marsella, año de 1828.

*Tratamiento.*—El mismo que en la viruela discreta.

#### DE LA VARICELA, VIRUELA VOLANTE Ó VIRUELITA.

Reservo el nombre de *varicela* para designar una enfermedad febril, caracterizada por la erupcion de un número mas ó menos considerable de vesículas, cuya desecacion se verifica del quinto al octavo dia, sin que se manifieste fiebre secundaria. Sin embargo, algunos autores, y en particular Rayer, han comprendido bajo el nombre de varicela no solamente la erupcion de que hablo, sino tambien todas las afecciones varioliformes que se manifiestan en los sugetos vacunados de las que acabamos de hablar. Se ha pretendido en efecto, que por diferentes que parezcan entre sí respecto á los caracteres exteriores, son sin embargo idénticas, que tienen un mismo origen y son, en una palabra, producidas por el mismo contagio. El profesor de Edimburgo Thomson, que es uno de los que han sostenido esta doctrina, ha invocado en favor de su opinion: 1.º, la existencia simultánea de la viruela y de la varicela en la misma epidemia de viruelas; 2.º, en que la varicela no se observa mas que en sugetos que hayan sufrido mas ó menos tiempo antes, las viruelas ó la vacuna; 3.º, en fin, en la posibilidad de producir una viruela con la varicela y recíprocamente.

Mas sin embargo, se ha negado á Thomson la exactitud de todos estos hechos: asi es que se ha visto á la varicela reinar epidémicamente sin ir acompañada de la viruela. Por otra parte, esta enfermedad afecta con frecuencia á sugetos que ni han estado vacunados, ni han padecido viruelas, en quienes difiere la erupcion de la que se observa en los que la sufren consecutivamente



despues de la viruela ó de la vacuna. Asimismo se ha negado que la varicela pueda producir la viruela, y recíprocamente. Por último, se ha negado á la varicela vesicular todo carácter contagioso. Se ve pues que reina todavía mucha incertidumbre respecto á este particular, y que es imposible, en el estado actual de la ciencia, decidir sobre el asunto con conocimiento de causa. No obstante, atendiendo tan solo á los caracteres de la erupcion misma, creemos que la varicela constituye una enfermedad distinta, asi de la viruela como de la varioloides.

*Sintomas y curso.*—La erupcion que caracteriza á la varicela, va precedida por veinte y cuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas de mal estar, cefalalgia y calentura, siendo frecuente que se manifiesten vómitos y dolores epigástricos. Estos síntomas varian de intensidad, y aun suelen disminuir y aun cesar en el momento de la erupcion.

Hállase esta caracterizada por vesículas que se manifiestan en número mas ó menos considerable, y cuya razonable disposicion conduce á admitir dos formas ó variedades de varicela. En la primera forma, á que han llamado los ingleses *chicken-pox*, aparecen al principio unas pequeñas manchas rojas parecidas á picaduras de pulga, cuya mayor parte se trasforman, desde el siguiente día de su aparicion, en vesículas puntiagudas unas, y otras aplastadas, otras llenas de un líquido que por espacio de un día ó dos se mantiene rojizo. Al cabo de este tiempo, se vuelve la serosidad opaca y lactescente, marchitándose las vesículas. Al quinto día empiezan á secarse, y veinte y cuatro horas despues, son reemplazadas por costras delgadas y negruzcas que se caen del noveno al décimo día.

En la segunda forma de la varicela, llamada *swine-pox* por los médicos ingleses, y varicela *conoidea* por Willan, se empieza como en la forma precedente, por observar unas manchas lenticulares rojizas, en cuyo centro se manifiesta pronto una vesícula conoidea mas voluminosa que las del *chicken-pox*, y cuyo líquido se enturbia desde el segundo día. Están rodeadas de una areola inflamatoria que permanece estacionaria cuatro, cinco ó seis dias, empezando á secarse el séptimo y dejando algunas veces pequeñas cicatrices cuando se desprenden las costras amarillentas que las suceden.

A esta forma de la varicela es preciso referir la variedad que se ha descrito bajo el nombre de varicela *pustulosa globulosa*, á causa del aspecto redondeado y globuloso de la erupcion, siendo un error denominarla pustulosa, porque segun la observacion de Willan, es consecutivo el estado pustuloso. No se percibe bien hasta el segundo día de la erupcion, que al principio consiste solamente en vesículas. Nada diré de la varicela *papulosa*; existe juntamente con las varicelas de que acabo de hablar, y está formada por pápulas que abortan ó se restierven despues de algunos dias de duracion.

Las vesículas de la varicela son asiento de un prurito mas ó menos vivo que muchas veces conduce á los enfermos á romperlas. Su número es mas ó menos considerable; casi siempre son discretas, aunque sin embargo se las ha visto confluentes. En el mayor número de casos principian á manifestarse por el tronco, antes de ocupar la cara. Generalmente se observan durante muchos dias erupciones sucesivas, de manera que en un mismo individuo ofrece la enfermedad diferentes grados



*Diagnóstico.*—Solo puede confundirse la varicela con la viruela modificada, cuando han pasado las vesículas al estado pustuloso; pero difieren de las de la viruela por la falta de la depresion umbilicada y del disco pseudo-membranoso, asi como por la rapidez con que se verifica la desecacion.

*Pronóstico.*—No ofrece ninguna gravedad.

*Etiología.*—La varicela es mas frecuente en la infancia; pero no esclusiva de esta edad como equivocadamente se ha pretendido. Las causas que la producen son completamente desconocidas. Ya hemos dicho cuán dudoso es que la varicela sea producida por el contagio varioloso. ¿Es ella misma contagiosa? Hay en la ciencia hechos bastante numerosos observados por Willan, Fontaneille y Eichhorn, que acreditan poderse transmitir por la inoculacion las diversas variedades de varicela.

*Tratamiento.*—Consiste el tratamiento de la varicela en el uso de bebidas demulcentes tibias, en la permanencia en cama, ó al menos en casa, conservando una temperatura conveniente, y en la abstinencia de alimentos.

## DEL SARAMPION.

SINONIMIA.—*Morbilli, rubeolæ*; fiebre morbillosa.

El sarampion es un exantema contagioso, que al principio va acompañado de calentura, lagrimeo, coriza y tos; manifestándose al exterior por manchitas rojas, irregulares, prominentes algunas; las cuales desaparecen del séptimo al octavo dia, yendo las mas veces seguido de una descamacion furfurácea.

*Historia.*—Willan, á imitacion de Fernel, Sennert, Triller y muchos otros quiso probar, pero sin lograrlo, que el sarampion era conocido de los Griegos y Romanos. Las sabias investigaciones de Gruner demuestran que originario del Asia, penetró en Europa al mismo tiempo que la viruela. Rhasis, que trazó el primero su descripcion exacta, no señala al sarampion como una enfermedad nueva. La palabra *morbilli*, con que los autores antiguos le han solido designar, fue propuesta en el siglo XI por Constantino, llamado el Africano, y significa *pequeña peste*; porque probablemente tuvo en aquel tiempo una gravedad, que rara vez presenta en el dia (1). El sarampion ha sido objeto de un crecido número de escritos. El mas antiguo es el de Rhasis, en el que no solamente está la enfermedad muy mal definida, sino poco distinta de la viruela. Es verdad que semejante confusion se nota en la mayor parte de las obras antiguas que tratan de ambas afecciones como si fuesen idénticas, no distinguiéndose mas que por el grado de intensidad. F. Hoffmann (2), Dehaén (3), Rosen (4), Sydenham (5) y mas que todos Borsieri (6) formaron del sarampion una especie distinta y le describieron perfectamente. Los profesores contemporáneos no han añadido á lo que ellos dijeron sino algunos indicios mas fijos y precisos acerca de las complicaciones del mal. Recomendamos la lectura de la obra de M. Rayer *Sur les maladies cutanées* y del *Traité des maladies des enfants* de los doctores Rilliet y Barthez.

(1) En la edad media el nombre *morbus* significaba especialmente *peste*.

(2) *Opera*.

(3) *Ratio med.*

(4) *Maladies des enfants*.

(5) *Médecine pratique*.

(6) *Institut. med. pract.*

*Descripcion de la enfermedad.*—El sarampion simple (*rub. vulgaris*), presenta cuatro estadios, que son: la *incubacion*, la *invasion*, la *erupcion* y la *descamacion*.

*Primer estadio.*—Nada diré del período de incubacion, durante el cual no se observa ninguna alteracion notable en la salud. Su duracion es de seis á siete dias.

*Segundo estadio ó invasion.*—Va señalado por escalofríos irregulares, laxitudes, incomodidad general, inapetencia, cefalalgia y fiebre. A estos síntomas, cuya intensidad varía, se juntan, el segundo dia algunos signos de inflamacion de muchas membranas mucosas. Las conjuntivas están inyectadas y rojas, y hay lagrimeo; las fosas nasales dan salida á un líquido seroso, y son asiento de un prurito incómodo que escita el estornudo. Algunos enfermos se quejan de un ligero dolor de garganta, y casi todos de opresion y dolor esternal; están roncós, y tosen sin arrojar ningun esputo, dando las mas veces á conocer la auscultacion un estertor sibilante ó con ronquido, en diferentes puntos. Estos síntomas se exasperan el dia siguiente y en ocasiones, sobre todo en los niños, se agrega un poco de sopor, delirio, y aun algunos movimientos convulsivos. En otros enfermos sobrevienen vómitos y diarrea. Generalmente no es asiento la piel de ninguna sensacion especial; su temperatura es elevada, aunque no tanto por lo comun como en las otras calenturas eruptivas, y se cubre las mas veces de sudores al efectuarse la erupcion.

*Tercer estadio ó erupcion.*—La erupcion cutánea se verifica generalmente el cuarto dia de la invasion, en algunos casos mucho antes, casi en ninguno mas tarde, y está caracterizada por manchas pequeñas, rojas, irregulares, que en su mayor parte ofrecen las dimensiones y forma de picaduras de pulga, y de las cuales, algunas presentan una elevacion ligera, que desaparece instantáneamente bajo la presion del dedo, siendo asiento de un ligero prurito. Estas manchas, perceptibles al principio en la cara, se extienden sucesivamente al tronco y á los miembros, completándose á veces la erupcion en pocas horas, aunque en el mayor número de casos no llega á generalizarse hasta las doce ó veinte y cuatro: en esta época se hallan por lo comun muy abultada la cara y bastante cargados los párpados para impedir la vision. Las manchas presentan mucha irregularidad, y difieren unas de otras. Unas veces son perfectamente distintas entre sí, y otras se reunen en crecido número y constituyen estensas chapas rojas, en cuya superficie distingue el dedo ligeras desigualdades. Se ha dicho que las manchas del sarampion residentes en el cuerpo reticular de la piel, tenían la forma de una media luna, ó de un arco de círculo; pero examinándolas con atencion, es fácil convencerse de que presentan todas las formas imaginables, y la mas completa irregularidad en su disposicion. No en todos los puntos es igual el color; efectivamente, la rubicundez ofrece graduaciones diversas segun lo, puntos, pero en ningun caso se parece al de la escarlata. Algunas veces se presentan unas pequeñas elevaciones papulosas en medio de la erupcion morbilosa, ofreciendo esta un aspecto particular: entonces se dice que el sarampion es *granuloso*.

Generalmente disminuye el malestar, menguando tambien la calentura cuando se completa la erupcion; pero casi siempre persisten los síntomas que hemos indicado, relativos á las membranas mucosas, y aun algunas veces se



umentan la opresion y la tos. Cuando existen el dolor y la sequedad de la garganta, revela la inspeccion de esta parte y de la mucosa palatina, una erupcion absolutamente análoga á la de los tegumentos: Hácia el cuarto dia de la erupcion, el séptimo ú octavo contando desde la invasion de los primeros síntomas, palidecen las manchas y toman un color amarillo, pálido ó un poco azulado, y las mas veces no desaparecen, ó lo hacen de un modo incompleto, cuando se las comprime con los dedos. Al mismo tiempo cesa la calentura, y los síntomas catarrales se mitigan ó desaparecen en gran parte.

*Cuarto estadio ó descamacion.*—En un crecido número de enfermos no se advierte descamacion; pero en el mayor número de casos se separa el epidermis en muchos puntos desde el noveno al décimocuarto dia de la enfermedad, en forma de laminillas furfuráceas, cuyo desprendimiento suele coincidir con un ligero prurito. En esta época vuelven todas las funciones á su estado normal; aunque no es infrecuente que los síntomas de bronquitis persistan todavía mucho tiempo durante la convalecencia, siguiendo ronca la voz, y conservando la tos, que es muy rebelde y seca, un timbre particular (*tos ferina*). En este período, y al fin del precedente, arrojan casi todos los enfermos esputos opacos en forma de copos, cuyos bordes son iguales, los cuales nadan en un líquido turbio; otros son enteramente homogéneos, purulentos ó con estrías opacas, tales cuales se observan en el segundo y tercer período de la tisis pulmonar (Chomel).

*Variaciones.*—Tales son los síntomas y el curso mas frecuente del sarampion. Sin embargo, no siempre se manifiesta esta enfermedad con los mismos caracteres: asi es que hay sarampiones durante los cuales no se advierte afeccion alguna catarral de las membranas mucosas, es decir, la oftalmia, el coriza, la angina, y sobre todo la bronquitis (*sarampion sin catarro*); entonces suele no existir tampoco la fiebre, y toda la enfermedad se reduce á la erupcion. Otras veces, al contrario, se observan la fiebre y los síntomas ordinarios del catarro, mientras que la erupcion falta por completo (*sarampion sin erupcion*); ó *morbilli sine morbillis*. Este hecho para ser definitivamente admitido debe todavía observarse con severa delicadeza, pues en muchos casos se ha creído que faltaba la erupcion por haber pasado desapercibida, en atencion á que era parcial y fugitiva. Sea de esto lo que fuere, lo cierto es que teniendo lugar las anomalías de que tratamos, quedan los sujetos preservados del sarampion para lo sucesivo, como si la dolencia no hubiese seguido un curso insólito. Suele suceder, segun Willan, que en algunos sujetos débiles toma la erupcion un color lívido y ligeramente amarillento, y se manifiestan petequias ó equinosis diseminados en diferentes puntos, cuya forma es análoga á la de las manchas morbilosas, y que difieren por lo tanto de la verdadera púrpura (*rubeola nigra*). Finalmente, hay sarampiones *anómalos*; asi es que la erupcion puede manifestarse antes ó despues de lo ordinario, empezar por los miembros, limitarse á una sola parte, ó desaparecer poco despues de haberse manifestado. Esta retropulsion del exantema se verifica las mas veces á consecuencia de la impresion del frio, por la administracion de un purgante ó á causa de una flegmasia visceral.

*Complicaciones.*—Pueden turbar el curso del sarampion diferentes complicaciones, siendo la pulmonía la mas frecuente de todas, sin distincion de edades, habiéndose observado que en los niños casi siempre es lobular. Tambien se observa en ellos con mucha frecuencia la entero-colitis, la gangrena de los la-



bios y de los pulmones, las inflamaciones de las meninges, el delirio, el coma ó ciertas convulsiones que no pueden esplicarse por ninguna lesion material perceptible de los centro-nerviosos; la coqueluche y el croup se manifiestan con menos frecuencia. Por último, los autores, sobre todo Diemerbroek y Dehaën citan casos curiosos que presentaron simultáneamente en una misma persona el sarampion y las viruelas. M. Willemín refiere el mayor número de tales casos en la tesis que sostuvo en 1847, y he aquí lo que de sus observaciones resulta: si la erupcion que primero se ha declarado es la variólica, suspende momentáneamente su curso mientras la erupcion morbilosa va continuando el suyo de un modo regular: si sale el sarampion antes, van siguiendo entonces una y otra erupcion su curso ordinario sin influencia notable de la una en la otra: si viruela y sarampion se manifiestan al mismo tiempo, una y otro se desarrollan continuando su marcha regular y simultánea.

*Enfermedades consecutivas.*—Pueden sobrevenir diferentes enfermedades durante la convalecencia del sarampion. Son las mas frecuentes la inflamacion del borde libre de los párpados con ulceracion y caída de las pestañas; los infartos de los ganglios; las bronquitis y las diarreas crónicas, enfermedades que generalmente ofrecen mayor rebeldía que cuando se manifiestan espontáneamente. El sarampion favorece el desarrollo de los tubérculos; así es que Rilliet y Barthez dicen, que entre once sarampiones primitivos se observa uno, de cuyas resultas se desenvuelven tubérculos, hallándose demostrado tambien que cuando el sarampion ataca á los tísicos, acelera el curso de la enfermedad del pecho. Los autores citados lo han observado en los niños; Lévy en los adultos, como consta por sus escritos publicados en 1847 (*Gazette médicale*).

Por último, la impresion del frio durante la convalecencia puede producir la anasarca, cuyo accidente es mas comun de resultas de la escarlata; motivo que nos obliga á hablar de él cuando tratemos de esta última afeccion.

Sin embargo, se ha visto algunas veces al sarampion modificar de un modo feliz, y aun curar algunas enfermedades preexistentes. Rayer hace mencion de un eczema crónico de la cara, y Alibert de un eczema impetiginoso del cuero cabelludo, que se curaron rápidamente despues de un sarampion.

*Recidivas.*—Casi nunca padece el sarampion mas que una vez el mismo individuo. Rosen no ha observado ningun caso de recidiva durante una práctica de cuarenta y nueve años. No obstante, Baglivio, Dehaën, Meza, Rayer, Guersant y Blache, citan algunos hechos que prueban la posibilidad de contraer muchas veces el sarampion una misma persona.

*Abertura de los cadáveres.*—En los sugetos que sucumben, no se encuentran lesiones especiales del sarampion. Las que suelen descubrirse, son efecto de sus complicaciones. (Para conocer el estado de la sangre V. mas adelante *Consideraciones generales sobre la naturaleza de las calenturas eruptivas*).

*Diagnóstico.*—La aparicion de la fiebre y los síntomas catarrales que se observan simultáneamente por parte de las mucosas ocular, nasal y bronquial, deben inducir sospechas del próximo desarrollo de una erupcion morbilosa. Tanto mas probable es el diagnóstico, cuanto mas jóven el sugeto, sobre todo si no ha padecido sarampion y si reina esta enfermedad epidémicamente. Mas, sin embargo, no pasa esto de simples presunciones, porque todos los síntomas referidos pertenecen igualmente al sarampion y á la fiebre catarral. Solo desaparece

la incertidumbre, cuando al tercero ó cuarto dia empieza a percibirse la erupcion. El sarampion no puede confundirse con la viruela incipiente, recordando que en esta presentan las manchas en su centro una *elevacion dura y puntiaguada* o una *vesicula*, mientras que las manchas del sarampion no ofrecen dureza, percibiéndose à lo sumo algunas desigualdades cuando se pasa el dedo con suavidad. Sin embargo, en la forma granulosa hay algunas pápulas rojas que pudieran inducir à creer en la existencia de las viruelas; pero es raro que tales pápulas se hallen entonces en grande número, y la estension de simples manchas en la generalidad del cuerpo, revela el carácter verdadero de la enfermedad. Mas adelante veremos en que difiere el sarampion de la escarлата, de la roseola, de la erisipela, de la miliar roja, etc.

*Pronóstico.*—En nuestro clima, es el sarampion una enfermedad generalmente benigna; pero no sucede otro tanto en las estaciones y países cuya temperatura es estrema, ni cuando reina epidémicamente. Rarisimas son en el dia las devastadoras epidemias que en otros tiempos reinaban: la que se observó en 1672 hacia trescientas victimas cada semana (*Morto*). El trabajo de la denticion en los niños y el embarazo ó estado puerperal en las mujeres, son circunstancias que siempre agravan el pronostico: los espasmos, las convulsiones, las petequias, el delirio, el desarrollo de una pulmonía y repentina desaparicion del exantema, son tambien accidentes graves que hacen temible un resultado funesto. Conviene advertir que la delitescencia ó repentina desaparicion del exantema por sí sola, es decir, independiente de todo daño visceral es menos peligrosa de lo que comunmente se cree. Lévy lo ha probado bien.

*Etiologia.*—Pocas personas hay que se liberten del sarampion; pudiendo establecerse que son mas los sujetos no vacunados refractarios à las viruelas. Se ha observado el sarampion en todas las edades de la vida, y, como sucede con la viruela, suele atacar al feto encerrado todavia en el claustro materno. Sin embargo, esta enfermedad es mas comun en la infancia y la juventud; reina en todos los países del globo y en todas las estaciones, aunque parece presentar su maximum de frecuencia hacia el equinoccio de la primavera, declinando hacia el mes de julio. El sarampion reconoce una causa especifica, cuya naturaleza se desconoce; es esencialmente contagioso, y parece posible su comunicacion à las personas sanas, desde que la erupcion se manifiesta hasta despues de la descamacion, y aun tal vez hasta el vigésimo dia.

Algunos experimentos hechos primero por F. Home, en 1738, y repetidos por Speranza en la epidemia de Milan de 1822, parecen probar que el principio contagioso de la enfermedad reside en la sangre. Efectivamente, habiendo practicado estos médicos una ligera incision sobre las chapas de sarampion, y habiendo inoculado la sangre que còrria de ellas, produjeron un sarampion regular, despues de una incubacion de seis dias. Tambien Alex. Monro y Looke, dicen haber podido inocular la enfermedad con el humor lagrimal y la saliva. Pero sus observaciones son menos concluyentes que las de Home y Speranza. Algunos médicos de Filadelfia las han repetido sin resultado. Pero los hechos mas concluyentes, si fuesen bastante auténticos, serian los de Katona, médico húngaro, que en una terrible epidemia de sarampion, inoculó el mal à mil ciento veinte y dos personas, sin que fallase mas que siete veces cada ciento.



En todos los demás, sobrevino un sarampion muy benigno, cuyos prodromos empezaban el sétimo dia de la inoculacion: la erupcion se efectuaba el noveno ó décimo dia; la descamacion el décimocuarto, y se completaba la curacion el décimosétimo. Katona practicaba las inoculaciones indistintamente con las lágrimas de los enfermos, ó con una gota de liquido sacado de las chapas (*Gazette médicale*, 1845.)

*Tratamiento.*—Cuando el sarampion es benigno, no se requiere ningun tratamiento activo. Guardará cama el enfermo; se le preservará de la accion de una luz demasiado viva; se le cubrirá moderadamente; se mantendrá el aposento á una temperatura suave y uniforme, y se darán bebidas dulcificantes y pectorales. En ningun caso conviene imitar la práctica de algunos médicos ingleses, que usan lociones frías sobre la superficie del cuerpo, para disminuir el calor febril; porque pudiera suprimirse la erupcion, y producir una flegmasia pulmonar, cosa muy comun en el curso de esta dolencia. Cuando la calentura es violenta y la respiracion difícil, ó sobreviene alguna complicacion de naturaleza inflamatoria, se halla indicada la sangría. Si en ciertas circunstancias particulares son preferibles las sanguijuelas á la flebotomía, deberán adoptars las precauciones necesarias para evitar el enfriamiento del cuerpo. Podrán repetirse muchas veces las evacuaciones sanguíneas; mas sin embargo, debe procederse con suma prudencia; guardándose de imitar la práctica de Mead que sangraba generalmente en los dos primeros estadios. La desaparicion repentina de la erupcion, exige diferente tratamiento segun la causa que la ha producido. Cuando depende de una inflamacion visceral, debe dirigirse contra ella la terapéutica, al mismo tiempo que se procura llamar la erupcion por medio de poderosos revulsivos ambulantes á la piel. Si la erupcion se suprime por la impresion del frio, debe sumergirse al enfermo en un baño caliente ó en uno de vapor; darle fricciones secas ó aromáticas; aplicar sinapismos y vejigatorios; usar bebidas diaforéticas, y en caso de haber postracion, reanimar las fuerzas por medio de tónicos ó de escitantes difusibles, como el café, el té, el amoníaco, el espíritu de Minderero, etc. La diarrea es un accidente muy comun del sarampion, y conviene detenerlo pronto por medio de las bebidas mucilaginosas y opiadas. Algunas veces las mucosidades que se segregan en abundancia por los bronquios, se acumulan en el árbol aéreo y producen mucha ansiedad y opresion, sobre todo en los niños: estos accidentes se calman administrando un vomitivo, principalmente la ipecacuana. La bronquitis intensa se hace con frecuencia capilar, y exige las bebidas pectorales, el kermes y los vejigatorios al pecho. Contra las pulmonías, que con tanta frecuencia sobrevienen, es difícil insistir mucho en las evacuaciones sanguíneas, siendo por lo comun mas ventajoso el tártaro estibiado á dosis alta. En estos casos, preconizan los autores alemanes la infusion de hojas de digital (ocho á diez y seis gotas en cuatro onzas de agua), medio que no nos atrevemos á aconsejar ni á combatir. Otro tanto decimos de la práctica del doctor Chiara, de Nápoles, quien durante todo el curso de la enfermedad administra en una tisana la tercera ó cuarta parte de grano y á veces medio grano de aconito, medicamento que, segun él, goza de la propiedad de disipar los accidentes torácicos. Los cerebrales, mucho menos comunes que los precedentes, ceden con frecuencia á la aplicacion de algunas sanguijuelas detrás de las orejas, y á los revulsivos apli-



cados á las extremidades; pero es necesario guardarse mucho de insistir en el primer medio.

*Profilaxia.*—Cuando se manifiesta un sarampion maligno en una familia, en un colegio ó reunion, es necesario apresurarse aislar á los enfermos. En caso de ser benigna la epidemia, convendrá acaso dejar que los niños comuniquen libremente entre sí, á fin de libertarlos de una infeccion mas grave. Con este objeto han aconsejado algunos autores, en los casos favorables, la inoculacion de la enfermedad. Yo seria de este parecer, y quisiera que los médicos directores de los establecimientos donde se hallan reunidos muchos niños, hicieran algunos esperimentos, que en ningun caso pueden ocasionar peligro: hé aqui por qué no titubeamos en dar este consejo. En cuanto á los medios profilácticos preconizados últimamente en Alemania, como las flores de azufre (Tourtual), la mezcla á partes iguales del vino antimoniado de Huxham y de ojimiel escilítico (Wildberg), las fumigaciones cloruradas (Berndt), y la belladona (Mandt), nada diremos, porque no merecen ninguna confianza.

## DE LA ESCARLATA.

SINONIMIA.—*Morbilli confluentes; ignis sacer, morbilli ignei; febris scarlatina; fiebre roja y fiebre purpúrea.*

Es la escarlata un exantema contagioso y febril, caracterizado por pequeñas pintas rojas, granulosas é irregulares, ó estensas chapas de un color rojo de frambuesa que ocupan casi toda la superficie del cuerpo y se acompañan de una coloracion análoga en la boca, con angina mas ó menos violenta, terminando por descamacion al fin del primer septenario.

*Historia.*—Muy dudoso parece que haya sido la escarlata conocida de los griegos, de los romanos y aun de los árabes; hácia la mitad del siglo XVI fue indicada por Ingrassias en Nápoles, donde reinaba ya antes del año 1500: Coyttar, médico en Poitiers, la observó y denominó *calentura purpúrea, epidémica y contagiosa*: Tambien la conoció Baillou. No hay duda que fue por dilatado tiempo confundida con el sarampion y la esquinancia, en términos que con muchísima razon opina J. Frank que las diversas epidemias de angina gangrenosa y de garrotillo, tan devastadoras en España, Italia y Sicilia á principios del siglo XVII, eran la escarlata desconocida. Sennert trazó los principales caracteres de esta afeccion, que fue por fin satisfactoriamente descrita por F. Hoffmann, por Sydenham y por Rosen. Causó inmensos estragos en todas las regiones europeas durante el siglo XVIII, y bien puede asegurarse que inmensos fueron tambien los trabajos médicos entonces verificados. Los que han visto la luz pública de cuarenta años á esta parte, han tenido por objeto casi exclusivo dar á conocer ciertas complicaciones, ó han versado mas particularmente sobre la anatomía patológica y la terapéutica: luego los tomaremos en consideracion.

*Anatomía patológica.*—No determina la escarlata muchas lesiones. Un color violado de la piel, de la mucosa faríngea y bronquial; algunos equimosis en el tubo digestivo, una congestion sanguínea y mas rara vez una inflamacion de los bronquios y de los pulmones, con una inyeccion en forma de pintas de los centros nerviosos, constituyen por lo comun las únicas alteraciones que se descubren en los sólidos. De algunos años á esta parte se dice haber hallado tambien los folícu-

los intestinales, sobre todo los de Peyero, rojos, voluminosos, duros é hinchados: pero no he logrado descubrirlo en ninguna de las autopsias que he practicado. Como quiera que sea, cuando están alterados los folículos, nunca ofrecen semejanza con las chapas propias de la calentura tifoidea, porque en ellos no se descubre materia amarillenta elástica, porque nunca se ulceran, y porque los ganglios mesentéricos permanecen sanos.

La sangre se encuentra como en todas las pirexias; ó tiene la fibrina en su cantidad normal, ó está escasa de ella en algunas escarlatas graves, complicadas de hemorragias.

Las investigaciones que habia hecho Fischer (1), y las mas recientes de Hamilton (2) y Rayer (3) han probado que las personas fallecidas de resultas de escarlata y con la complicacion bastante comun de anasarca, tienen los riñones en estado de hiperemia, pudiendo tener tambien las alteraciones características de los dos ó tres grados primeros de la enfermedad de Bright.

*Division*—El curso de la escarlata se divide en tres períodos, que son: la invasion, la erupcion y la descamacion. Tambien pudiera admitirse un período de incubacion mas corto que en la viruela y el sarampion, porque rara vez escede de tres dias (Heberden y J. Frank).

*Primer período.*—La *invasion* de la escarlata va señalada por escalofríos, calentura, mucha incomodidad, cefalalgia y angina mas ó menos graduada: á uyes síntomas suelen agregarse la epistaxis, náuseas, vómitos y varios accidentes nerviosos, como delirio, coma ó convulsiones, especialmente en los niños muy tiernos. Estos síntomas van agravándose hasta el segundo dia, época en que principia la erupcion.

*Segundo período ó erupcion.*—La cara se abulta ligeramente, y en ella se perciben pequeñas manchas de un rojo vivo que no forman prominencia y desaparecen momentáneamente por la presion, cuyas manchas tardan poco en manifestarse en el cuello, el pecho y los miembros. En el espacio de veinte y cuatro horas se hace la erupcion general y completa. Entonces ofrece la piel un color de escarlata uniforme, como si se la hubiese teñido con zumo de frambuesas. Unas veces se manifiesta este color en estensas chapas irregulares, separadas por intervalos en que la piel tiene su color normal, mientras que otras se halla estendido con uniformidad el color de escarlata por toda la superficie del cuerpo; sin embargo, el exantema ofrece una rubicundez mas intensa y viva en los puntos donde el epidermis presenta menos espesor, como en la parte interna de los muslos, las ingles, el escroto y las articulaciones por el lado de la flexion de los miembros. Suele, no obstante, presentar otro aspecto la erupcion que nos ocupa: en vez de las manchas estensas que hemos indicado, suelen verse una multitud de puntitos rojos muy próximos unos á otros y muy regulares en su disposicion, lo que da á la superficie de la piel el aspecto de ciertos granitos muy finos. En todos los períodos de la erupcion está la piel ardorosa, pruriginosa, sensible y tensa; los piés y las manos se hallan hinchados, y experimentan los enfermos dificultad y rigidez cuando quieren doblar los dedos. Los síntomas generales y la calentura, casi en igual grado que al tiempo de la erupcion; el dolor de gar-

(1) *Journal d'Hufeland*, 1824.

(2) *Edinburgh medical and surgical Journal*, 1853.

(3) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 428.



ganta se aumenta, y por lo comun se infartan los ganglios submaxilares. Si entonces se hace abrir la boca al enfermo, se advierte que la cara interna de los labios y de las mejillas, las encías, el velo palatino y sus pilares se hallan rubicundos como los tegumentos. Tambien se observa este color en la lengua; pero por lo comun algo despues que en las otras partes de la boca, tal vez á causa del espesor mas considerable de su epitelium. El color de frambuesa de la mucosa bucal y faringea es un fenómeno casi constante en la escarlata, aunque varía mucho la época de su aparicion. En efecto, unas veces precede al exantema cutáneo, y otras aparece juntamente con él, no faltando casos en que es posterior y solo se nota durante el tercer período. La erupcion cutánea se mantiene las mas veces en igual grado durante uno ó dos dias. Se ha dicho que su color, menos vivo por la mañana, era mas subido por la tarde ó durante la noche; pero no está probada semejante asercion. Cuando el exantema llega á su máximun de intensidad, es decir, hácia el cuarto ó quinto dia, es cuando suelen manifestarse, sobre todo en los niños, en las partes laterales del cuello, del pecho, en las axilas ó las ingles, un número mas ó menos considerable de pequeñas vesículas semi-esféricas, que contienen un líquido, primero trasparente y despues opaco: no son otra cosa mas que erupciones miliares, tales como las hemos observado durante el curso de la calentura tifoidea; pero en general mas gruesas que en esta última afeccion y mas análogas á las que existen, como luego diremos, en el sudor miliar. Cuando esta erupcion existe, se da á la escarlata el nombre de *escarlata miliar*.

*Tercer período ó descamacion.*—Hácia el quinto ó á mas tardar el sexto dia, palidece el exantema. Los intersticios que separan á las chapas se hacen mas considerables, la piel se deshinchá, disminuye la fiebre y desaparece el dolor de garganta. Al octavo dia no hay por lo comun vestigio alguno de rubicundez. La descamacion empieza á efectuarse desde el quinto dia en la cara y partes laterales del cuello y del pecho, y se generaliza desde el octavo al décimo dia. Se verifica por estensas chapas, sobre todo en los piés y las manos, donde el epidermis de un dedo, despues de abrirse y ponerse rugoso y blanquecino, suele separarse en un pedazo, como un dedo de guante. La descamacion no guarda período fijo: en ocasiones no la hemos visto empezar hasta el décimoquinto dia, y no es raro, aun cuando se verifique mas pronto, verla prolongarse hasta mas allá del vigésimoquinto. Esto consiste en esfoliarse el epidermis dos ó tres veces consecutivas en los mismos puntos.

*Varietades.*—Tales son los síntomas y el curso de la escarlata que se llama simple ó regular. Su duracion media es la de un septenario. Otras veces presenta la enfermedad distintos caracteres. Asi es que la angina, por lo comun de mediana intensidad, puede exagerarse y llegar á ser el síntoma predominante: entonces se dice que la escarlata es *anginosa* (Willan). En esta variedad son generalmente graves los fenómenos precursores; existen desde el principio el dolor é hinchazon de la garganta; la deglucion es muy difícil; las amígdalas se hallan inflamadas y de un rojo carmesí, y se cubren, lo mismo que todo el fondo de la boca, de una materia pultácea, gris ó amarillenta, que suele teñirse de negro cuando se ha exhalado sangre, y que fácilmente se desprende y reproduce. Por último, los ganglios sub-maxilares son voluminosos y muy



sensibles, habiéndoseles visto algunas veces supurar y formar verdaderos *bubones escarlatinos*. En la escarlata anginosa es mas intensa la fiebre, y muchas veces hay náuseas, vómitos y diarrea. Por lo comun se manifiesta la erupcion un dia despues que en la forma precedente. En vez de ocupar toda la superficie del cuerpo, solo ocupa en ocasiones puntos limitados, como las ingles, las axilas y las manos; desaparece tal vez de la noche á la mañana, y la descamacion que en seguida sobreviene es igualmente mas tardía, prolongándose á veces hasta el tercer septenario.

Hay otra forma de escarlata que se llama *maligna* á causa de su gravedad. Los prodromos de esta son todavia mas intensos: caen los enfermos en estado de prostracion; se cubren de fuliginosidades la lengua y los dientes, y es fétido el aliento, sobreviniendo adema, coma y sordera (*escarlata nerviosa*). El pulso, que ofrece suma frecuencia, es blando y fácil de deprimir; en tales casos suele manifestarse apenas la erupcion, es parcial y desaparece con presteza; toma en fin un color lívido, y en ocasiones se halla mezclada con petequias y estensos equímosis. Algunos puntos gangrenosos pueden formarse tambien en distintas partes del cuerpo; arroja el enfermo las orinas sanguinolentas y las cámaras fétidas, muriendo en fin, de pronto unas veces y otras despues de una larga agonía.

Se observa que en las formas anginosa y maligna es generalmente poco notable la erupcion, y por decirlo asi, parcial y efémera: no es por lo tanto estraño que en muchos casos pase desapercibida de los enfermos, y aun de los médicos, que han admitido la existencia de una calentura escarlatina sin erupcion en la piel. Pero semejante hecho es dudoso por lo menos, tanto mas cuanto que en tales casos se observa descamacion como si la erupcion hubiese sido regular y completa. Sin embargo, la doctrina que admite escarlata sin exantema, tiene muchos partidarios. En los escritos de Heberden, J. Frank y otros médicos de grande autoridad, que la defienden, hay menos hechos terminantes que simples asertos. Las observaciones consignadas por facultativos contemporáneos v. gr. Trousseau (*Archives*, 1829), Dance (*Archives*, 1830), Taupin (*These*, 1840), tampoco demuestran la existencia de la escarlata sin erupcion: tal es al menos mi parecer.

*Complicaciones.*—Pueden complicar á la escarlata muy diversas afecciones, á saber: en las formas graves algunas hemorragias pasivas y la mayor parte de flegmasias de los órganos torácicos y abdominales, si bien estas son mucho menos frecuentes que en el sarampion. Tambien la complican diversos accidentes cerebrales, como el delirio, el coma, las convulsiones y aun las contracturas. Estos síntomas, que son bastante frecuentes en los niños, suelen imitar á una meningitis; mas sin embargo, es raro observar en el cadáver vestigios de flegmasia intracraniana, sucediendo casi siempre que los accidentes nerviosos observados durante la vida no dejan mas vestigios que los de una fuerte congestion, y en algunos casos solamente un derrame seroso en los ventrículos cerebrales.

He tenido muchísimas ocasiones de notar la existencia de dolores reumáticos durante el curso de la escarlata, y he visto que esta seguia entonces de un modo irregular, mas ó menos anómalo. Aunque parezca rara la complicacion reumática, ha sido sin embargo observada de un modo casi epidémico. Pueden complicar

tambien á la escarlata muchas enfermedades cutáneas; en términos que lo que hemos indicado de la miliar, lo podemos decir de la erisipela, de los diviesos y sobre todo de la urticaria que con frecuencia se presenta en el período de la descamacion. En fin, todos los autores señalan la complicacion de las calenturas eruptivas con la escarlata, asi se ve esta y la viruela; la misma y el sarampion. Esta coexistencia, rara en verdad, de dos calenturas eruptivas ha sido en 1847 estudiada por M. Willemin y espuesta en su tesis del mismo año. Asegura el citado médico que cuando la escarlata y la viruela se manifiestan al propio tiempo en un individuo, ó cuando habiendo recorrido ya la escarlata la mitad de su curso, sobreviene la viruela, los dos exantemas recorren regularmente sus estadios. Si el sarampion complica á la escarlata, entonces ambas erupciones continúan desarrollándose como si cada una existiese sola, sucediendo empero algunas veces que se modifican recíprocamente, resultando de tal modificacion que una y otra terminan mas pronto. Lo mas comun es, quizás, presentarse las dos calenturas eruptivas de una manera sucesiva, es decir primero una, despues otra: en cuya circunstancia cada cual ha de seguir su rumbo ordinario.

*Recidivas.*—Deben ser estas por lo menos tan raras en la escarlata como en el sarampion. J. Frank y otros médicos extranjeros, lo mismo que Rayer, Barthez y Rillet citan en sus obras casos auténticos de recidivas de escarlata. He observado del modo mas atento á la hija de uno de mis compañeros en la Facultad de medicina, y la he visto atacada dos veces de escarlata intensa, habiendo trascurrido dos años del primero al segundo ataque. Parece que algunas personas tienen inmensa predisposicion para contraerla; Jahn habla de una que padeció siete veces durante su vida, la verdadera escarlata, y Henrici de otra que la tuvo diez y siete.

*Anasarca consecutiva.*—Es el anasarca el accidente que con mas frecuencia se observa en la convalecencia de la escarlata. Sennert habia indicado vagamente esta hidropesia, que fue despues estudiada por Storch, Navier, Plenciz, etc., y por último dió, en Inglaterra sobre todo, ocasion á importantísimas investigaciones. El anasarca se declara de preferencia en los niños, cuando la estacion es fría y húmeda y aunque se desconozca muy á menudo su causa determinante no puede negarse que depende algunas veces de la impresion del aire frío. Manifestarse suele sobre el tercero ó cuarto septenario de la escarlata y casi nunca mas tarde.

Hallándose los enfermos en un estado satisfactorio, se ven de pronto acometidos de fatiga, malestar é insomnio; la cara palidece y se hincha, los párpados sobre todo se ponen tumefactos, al edema se estiende bien pronto á los pies, á las manos, al escroto, y por último á todo el cuerpo. Pueden formarse derrámenes serosos en las pleuras, y principalmente en el peritoneo; sucediendo en tales casos que la orina es muy escasa, disminuye su peso específico (Hamilton y Wood), sale teñida de un color rojo moreno, y contiene mayor ó menor cantidad de sangre, aunque en otras ocasiones es pálida y sin color. Si se calienta ó se mezcla con alguna cantidad de ácido nítrico, forma un coágulo mas ó menos abundante, producido por la albúmina. Esta alteracion de la secrecion de la orina no es un fenómeno constante. Si M. Legendre la ha hallado en los catorce individuos, cuyas orinas examinó (1); Guer-

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur quelques maladies de l'enfance*, p. 317.



sant y Blache la vieron faltar en la tercera parte de los niños hidrónicos que cuidaron (1). Los síntomas generales son diferentes, según que el anasarca afecta un curso agudo ó crónico: en el primer caso hay fiebre, cefalalgia, y el edema es persistente; y en el segundo, por el contrario, falta aquella, y la piel, casi fría, conserva largo tiempo la impresión del dedo. Sobrevienen también otros varios accidentes, así que muchos enfermos tienen vómitos y diarrea; pero en los más se presentan síntomas de los órganos torácicos, porque la bronquitis, la pleuresia, el hidrotórax, el edema de los pulmones, y principalmente la pulmonía, son complicaciones muy comunes en el anasarca consecutiva á la escarlatina. Por último, muchos individuos sucumben con rapidez en medio de un estado comatoso seguido de convulsiones. Después de haber presentado algunas alternativas de bien y mal, disminuye poco á poco el anasarca, y por fin desaparece: su duración en general es larga, observándose rara vez que continúe menos de dos ó tres semanas, y en ocasiones dos ó tres meses: un gran número de individuos sucumbe, y en la autopsia han presentado muchas las alteraciones que daremos á conocer más adelante como características de la enfermedad de Bright. Nótese también muchas lesiones accidentales, sobre todo en el tubo intestinal y en el pecho, por manera que los más de los anasarcados mueren de enteritis, pleuritis ó pulmonía.

Aun cuando sea siempre muy común el anasarca consecutiva de la escarlatina, su frecuencia varía en las diversas epidemias. En la que reinó en Edimburgo en 1835 y 1836 se observó en la séptima parte de casos poco más ó menos (Wood); pero Barthez y Rilliet la vieron en la quinta parte de sus enfermos. Lo mismo se declara después de las escarlatas muy benignas que de las muy malignas, siendo siempre más frecuente en los hospitales que en las casas particulares y entre los pobres que entre los ricos. Repetiremos que una de sus causas determinantes es la impresión del aire frío: no hay necesidad de prolongarse esta impresión para determinar el anasarca, pues basta por pasajera y fugaz que sea. Se cree que en tal caso obra el frío suprimiendo ó disminuyendo la exhalación cutánea. Puede, en verdad ser así, mas la hidropesía que nos ocupa guarda muchísima analogía con otras que más adelante estudiaremos, que proceden también de un enfriamiento brusco, ó al menos se desarrollan luego después de este, y con todo, su causa verdadera y orgánica consiste en una alteración de la sangre producida por escasez de albúmina, escasez que parece ser á veces primitiva y á veces consecutiva de una lesión renal: en el último caso, los riñones se apoderan del principio albuminoso, y por lo tanto la orina tratada por el ácido nítrico ó por el calor, ha de dar un precipitado en forma de copos. Estando los riñones sanos, la orina podrá ser pálida y anémica, pero no contendrá albúmina.

*Diagnóstico.*—La escarlatina se diferencia del sarampión, con el que puede confundirse: 1.º en los prodromos; 2.º en los caracteres de la erupción, y 3.º en el modo de efectuarse la descamación.

Los prodromos del sarampión se distinguen por los síntomas del catarro que se observan en las mucosas ocular, nasal y bronquial, síntomas que no se advierten en la escarlatina. En esta afección suele presentarse una angina muy intensa, mientras que tal fenómeno jamás se observa en el sarampión, y cuando

(1) *Dictionnaire de medecine en 50 volumes, art. SCARLATINE.*



existe, es muy poco graduado; nunca presenta la mucosa faríngea el color de escarlata, que se ve en la enfermedad de este nombre; y finalmente, son los prodromos de mas duracion en la primera que en la segunda. La erupcion es de un color de *escarlata* ó de *frambuesa* én la escarlata, y de un *rojo mucho mas oscuro* en el sarampion. Ademas, en este son muy irregulares el color, la estension y agudeza de la erupcion; mientras que en la forma escarlata, por el contrario, todo es regular, especialmente en la forma salpicada ó granulosa, que es con la que podria confundirse mas fácilmente el sarampion. Por último, el modo de descamacion varía esencialmente en ambas enfermedades, pues que en el sarampion es insensible, ó bien la epidermis se cae bajo la forma de unas hojas furfuráceas, al paso que en la escarlata forman estas unos largos colgajos ó grandes girones de muchas líneas de estension. En la forma anginosa, es con frecuencia el exantema parcial y de una duracion efémetera, de tal modo que puede pasar desapercibido, dando lugar á creer que hay una esquinancia ordinaria, ó una angina pultácea. En este error ha incurrido evidentemente Fothergill; porque en efecto, con facilidad se convence cualquiera de que la dolencia que él ha descrito con el nombre de dolor de garganta con úlceras, no era mas que una escarlata anginosa. No se cometerá una equivocacion semejante, si se tiene presente que los síntomas generales son mucho mas graves que en la angina simple, y la coloracion escarlata de las amígdalas, de la faringe y de la boca. Finalmente, un atento exámen de todo el cuerpo descubrirá algunas rubicundeces parciales, rubicundeces que existieron en todos los enfermos de Fothergill, pero cuyos verdaderos caracteres desconoció este autor, puesto que las consideró únicamente como erisipelatosas.

No parece que pudiera la escarlata ser confundida con las viruelas, porque no hay en estas en su principio chapas encarnadas, sino pequenitas manchas, en cuyo centro ya se nota una elevacion.

*Pronóstico.*—Sin razon alguna considera Sydenham la escarlata como una enfermedad benigna y que no puede llegar á ser fatal mas que por la impericia del médico. Débese decir por el contrario, con Darwin, que la gravedad de esta afeccion varia segun las epidemias, desde la inocencia de la picadura de una pulga (algunas veces no presenta fiebre), hasta el peligro grave de la peste, del cólera y de las viruelas confluentes. En igualdad de circunstancias, es mas grave la escarlata en la edad adulta y en la vejez, que en la juventud, siendo tambien el puerperio una circunstancia agravante. Cuando viene acompañada de hemorragias y accidentes nerviosos, suele tener una terminacion fatal. El anasarca que sucede á la escarlata, es mas grave que la enfermedad misma, especialmente cuando sigue un curso agudo. El pronóstico es funesto en razon de la alteracion de los riñones que se presenta casi siempre, y de las graves complicaciones que sobrevienen con frecuencia en los órganos del pecho.

*Etiología.*—Las observaciones hechas por Clarke, Heberden y J. Frank, prueban: 1.º que los niños de menos de diez años están mas espuestos á la escarlata; 2.º que hasta los veinte se desarrolla lo mismo en los individuos de uno y otro sexo, al paso que despues de esta edad es mas comun en las mujeres que en los hombres. El estado puerperal es en estas últimas una predisposicion para contraerla. Rilliet y Barthez creen que la escarlata ataca rara vez á los niños que padecen de tubérculos, y esta proposicion, bastante cierta, nos pa-

rece aplicable á los adultos. La escarlata aguda reina en todas las estaciones, pero principalmente en los equinoccios es esencialmente contagiosa, y esta funesta propiedad dura mas de un mes : asi debemos creerlo con MM. Blache y Guersant. Se dice que Stoll consiguió inocularla ; pero Petit-Radel lo ha intentado en vano. No ataca mas que una vez al mismo individuo, y son muy raros los casos de recidiva. Aunque esta enfermedad es muy frecuente puede, sin embargo decirse, que el número de individuos refractarios á ella es mas considerable que en las viruelas y el sarampion.

*Tratamiento.*—Cuando la escarlata es simple, puede abandonarse su curacion á la naturaleza. La dieta, la quietud en cama, los pediluvios, las bebidas acidulas atemperantes y una temperatura moderada, son los únicos medios que deben usarse, cuidando que el enfermo se halle medianamente abrigado. La sangría no tiene utilidad alguna, sino cuando es muy viva la reaccion, cuando el pulso es dilatado y duro ó amenaza una congestion activa en alguna víscera. Currie, Thomson, Bateman y algunos otros médicos ingleses, han recomendado mucho las lociones acidulas, las aspersiones frias y las afusiones generales. Por estos medios creen moderar el calor, disminuir la frecuencia del pulso, proporcionar el sueño, y escitar una traspiracion saludable ; pero la esperiencia no se ha declarado aun en favor de este procedimiento, cuyo uso no puede hacerse sin esposicion. La intensidad y violencia de la angina hará algunas veces necesaria la aplicacion de sanguijuelas á las partes laterales del cuello. Los médicos ingleses administran en este caso los purgantes. Si por la debilidad del enfermo no se pudiesen hacer evacuaciones sanguíneas, y si por otra parte alguna complicacion abdominal impide el uso de los purgantes, podrá combatirse la angina con los revulsivos cutáneos, especialmente con un vejigatorio á la nuca. Pueden ser útiles los gargarismos emolientes, cuando no haya mucha hinchazon ; y aun al fin de la dolencia podrá añadirse una pequeña cantidad de acetato de plomo (agua, cuatro onzas ; alcohol, cuatro dracmas ; vinagre, dos ; acetato de plomo, diez granos). Si la angina llegara á hacerse grangrenosa, deberá recurrirse á los gargarismos hechos con un cocimiento de quina, añadiéndole alcohol alcanforado ó bien una cuarta parte de disolucion de cloruro de óxido de sodio, de alumbre ó de ácido clorhídrico, medios todos que es necesario combinar con un tratamiento tónico general. Algunos médicos han preconizado el cloro á la dosis de dos dracmas, á título de específico, y otros el emético á dosis vomitivas, cada veinte y cuatro horas ; pero no hay hecho alguno que acredite la utilidad del cloro. En cuanto á los vomitivos, solo convienen en los casos de complicacion sabural, ó cuando existan mucosidades ó falsas membranas en la garganta ; entonces los esfuerzos que el vómito ocasiona, arrastran fácilmente las materias que obstruyen la faringe.

Quando la escarlata es maligna, y sobre todo en la forma nerviosa, tiene que limitarse el médico á medios casi siempre ineficaces. Los revulsivos cutáneos, tales como los vejigatorios, los baños tibios, el carbonato de amoniaco, alabado en América (de 1 á 4 dracmas en una pocion), los purgantes, los eméticos, los ácidos, los tónicos, los antiespasmódicos, principalmente el alcanfor y el almizcle, nunca ejercen la menor accion. Lo mismo puede decirse poco mas ó menos de las afusiones hechas, arrojando sobre los enfermos cinco ó seis cubos de agua muy fria. Esta práctica, preconizada por Currie, tiene por efecto



inmediato disminuir mucho el calor morbífico. Se la ha supuesto útil, cuando la piel se presenta ardiente y seca, el pulso frecuente, y hay además un violento delirio. Sin embargo, hasta el presente no se ha puesto fuera de duda la utilidad de esta medicación, que, considerada *á priori*, es irracional, y cuyo uso no puede justificarse, sino por la gravedad de la dolencia, y cuando por lo desesperado del caso se aplica el axioma: *melius anceps remedium quam nullum*. Por otra parte reúne á su favor los elogios (además de los de Currie) de Gregory, Bateman, Nasse y muchísimos otros médicos, sobre manera distinguidos, tanto de Alemania como de Inglaterra. Nadie se ha atrevido todavía en Francia á poner en práctica el método de Currie, del cual se declara muy partidario M. Schedel, que lo ha visto practicar en el famoso establecimiento de Gräfenberg, segun consta en su obra de *Hydrothérapie*. Nasse y otros médicos se limitan á ordenar lociones frías de agua con vinagre. Lo que importa saber es que el agua fría, aplíquese por el método que se quiera, produce una calma muy pasajera en los mas de los casos, en términos que para ver á los enfermos definitivamente tranquilos, hay necesidad de repetir una ó muchas veces la medicación.

Durante la convalecencia, y aun muchas semanas despues de la curación completa, es menester preservar al enfermo del frío, y observar cierto régimen. Si á pesar de todos los cuidados de que se le rodea, sobreviene el anasarca, será preciso, si la fiebre continúa, recurrir á una ó muchas emisiones sanguíneas, cuando por otra parte lo permite el estado del pulso. Rayer ha conseguido buenos resultados con la aplicación de sanguijuelas y ventosas á las regiones renales. Los baños tibios suelen tambien ser útiles. Debemos por el contrario abstenernos del uso de los diuréticos enérgicos, cuyos peligros demostraron hace ya mas de un siglo los médicos florentinos. En la forma apirética del anasarca se escitará la traspiración cutánea con los sudoríficos y baños de vapor; se harán fricciones calientes, aromáticas y tónicas; se darán algunos purgantes, y si el sugeto estuviere débil y anémico, se prescribirán la quinina y los preparados de hierro.

*Profilaxia*.—Como no se sabe la época fija en que la escarlata pierde el carácter contagioso, es prudente no ponerse en frecuentes relaciones con los individuos que la han padecido, hasta el tercer septenario. Se han recomendado una multitud de remedios, como dotados de una virtud profiláctica contra esta enfermedad: tales son los purgantes, los exutorios, los calomelanos, los ácidos al interior y en lociones, la genciana, la brea, etc.; pero estas sustancias no tienen la virtud que se les atribuye. Hace algunos años que los médicos alemanes han ensalzado mucho á la belladona y aconsejado disolver dos granos de extracto en una onza de agua de canela, y dar todos los días á los niños de dos á cuatro gotas durante la epidemia. Otros prefieren la tintura etérea, que se usa á la dosis de seis á diez gotas por día, en los niños de ocho á diez años. Pero todavía no ha confirmado la esperiencia suficientemente esta propiedad de la belladona, aunque por otra parte no hay inconveniente alguno en usarla cuando la escarlata reina epidémicamente en un colegio ó en una población. Se lee en el tomo II de la *Bibliothèque de thérapeutique* de M. Bayle que de 2,027 personas que usaron profilácticamente el medicamento de que tratamos, se libraron de la influencia epidémica 1,948. Infinitos médicos extranjeros especialmente Zeuch, Schenk, Berndt, Kähler y Duttersberg refieren maravillas. El último de los que acabamos de citar ha tenido ocasion de experimentar la eficacia de la belladona en



tres epidemias sucesivas : para comunicar á sus esperimentos importancia y utilidad y obtener de ellos resultados terminantes, dejaba en cada familia á algun niño sin propinarle el remedio y esa pobre criatura era exclusivamente atacada de escarlata. Acontecia algunas veces que se declaraba el mial en individuos que no habian tomado la belladona sino durante cuatro ó cinco dias, pero era entonces muy ligero, muy benigno. Los médicos franceses han observado recientemente felicísimos efectos preservativos de la administracion de la belladona: nos contentaremos con citar á Guersant y Delens en Paris, al doctor Godelle en Soissons y al doctor Stévenard en Valenciennes, quien hizo tomar el medicamento á 400 personas, ninguna de las cuales esperimentó novedad en su salud, mientras que la escarlata atacaba á los habitantes de la misma poblacion que no habian hecho uso del preservativo, y claro está que todos los que se hallan en un mismo punto, viven bajo la influencia de condiciones idénticas. No puede al parecer dudarse de la virtud preservativa de la belladona: son numerosos los hechos en que se apoya.

#### DEL SUDOR MILIAR.

SINONIMIA. *Miliaris sudatoria*; sudor de los Picardos, calentura sudatoria.

El sudor miliar es una calentura eruptiva que reina casi siempre epidémicamente, cuyo principal síntoma son unos sudores muy abundantes, acompañados con frecuencia de una erupcion miliar y de dolor en el epigastrio.

*Historia.*—Nada acredita que Hipócrates y sus sucesores, hasta mediados del siglo XVII, conociesen esta afección: y aun dudamos que pueda referirse al sudor miliar la terrible enfermedad conocida con el nombre de peste ó sudor inglés, que por espacio de cuarenta años, á contar desde 1486, ocasionó los mayores estragos en una parte de la Europa. Por lo que hace al sudor miliar, de que voy á ocuparme, no existe aun en la ciencia un hecho que demuestre haber reinado epidémicamente antes del año 1713 ó 1718. Limitado en un principio á la Picardía, se extendió despues á los paises vecinos, y ocupó sucesivamente los departamentos del Sena, de Seine-et-Oise, de la Loire-inferior, Euro, de Seine-et-Marne; tambien dominó l'Allier, el Bajo-Rhin, el Puy-de-Dome, el Aube, el Alto Garona, el Ródano, la Dordoña, etc.; notándose su reproduccion todos los años en algunos de estos puntos. Una de las epidemias mas notables fue la de 1821, que se manifestó en el departamento de Oise. Rayer nos ha dejado una buena relacion de ella. Puede leerse con grande interés en la *Gazette* de 1839 la historia de una epidemia pequeña observada por MM. Barthez, Guéneau de Mussy y Landouzy: el tomo X de las *Mémoires de l'Academie de médecine* contiene la completa relacion de la última epidemia (1841) en el departamento de la Dordoña, por el doctor Parrot. Finalmente, el sudor miliar que en 1845 reinó en Poitiers y sus alrededores, ha dado origen á muchos escritos de grande mérito, siendo entre ellos muy notables las Memorias de M. Loreau y de M. Gaillard y la preciosa relacion publicada por M. Orillard en el undécimo *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*.

*Anatomía patológica.*—Las investigaciones anatómicas sobre este punto, son hasta ahora muy incompletas. Algunos dicen que la mucosa del estómago se halla frecuentemente de un color rojo, el cerebro inyectado, y los ventrículos

llenos de serosidad. Otros hay que hablan de una erupcion vesiculosa que han visto en el intestino; pero en estas últimas epidemias no se ha encontrado lesion alguna particular, si se esceptúa un desarrollo muy infrecuente del hígado sin alteracion en su estructura y un considerable aumento del volúmen del bazo que en tales casos se halla reblandecido y difluente. Son estas lesiones las únicas que mas comunmente observó M. Parrot en la epidemia de la Dordoña. La sangre al salir de las venas, tiene casi un color rojo de cereza, se coagula con notable lentitud y aun el coágulo resulta blando, á menudo difluente y jamás hay costra flogística. Tales caracteres han sido reconocidos por dicho M. Parrot en el sudor miliar de Périgueux: yo les vi tambien en Poitiers durante la epidemia mortífera de 1845 que por órden del gobierno habia ido á estudiar.

*Síntomas y curso.*—Va casi siempre precedido el sudor miliar, desde algunos dias antes de presentarse, de cierto malestar, laxitud y anorexia, con ó sin vómitos y diarrea, y otras veces se manifiesta sin ninguno de estos preludios; de manera que se acuestan buenos los enfermos y se encuentran durante la noche inundados de sudor. Estos sudores son los que constituyen el síntoma principal de la enfermedad, presentándose desde el principio. Coinciden con un malestar considerable, con cefalalgia supra-orbitaria, y una constriccion dolorosa en el epigastrio, como si un peso enorme se ópusiese á la dilatacion del tórax. Los sudores se van aumentando mas y mas, empapando vestidos, cubiertas y hasta la cama de los enfermos; se ha dicho que exhalan un olor fétido, mefítico, parecido al de la paja podrida, pero nunca he podido percibir tal olor en Poitiers. Entónces se halla por lo comun inyectada la cara; es la sed muy viva; la lengua blanca; la orina es rara y encendida; muchas veces hay disuria, y casi siempre constipacion; el pulso es muy frecuente y dilatado, aunque sin embargo, en algunos enfermos, es algo mas moderada la reaccion febril. En general se notan 80 pulsaciones, mas la reaccion febril es intensa en algunos enfermos, cuyo pulso llega á dar 120. Estos síntomas persisten por tres ó cuatro dias, exacerbándose dos ó tres veces cada uno, pero sin presentar regularidad. Hácia el tercero ó cuarto, y frecuentemente en medio de un paroxismo, se quejan los enfermos de una comezon violenta en todo el cuerpo, ó bien de una picazon y adormecimientos parciales, sensaciones que coinciden comunmente con la aparicion del exantema miliar. Este consiste algunas veces en una multitud de pintas rojas, redondas, prominentes en su centro á causa de una pequeña vesícula que apenas se percibe á simple vista, pero que se distingue perfectamente al tacto, esta es la *miliaria roja*. Otras veces son las vesículas muy trasparentes y sin areola, asemejándose mucho al *sudamina* que hemos observado en la calentura tifoidea y en la escarlata, cuya variedad ha tomado el nombre de *miliaria blanca*. Es muy abundante la erupcion, con especialidad sobre el tórax; pudiendo ser tal su confluencia que con trabajo se alcance á percibir el intersticio que aparta cada una de las vesículas. Pero no tarda mucho en aumentarse el sudor, advirtiéndose en los síntomas una notable remision. Muy raro es que no se presente mas que una erupcion; pues las mas veces ocurren dos ó tres y aun mas, guardando un intervalo de doce á veinte y cuatro horas, y apareciendo en medio de un nuevo paroxismo. En el intervalo de cada erupcion disminuyen los síntomas generales y la ansiedad, cesando algunas veces la calentura; y en cuanto á las vesículas, unas se rompen y otras se aplanan, apareciendo por lo comun el lí-



quido que se derrama, turbio y opaco antes de su resolucion. En este período que puede llamarse de *erupcion*, sobrevienen casi siempre la constipacion, la anorexia, etc., apareciendo el vientre flexible é indolente. Del sexto al décimo dia, se aplastan las vesículas ó se rompen, sobreviniendo una descamacion furfurácea. Entonces desaparece la ansiedad, vuelve el sueño y el apetito, se restablecen las escreciones alvinas y se recobran por último con mas ó menos prontitud las antiguas fuerzas.

Tal es el curso del sudor miliar, que puede llamarse *benigno*. Empero la enfermedad puede tomar un carácter mas grave, y entonces tiene lugar el sudor *maligno*. En tal caso, sobrevienen accidentes nerviosos, como delirio, coma, convulsiones, contracturas, saltos de tendones y síncope, quejándose los enfermos especialmente de epigastralgia ó de una especie de constriccion torácica, que amaga á sofocarlos. A estos síntomas se agregan una extrema ansiedad, mucha frecuencia del pulso, alteracion del semblante, y por último sobreviene la muerte.

Se ha hablado de dos circunstancias muy singulares: consiste la una en faltar la erupcion, lo que no me parece todavía bien probado: consiste la otra en faltar los sudores, y entonces ó la piel está seca, ó no presenta sino un ligero mador. La falta de los sudores se ha observado quizá mas en los casos benignos que en los graves ó malignos.

*Duracion.*—Sobre manera variable es la duracion del sudor miliar: algunas veces este mal recorre los períodos con tal velocidad, que los enfermos á los tres ó cuatro dias de haber sido invadidos entran en satisfactoria convalecencia: en otras ocasiones los accidentes se prolongan por espacio de dos septenarios. La duracion media es de siete á ocho dias para los casos benignos; de catorce á diez y seis para los graves que no terminan por la muerte. Esta se verifica generalmente del tercero al cuarto dia; algunos enfermos, sin embargo, no sucumben hasta el duodécimo ó el décimocuarto. Hay casos fulminantes en los que la terminacion fatal se cumple á las cuarenta y ocho, veinte y cuatro, doce, seis ó tres horas. M. Parrot los ha visto en la epidemia de Perigueux.

*Convalecencia.*—En el sudor miliar se observa una convalecencia casi siempre larga y fatigosa, en términos que los convalecientes todos pasan mucho tiempo sumidos en la debilidad y anemia, estando por lo tanto flacos y quejándose de vértigos y de falta de sueño. Entre ellos recaen algunos, siendo los síntomas de su recaída, malestar, calentura ligera, sudor algo copioso, ó simple mador y erupcion miliar parcial. Estos síntomas duran breve tiempo en el mayor número de casos y carecen completamente de peligro.

*Diagnóstico.*—El sudor de los Picardos no puede confundirse con ninguna otra afeccion, pues que la constriccion epigástrica, los sudores escesivos y la erupcion miliar, lo caracterizan bastantemente y lo diferencian de todas las restantes. Se ha asegurado que podia en algunos casos faltar la erupcion; pero la verdad es que no se ha demostrado este hecho segun he dicho hace poco. Podria únicamente confundirse con el sarampion ó la escarlata: se distingue muy pronto del primero por la falta de coriza y catarro bronquial; tambien de la segunda por no presentarse ni angina, ni coloracion de las membranas mucosas de la boca y faringe, ni aquel matiz característico en los tegumentos. No me detendré á investigar en qué se diferencia el sudor miliar de la calentura del mis-



mo nombre, enfermedad de que tanto se ha hablado por los médicos de mediados del siglo anterior; porque se ha probado actualmente que bajo esta denominacion se confundieron todas las enfermedades agudas y aun las crónicas, cualesquiera que fuesen, en cuyo curso se manifestaba una erupcion de *sudamina*. Siempre fue buscada con grande esmero la erupcion miliar por nuestros antepasados, y cuando descubrian su existencia, formaban de ella el síntoma esencial y predominante, cuando en realidad no era otra cosa que un epifenómeno de escasa importancia. Establezco, pues, que no existe la calentura miliar, tal como la entendian los médicos en otros tiempos. Para convencerse de la verdad que establezco, se puede leer el tratado de Gastellier.

*Pronóstico.*—Varía mucho este segun las epidemias y segun que la enfermedad afecta la forma maligna ó benigna; téngase siempre presente que el sudor miliar constituye un mal muy pérfido, muy insidioso: desde que estemos convencidos de su existencia, tengamos infinita y continua vigilancia, sin pronosticar ligeramente, aunque el caso nos parezca muy benigno, porque tanto en Perigueux como en Poitiers morian en pocas horas enfermos, cuyo estado no podia haber inspirado la menor inquietud. La frecuencia del pulso, la sequedad de la piel, el aplastamiento de la erupcion, los presentimientos siniestros son siempre pésimas señales. Cuando los accesos de constriccion torácica son duraderos y se repiten á cortos intervalos, cuando hay delirio, síncope ó convulsiones, el pronóstico ha de ser funestísimo, pues dichos síntomas señalan una muerte cercana. En muchas epidemias la vigorosa constitucion de los enfermos era temible circunstancia. Por lo que toca al sexo, se nota grande diferencia: epidemias ha habido en que el masculino tuvo mas víctimas, al paso que en otras ha sucedido lo contrario. Lo mismo pudiera decirse de la edad. Por fin, si en las circunstancias ordinarias no causa la muerte mas que á la vigésimaquinta parte de los atacados, bien se lleva en otras la sesta y aun la quinta, como sucedió en la epidemia de Poitiers.

*Etiología.*—Nada se sabe acerca de la causa que produce las epidemias del sudor miliar, si bien hay sospechas de que favorecen su desarrollo los lugares húmedos y sombríos. Ninguna edad está libre de esta dolencia, si bien se observa mas á menudo en los adultos. Así parece, aunque nada fijo puede establecerse, como acabo de decir: en algunas epidemias no ataca á los niños: esto lo observé en Poitiers: tambien lo observó en Perigueux M. Parrot. A veces no contraen el sudor miliar sino los pobres, otras al contrario únicamente los ricos y los bien acomodados: lo último se veia en Poitiers. Es imposible encontrar en las condiciones meteorológicas la causa del mal, porque este se declara en localidades sumamente diversas y bajo la influencia de estados meteorológicos opuestos. Es preciso confesarlo: ignoramos su causa.

Se ha dicho que el sudor miliar era tan contagioso como el sarampion y la escarlata, pero todavía no se ha probado. Puede padecerlo muchas veces la misma persona con intervalos de meses ó de años.

*Tratamiento.*—Decia yo en la primera edicion de esta obra que teniendo en consideracion las muchas historias de epidemias de sudor miliar que habia consultado, juzgaba que rara vez debia estar indicada la sangría general, siendo al contrario frecuentemente nociva: la observacion de la epidemia de Poitiers ha justificado mi juicio. Las sangrias generales no pueden ser provechosas, sino en

algun caso escepcional en que se note el pulso dilatado y duro: las sangrías locales en la base del cráneo sobre todo, son con frecuencia muy útiles contra la cefalalgia. La constricción torácica y la opresion constituyen los dos síntomas que dan al médico mas cuidado: los medios que mejor los combaten son los revulsivos (sinapismos y vejigatorios) aplicados en los extremos inferiores. Indica M. Gaillard como cosa eficazísima para calmar la opresion, las fricciones de trementina mezclada con amoniaco: tambien se obtienen buenos resultados de la administracion de la hipecacuana ó de un emeto-catártico: este último probó muy bien en la epidemia de Poitiers, durante la cual no se lograron buenos efectos del opio ni de ningun anti-espasmódico que especialmente al principio se ordenaban de preferencia, atendiendo á la naturaleza nerviosa de los accidentes. El emético, sin embargo, no debe ser de un uso tan general como los evacuantes intestinales, porque existiendo constantemente la restriccion de vientre en el sudor miliar, claro está que la medicacion purgante conviene á casi todos los enfermos y la consideramos preferible á las lavativas catárticas. El momento mas oportuno para tomar tales medicamentos es aquel en que acaba de completarse la erupcion. Somos partidarios del método evacuante, segun se deduce de lo que decimos, y nos place añadir que cada dia recibe nuevos elogios de los médicos que han tratado los enfermos de las mas recientes epidemias. Asi el doctor Foucart proclama las virtudes de la hipecacuana administrada en todas las formas y en todos los períodos del sudor miliar. Llega á entusiasmarse hasta un grado tan alto, que opina ser la raiz del Brasil un verdadero específico de aquella enfermedad, porque habiendo tratado con dicho medicamento en 1849 á 1,000 enfermos, no perdió ninguno (1). Me parece infundada su opinion, pues la preciosa raiz de hipecacuana que tan eficaz ha sido en una epidemia, podrá no serlo en otra. Tenemos aquí la historia de todas las medicaciones exclusivas.

En el curso de sudores miliares graves hay frecuente necesidad de apelar á los medicamentos tónicos y estimulantes, porque las fuerzas disminuyen, el calor se estingue, la erupcion palidece y se hunde.

En otras ocasiones el curso del mal es remitente y adquiere el carácter pernicioso, como lo ha notado sabiamente M. Parrot. Se hace entonces muy urgente impedir ese curso fatal, haciendo abortar la enfermedad al cuarto ó quinto dia á beneficio de la administracion del sulfato de quinina á la dosis de uno ó dos escrúpulos. Adviértase, empero, que semejante método tan elogiado por el médico de Perigueux, no es aplicable á todos los casos y mucho menos á todas las epidemias: bien sabido es que ningun resultado satisfactorio produjo en Poitiers.

Todos los enfermos beberán alguna tisana dulce y atemperante que esté tibia ó al menos á la temperatura del aposento, guardarán dieta y cama: no se abrumará con pesados cobertores, que á otros incóvenientes reunen el de escitar el sudor. Se les cambiará la ropa y aun la cama cuantas veces sea este cambio necesario, empleando todas las precauciones conocidas para evitar el enfriamiento: se renovará con frecuencia el aire de las habitaciones. Me consta que la gente lugareña se opone á las medidas que aconsejo: no es estrano. Medicos hay que consideran necesarios tanto el sudor como el exantema, creyén-

1) *Memoires de l'Academie*, tom. XVII. *Rapport de M. J. Guérin*.



dolos críticos; sobrecargan pues á los enfermos de ropa, les tapien (si se me permite la espresion), en sus camas rodeadas completamente de espesas colgaduras, y les administran líquidos aromáticos calientes y todos los escitantes difusibles: es la práctica mas desatinada que pueda imaginarse. Con inmensa valentía la ha impugnado M. Loreau en estos últimos tiempos: este médico, á imitación de Fouquet y Pujol, considera peligrosa la erupcion y trata de prevenirla; para lograrlo aconseja, con Pujol, mudar la ropa de los enfermos al momento que está mojada y ventilar el cuarto: añade acto continuo lociones en todo el cuerpo con líquidos aromáticos ó estimulantes, v. gr. agua de alhuzema, aguardiente alcanforado, amoniaco líquido, por supuesto muy debilitado, é insiste por lo que respecta al plan interior, en la administracion de purgantes. El método que acabo de esponer y que seria un error calificarlo de poco racional, vale la pena de ser experimentado.

En resúmen, es imposible establecer para el sudor miliar un tratamiento uniforme: casos hay tan benignos y ligeros que no exigen mas que el reposo y algun cuidado higiénico: los hay graves que reclaman medios enérgicos: al médico corresponde arreglar estos, ya variándolos, ya combinándolos segun se presente la enfermedad, y segun sea la índole de los síntomas predominantes.

#### CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA NATURALEZA DE LAS CALENTURAS ERUPTIVAS.

El entendido Pinel desconoció la verdadera naturaleza de las calenturas eruptivas, cuando las incluyó en su nosografía entre las flegmasias cutáneas. Bien pronto tendremos ocasion de probar que la inflamacion de la piel no constituye sino un carácter accidental y puramente secundario, siendo imposible, como lo es en efecto, fijarla como punto de partida de la calentura y de los demás accidentes que se observan. En efecto, ¿cómo referir á una enfermedad de la piel, que todavía no existe, esos trastornos generales, á veces muy graves, que persisten por muchos dias y ofrecen tan distintos caracteres, segun la erupcion que ha de sobrevenir? ¿Cómo explicar la apirexia por la enfermedad *cutánea*, cuando vemos disminuir considerablemente el movimiento febril, y algunas veces cesar de todo punto desde el instante mismo en que se efectúa la erupcion? Pues esto es lo que se observa en casi todos los casos de viruelas. Añádase ademas que si los síntomas que se observan y la gravedad de la enfermedad eran dependientes de la lesion de los tegumentos, debió existir una relacion exacta entre la intensidad de los síntomas y la estension de las alteraciones; pero esto no sucede asi, ni con mucho, en todos los casos. En efecto, no es caso raro, sobre todo en tiempo de epidemia, el ver viruelas discretas terminar de una manera funesta, ni mas ni menos que ocurrir sarampiones y principalmente escarlatas mortales, cuya erupcion se circunscribe á una parte reducida de los tegumentos, teniendo sin embargo una muy efémera duracion. Finalmente, los casos bien diagnosticados de escarlata y aun de sarampion sin erupcion alguna, tan graves muchas veces que terminan por la muerte de los enfermos, indican claramente que la afeccion cutánea, que no hace en estas enfermedades mas que el papel de síntoma, si bien indispensable para conocer con seguridad la enfermedad, es de todo punto secundaria. La erupcion, con todo (y hablamos principalmente de la de la viruela),



cuando es muy intensa, puede determinar á su vez accidentes de reaccion, como los determinan todas las inflamaciones que sobrevienen con gran intensidad.

Estas flegmasias cutáneas, consecuencia de una causa general y probablemente de una infeccion de la sangre, difieren de las francas y primitivas en un sin número de caracteres, á saber: 1.º estas se manifiestan sucesiva ó simultáneamente sobre casi toda ó toda la periferia del cuerpo; 2.º es imposible producir las artificialmente, puesto que reconocen siempre una causa específica; 3.º los agentes terapéuticos, tales como los antiflogísticos y contra-estimulantes, que tienen una singular eficacia para moderar y combatir las inflamaciones ordinarias, la tienen muy escasa sobre las flegmasias sintomáticas de las calenturas eruptivas. En efecto, siguen una marcha invariable y tienen una duracion casi siempre semejante, terminando por último de una misma manera. Asi es que la viruela termina siempre por supuracion, y el sarampion y la escarlata lo hacen por descamacion.

Por lo que llevamos dicho, se ve claramente con cuanta razón hemos colocado las enfermedades eruptivas en la clase de las calenturas; porque, lo repetimos una y cien veces, aquellas no reconocen ninguna afeccion local primitiva. Las observaciones importantes que recientemente han hecho sobre las alteraciones de la sangre Andral y Gavarret justifican el acertado lugar que concedemos á las calenturas eruptivas en nuestro cuadro nosológico; en efecto, han demostrado estos observadores que la sangre presenta en las citadas enfermedades alteraciones que se encuentran en las otras pirexias; es decir, que no se nota en ellas aumento de fibrina como en las flegmasias, y que por lo general su cantidad se mantiene en un estado normal, disminuyéndose muy sensiblemente algunas veces, con especialidad en el período de la erupcion; y por último, que los glóbulos aumentan ó conservan su número normal. La sangre no presenta nunca costra, á menos que concorra alguna complicacion flegmática. No obstante; cuando la erupcion es muy confluyente en la viruela, y sobre todo cuando hay colecciones purulentas debajo de la piel ó en algun órgano, se suele encontrar una especie de costra en la superficie de los cuajarones. Empero entonces es aquella de naturaleza blanda, gelatinosa, y difiere mucho de la que se observa en los casos de flegmasias francas. Las mismas conclusiones se deducen de los estudios de MM. Becquerel y Rodier.

## TERCER GÉNERO DE CALENTURAS.

### CALENTURAS INTERMITENTES.

SINONIMIA.—Calentura de accesos;—de los pantanos;—periódica, etc.

*Definicion.*—Se da el nombre de *calentura intermitente* á una enfermedad febril cuyos síntomas cesan y se reproducen con cortos intervalos casi iguales, y entre los que existe una completa apirexia. Cada acceso de calentura intermitente se divide en tres tiempos, llamados *estadios* ó *períodos*, que se distinguen, ya por su orden numérico ó con la particular denominacion de período de *frio*, *calor* y *sudor*, fenómenos que suceden siempre cuando los accesos son

regulares segun el órden que van nombrados. El período de calma ó el espacio que separa los accesos entre sí, se llama *apirexia* ó *intermision*; los dias que separan los accesos *intercalares*, y los en que reaparecen *paroxísticos*. En fin, el tipo es el órden segun el cual los accesos vuelven, se corresponden y enlazan. Se admiten ademas muchas especies, y las principales son los tipos de *cuotidiana*, *terciana* y *cuartana*. En el primero los accesos tienen lugar todos los dias, y son semejantes entre sí en la duracion, violencia y principales síntomas que los acompañan. En el segundo se presentan cada dos dias, y por último, en el tercero lo hacen cada tres, separados por dos de completa apirexia.

Estos tres tipos ofrecen algunas variedades que han recibido diferentes nombres y que es importante conocer. Asi pues, se llama *doble cuotidiana* la calentura que presenta dos accesos todos los dias, y *doble terciana* aquella que tiene un acceso cada dia, pero con la circunstancia de que estos se correspondan en los pares (de segundo á cuarto) por su duracion é intensidad, sucediendo lo mismo con los impares (primero y tercero). En el tipo de *doble cuartana*, se observa el acceso dos dias seguidos, viniendo despues uno de apirexia. Estos accesos se enlazan de tal manera que el cuarto es igual al primero, el quinto al segundo, y asi sucesivamente; y en fin, la apirexia del sexto dia corresponde á la del tercero. Estas diversas variedades son casi las únicas que se encuentran en la práctica, y es muy importante conocer el valor de las voces con que se designan. Admiten los autores muchos otros tipos que han designado con los nombres de *terciana doble*, *cuartana doble* y *cuartana triple*. En el primero hay dos accesos cada dos dias en las veinte y cuatro horas; en el segundo dos accesos en un dia, despues de uno de apirexia, y por último en el tercero, dos accesos en el primero, séptimo y décimo dia, y apirexia en los intermedios. Se ha hablado tambien de una *triple terciana* y *cuartana*, en la primera de las cuales se presentan dos accesos, el primero y tercer dia, y uno solo el segundo y el cuarto, correspondiéndose de dos en dos. En la *triple cuartana*, viene un acceso todos los dias; pero se corresponden cada tres de duracion y violencia, es decir, que el cuarto es igual al primero, el quinto al segundo, etc. Por último, para concluir, diré que se admiten fiebres *quintana* ó *sestana*, *octana*, *mensual* y *anual*, etc., segun que los accesos vienen cada cinco seis ú ocho dias, todos los meses, todos los años, etc. Pero de todas estas variedades de tipos, el que se encuentra con mas frecuencia, es el de doble terciana, pues que los otros son bastante escepcionales, y muchos de ellos no existen.

*Historia.—Bibliografía.*—Las calenturas intermitentes han sido conocidas en todo tiempo, y ya se hace mencion de ellas en los libros de Hipócrates, ó que se le atribuyen. El primero que las describió metódicamente fue Celso, despues Galeno y algunos autores árabes. A contar desde los siglos XVI y XVII, estas enfermedades fueron estudiadas con gran cuidado por un crecido número de autores. No solo se habla de ellas en todos los tratados de piretologia y patologia interna, sino que han dado lugar á una multitud de disertaciones y monografías, entre las cuales se distinguen con especialidad las de Morton, Lancisi, Werlhof, F. Hoffmann, Senac, Strach y Philipps; tambien las obras de Nettle, Faure, Maillot y Bonnet. V. mas adelante para complemento de este estudio el artículo *Calenturas perniciosas*.



*Divisiones.*—Se han propuesto muchas divisiones importantes para el estudio de las calenturas intermitentes. Asi se las distingue en *simples*, *francas* ó *benignas*, y en *perniciosas*, en *manifiestas* y *ocultas*, en *esenciales* y *sintomáticas*, y en *regulares* é *irregulares*, espresiones cuyo valor daremos á conocer despues.

#### DE LA CALENTURA INTERMITENTE SIMPLE.

Llámase *simple* ó *benigna* la calentura intermitente cuando está caracterizada tan solo por los accesos febriles, y desprovista de toda complicacion ó accidente grave que pueda oscurecerla, y que por otra parte compromete muchas veces la vida.

*Anatomía patológica.*—La calentura intermitente no tiene, propiamente hablando, *asiento anatómico*; no presenta en el cadáver lesion alguna por la que pueda esplicarse los accidentes observados durante la vida. Sobreviene, sin embargo, una alteracion concomitante bastante comun, que falta muy rara vez.—Hablo del aumento del volúmen del bazo. Este órgano, que en el estado fisiológico no tiene, segun Assolant (1), mas que de tres pulgadas y diez líneas á cuatro pulgadas, puede adquirir dimensiones cuádruples y llegar á pesar hasta 16 ó 18 libras. Su tejido simplemente hiperemiado al principio y lleno de sangre, puede reducirse á una pulpa blanda, como sucede en las calenturas graves; pero esta alteracion no se encuentra mas que en las llamadas *perniciosas*. En la que actualmente nos ocupa, sobre todo cuando se prolonga, está el bazo mas bien hipertrofiado, su tejido va endureciéndose al paso que aumenta de volúmen, no llegando jamás á supurar, lo cual demuestra que la inflamacion es estraña á la produccion de esta dolencia.

Dos médicos militares MM. Leonard y Folley han participado en 1845 á la Academia de las Ciencias (sesion del 10 de noviembre) que habian examinado la sangre de los enfermos de calentura intermitente y que no hallaron cambio alguno en la proporcion de la fibrina, ni en la de los glóbulos, ni en la de las sustancias sólidas del suero. Unicamente cuando la calentura persiste largo tiempo ó ha experimentado el enfermo frecuentes recidivas, los diversos principios de la sangre disminuyen en su proporcion, siendo especialmente los glóbulos los disminuidos: en tales casos existe una alteracion que mas adelante estudiaremos en el artículo *Anemia*.

*Sintomas.*—En el mayor número de casos empiezan las calenturas intermitentes sin prodromos; siendo por el contrario muy comun observar en cada acceso algunos fenómenos precursores, tales como cefalalgia, ansiedad, bostezos y pandiculaciones, palidez, tendencia al sueño, etc. A estos síntomas, que por lo general son de corta duracion, sucede bien pronto el frio, que marca el primer período de la calentura.

*Primer estadio ó período de frio.*—El frio ó escalofrío que constituye el primer estadio de un acceso, varia mucho. Algunas veces los enfermos no perciben mas que una sensacion de frio parcial ó general de todo punto efémera; pero las mas veces el frio es mas intenso, constituyendo una horripilacion acompañada de cierta especie de estremecimiento de la piel con levantamiento

(1) *Recherches sur la rate.*



de sus bulbos (carne de gallina). Ultimamente el frio puede ser mas intenso aun, ocasionando el rechinamiento de los dientes y un temblor convulsivo de los miembros (este es el *rigor*). Por lo comun el frio adquiere esta intensidad progresivamente. Limitado al principio á una sola parte, las estremidades, la cara ó los lomos, se va despues irradiando á toda la superficie del cuerpo, no quedando circunscrito á un solo punto mas que cuando la calentura es anómala ó los accesos son poco intensos. En este primer período suelen presentarse algunos fenómenos particulares. Luego que comienza el frio, las partes mas lejanas del centro circulatorio, principalmente los dedos, la nariz y las orejas, se ponen frios, azulados ó lívidos. Todo el cuerpo parece disminuir de volúmen, en términos, que los anillos se salen de los dedos (J. Frank, Cullen). Si es muy intenso, toma la cara un color aplomado y la piel se cubre frecuentemente de unas manchas jaspeadas; los ojos se hunden y ponen huraños; lá cabeza parece doblada; los miembros se aproximan al tronco; la voz se altera, quebranta y pone temblorosa. Se queja el enfermo de dolores contusivos en los miembros, de tirantez en los lomos, de constriccion en el epigastrio, de un dolor en la region esplénica, opresion, palpitaciones y grande ansiedad, sintiendo en toda la superficie el picor y sensacion que anuncia un frio muy intenso. Comunmente el calor de la piel durante el frio parece que disminuye al tacto. En muchos casos se percibe, aplicando la mano, una temperatura normal ó poco mas elevada que de ordinario: por otra parte, segun resulta de los numerosos esperimentos que han hecho De Haen, Home y ha repetido en estos últimos tiempos Gavarret aplicando un termómetro á la axila, se nota una elevacion de temperatura de 1 á 4 grados sobre la normal (1). Es muy interesante el conocimiento de este fenómeno enteramente opuesto al resultado de esperimentos análogos verificados en otro tiempo por Borsieri. La piel está por lo comun seca y árida; el pulso frecuente y deprimido; la sed es intensa; muchas veces hay vómitos biliosos, y Senac dice haber observado varias veces hemoptisis, fácil es á la verdad de explicar por el retroceso ó sea direccion de la sangre hácia el interior; las orinas son poco abundantes y acuosas. La duracion del frio varia desde un cuarto de hora á cinco de estas: el término medio es una hora, y su intensidad y persistencia no están necesariamente en relacion con la gravedad del acceso. Este primer período puede faltar.

*Segundo estadio ó período de calor.*—El frio, despues de haber durado cierto tiempo, es decir, desde algunos minutos á muchas horas, se reemplaza por un calor mas ó menos intenso, que comienza por las estremidades y acaba por hacerse general. Respecto á su intensidad, presenta todos los grados comprendidos entre una ligera sensacion de calor y el calor mas ardiente. Los esperimentos hechos por M. Gavarret, prueban que si la temperatura en este período es muy alta, esta elevacion es engañosa, pues que no pasa apenas de la que existe en el período del frio, superándola únicamente en un grado. Por otra parte, en muchos casos esta sensacion viva de calor que el enfermo dice sentir, no puede tampoco, lo mismo que el frio, percibirse casi por el médico. Este calor, las mas veces es efecto de una perversion de la sensibilidad, mas bien que una sensacion real y positiva. Durante el período que nos ocupa, persisten

(2) *L'Expérience*, 1859.

la cefalalgia y la sed; la ansiedad y opresion cesan ó disminuyen; el pulso se dilata; la orina se pone roja, escasa y ardiente; la cara se inyecta; todo el cuerpo, que antes habia disminuido de volúmen, parece que se hincha, y por último, la piel, que al principio estaba seca, se humedece mas y mas. La duracion de este período varia de una á doce horas, siendo raro que se prolongue mas de cuatro. Tambien puede faltar este periodo; pero su falta se observa muchísimo menos que la del estadio de frio.

*Tercer estadio ó periodo de sudor.*—El sudor principia por la cabeza y pecho, y concluye estendiéndose á todo el cuerpo. Puede no ser mas que un ligero mador, ó bien muy abundante, manando de todas partes en términos de empapar las ropas y aun la misma cama. Luego que se presenta, empiezan á disminuir todos los síntomas é incomodidades; asi pues, la cefalalgia, la ansiedad, los dolores y la sed, desaparecen; el pulso pierde su frecuencia, adquiere blandura. Decíase en otro tiempo que las orinas encendidas y escasas, depositaban un sedimento latericio muy abundante, al paso que su superficie se cubria de una película adherente á las paredes del vaso que las contiene. Pero está bien demostrado que la orina presenta rara vez las cualidades que acabo de anifestar. Por otra parte, el poso al que los antiguos dieron grande importancia, está formado de ácido úrico y sobre-urates, no es especial de la intermitente, pues se observa idéntico en muchas otras enfermedades agudas febriles v. gr. el reumatismo articular, la pulmonía, etc. La duracion de este período del sudor, es con corta diferencia la misma que la de los antecedentes.

En una palabra, estos accesos no duran nunca menos de una hora, ni pasan de diez y ocho. Su duracion media es de cuatro á doce.

*Apirexia.*—Al acceso sucede un estado de apirexia, pero muy pocas veces ocurre que la salud sea perfecta en la intermision. Asi es que en la mayor parte de los enfermos se nota cierta especie de debilidad, falta de apetito, disminucion de fuerzas y palidez, cefalalgia, y digestiones difíciles; rara vez con todo, se presentan individuos que no esperimenten en los días intercalares malestar ninguno, apareciendo por el contrario en el mas perfecto estado de salud. Esto por otra parte no tiene lugar sino cuando la intermision es larga, como en las tercianas ó cuartanas, porque en las cuotidianas acontece que, durante la apirexia, padecen mas ó menos. La duracion de la intermision varia segun el tipo de la calentura: la vuelta del acceso tiene á veces lugar á la misma hora precisa, y á veces se adelanta ó se atrasa muchas horas. Hay, sin embargo, accesos tan próximos que se dan la mano hasta el punto de entrar el segundo antes de haber cesado el primero. Esta calentura toma el nombre de *sub in-trante*.

*Varietades.*—Se ha querido suponer, de un modo absoluto, que en las calenturas cuotidianas se presentan los accesos por la mañana temprano, en las tercianas de diez á doce del dia, y en las cuartanas de tres á cinco de la tarde. Empero Maillot ha demostrado que no hay regla fija en el particular; al contrario, la hora del dia en que entra el acceso (pues que casi todos sobrevienen de dia), lo mismo que su tipo, varian segun los individuos, las estaciones, los climas, y hasta las constituciones reinantes y las epidemias. Sin embargo, podemos establecer de un modo general, en virtud de la observacion hecha en mas de ciento sesenta mil calenturas intermitentes, acaecidas en diversos



países, que las cotidianas son mas comunes que las tercianas, y están en razon de nueve á uno, y que las cuartanas son tan raras, que apenas se cuentan dos ó tres entre ciento. Tambien opinamos, contra el parecer de Boudin, que no existe relacion alguna entre el tipo de la calentura y la intensidad del desprendimiento de la sustancia miasmática. En algunos casos, las calenturas intermitentes varian una y mas veces de tipo, durante su existencia; asi de tercianas se convierten en cuartanas y recíprocamente, etc. Si se comparan los accesos entre sí, se echa de ver que en ciertos casos se dejan conocer tanto mejor, al mismo tiempo que sus tres estadios se distinguen con tanta mayor exactitud, cuanto mas y mas se repite la fiebre. Otras veces, por el contrario, se va desgastando al paso que se reproduce; y entonces estos accesos disminuyen, no solo en su intensidad, sino en el número de sus estadios, pues ocurre algunas veces que dejan de aparecer uno y aun dos tambien. Entonces se dice que los accesos son incompletos.

Por lo general se presenta la calentura intermitente, ni mas ni menos que acabo de describirla; y Pinel cometió un error pretendiendo que no existia la calentura intermitente simple, es decir, que en su origen no hubiese sido ni inflamatoria, ni mucosa, ni biliosa, ni adinámica, ni atáxica. Empero estas son otras tantas complicaciones, que no se advierten mas que en casos escepcionales, y que imprimen á la enfermedad una fisonomía particular. Asi es que cuando la calentura intermitente se complica con un estado inflamatorio, el periodo del frio es mas corto, pero mas intenso. El segundo estadio, por el contrario, es mas largo, el calor mas intenso, y se presentan signos de congestion en la cabeza ó pecho; y la quina produce poco ó ningun efecto, si no se han evacuado de antemano los vasos á beneficio de la sangría. La calentura intermitente con complicacion inflamatoria, tiene por lo comun el tipo de la cotidiana simple ó doble, con tendencia á pasar á los tipos subcontinuo ó remitente: por último, los signos de plétora subsisten durante la apirexia. Esta complicacion es mas notable y comun en las personas jóvenes y robustas. Si la calentura intermitente se complica con un estado bilioso, fácil de conocerse por la boca amarga, las náuseas y el color amarillo de los tegumentos del rostro, se agrava por lo general este estado durante el acceso, y persiste en la apirexia, que muchas veces es incompleta entonces, y se acompaña de grande malestar. La quina no tiene eficacia, á no ser que se haya destruido de antemano la complicacion gástrica. La forma biliosa se observa frecuentemente en las calenturas intermitentes que reinan en la Bressa durante el estío y el otoño (Nepple). El estado mucoso puede tambien complicar las calenturas intermitentes; este se presenta principalmente en los sugetos débiles, que habitan en países bajos y húmedos; tales sugetos tienen la lengua blanca, pastosa la boca, el vientre perczoso, nulo el apetito y postradas las fuerzas. Por lo que hace á las formas adinámica y atáxica, se deben considerar como variedades de las calenturas perniciosas; de esto me ocuparé mas adelante.

*Duracion.*—Las calenturas intermitentes tienen una duracion bastante larga. Se observa que se prolongan tanto mas, cuanto mas separados son los accesos. Asi pues, las cotidianas son mas cortas que las tercianas, y estas que las cuartanas. Las de primavera son menos pertinaces que las de otoño; algunas ceden espontáneamente despues de cuatro ó cinco accesos, otras des-



pues de treinta ó cuarenta. No es raro ver accesos que se repiten sin interrupcion durante algunos meses, y aun muchos años; y en estos casos se presentan algunos accidentes consecutivos, tales como el *color amarillo de la piel*, el *infarto del bazo* y las *hidropesías*.

*Accidentes consecutivos*.—1.º En muchos individuos bastan tres ó cuatro accesos de calentura intermitente para que la piel adquiera un tinte amarillo particular y característico, imposible de describir. Este color, que no tiene relacion alguna con el de la ictericia, ni con el amarillo pajizo de la caquexia cancerosa, es mas notable en la cara, y depende siempre de un empobrecimiento de la sangre, que es mas serosa, menos abundante, y contiene muchos menos glóbulos, menos materia colorante, y á lo último tambien menos fibrina. En tales circunstancias se desarrollan los mas de los accidentes que describiremos despues en el artículo *Anemia*. Antes del descubrimiento de la quina, sucumbian multitud de enfermos á este estado de caquexia.

2.º El infarto del bazo es uno de los efectos mas ordinarios de las calenturas; pero no hay exactitud en decir que el órgano esplénico aumenta de volumen en todos los casos de las calenturas intermitentes, pues que en este punto existe un sin número de escepciones. El infarto del bazo parece mas frecuente en las tercianas y cuartanas que en las cotidianas. No se le diagnostica sino por la percusion cuando es poco considerable; pero en el mayor número de casos, da el tacto á conocer que el órgano traspasa el rebordo costal, y aun puede descender hasta el nivel del ombligo ó de la cresta iliaca, y levantar la pared abdominal (*placenta febrilis*). Piorry, que se ha ocupado recientemente de la exploracion del bazo en la calentura intermitente, ha notado que cerca de la mitad de los enfermos (82 entre 171) sentian un dolor ó pesadez en el hipocondrio izquierdo. No se manifiesta aquel muchas veces, sino en el primer período; y otras no se le despierta sino palpando ó percutiendo la region esplénica. En algunos casos se aumenta el volumen del hígado, pero siempre en un grado mucho menor que el del bazo.

3.º Pueden ser consecuencia de calenturas intermitentes prolongadas, algunas hidropesías. En ocasiones no hay mas que un ligero edema en los máléolos, ó alguna hinchazon en la mejilla; otras la hidropesía es general (anasarca), al mismo tiempo que se forma en el abdómen un derrame seroso, mas ó menos abundante.

4.º La cefalalgia es tambien un síntoma que puede persistir, incomodando mucho al enfermo durante la convalecencia. Si hemos de juzgar por la eficacia de la sangría en estos casos, es muy natural atribuir el dolor de cabeza á una congestion cerebral.

Estos diversos accidentes persisten por lo comun mas ó menos tiempo despues que ha cesado la calentura.

Ya he dicho que la intermitente puede curarse espontáneamente, y entonces va disminuyendo de un modo sucesivo su intensidad; sin embargo, en algunos casos puede cesar de repente, cuando la enfermedad muda de sitio, ó bien á consecuencia de una violenta impresion moral, dando lugar al desarrollo de cualquiera otra afeccion. Cuando, empero, el enfermo convalece de esta, la intermitente suele presentarse de nuevo.

*Recaidas*.—No hay enfermedad alguna cuyas recaidas sean mas frecuentes

que las que concurren en esta clase de calenturas. La esposicion al frio y á la humedad, las emociones morales vivas, los alimentos indigestos, la administracion intempestiva de los purgantes, son las causas mas comunes de estas recaidas, las cuales son mas frecuentes despues de las calenturas que se han curado á beneficio de los febrifugos, que en aquellas que lo hacen espontáneamente. Tambien son mas temibles en las que han durado mucho tiempo, y cuando la estacion es mas fria. Tienen fácilmente lugar en las personas debilitadas, caquéticas y mas ó menos anémicas. Ninguna circunstancia anuncia las recaidas. M. Vannoye, sin embargo, ha creido descubrir recientemente, examinando la conjuntiva palpebral, una señal muy fiel que anuncia la vuelta ó recaida de las calenturas intermitentes. Dice el médico citado que deprimiendo y volviendo el párpado inferior mientras el enfermo dirige la córnea hácia la bóveda orbitaria, en lugar de ver la conjuntiva de color encarnado mas ó menos vivo, se observa una raya pálida ó enteramente blanca y semicircular; es una especie de media luna cuyo borde cóncavo rodea la parte inferior de la esclerótica, y cuyos picos miran á los dos ángulos del ojo (1). La señal descrita existe en efecto, pero no tan solo en los individuos que han padecido calenturas intermitentes, sino que tambien en muchos anémicos, y no anuncia cercanas recaidas de dichas calenturas, como tampoco las anuncia ninguna de las demás señales de anemia. En general, las calenturas intermitentes guardan en sus recaidas el mismo tipo, y presentan los mismos fenómenos que en el primer ataque. Algunos autores, especialmente Strack, han avanzado á decir que cuando la calentura reincide, los nuevos accesos sobrevienen el mismo dia y á la misma hora que si se reprodujesen los antiguos sin interrupcion; pero este hecho está lejos de demostrarse: lejos de demostrarse está tambien la opinion de Werlhof, que admite, no solo dias, sino aun semanas *paroxísticas*, y asegura que la calentura terciaria produce la recaida, principalmente en la segunda semana, y la cuartana en la tercera.

Sin creer yo, como algunos médicos optuistas, que las calenturas intermitentes sean movimientos saludables de la naturaleza, no puede, sin embargo dudarse, que en algunos casos mejoran las constituciones débiles, y curan algunas enfermedades graves que han resistido hasta á los tratamientos mas enérgicos (epilepsia, locura, neuralgia, etc.). Sin embargo, estos hechos, que tienen á su favor la autoridad de Boerhaave, Hoffmann, Strack, Werlhof, etc., deben considerarse como muy raros y escepcionales, pues es mas comun, por lo contrario, ver estas calenturas, cuando duran mucho, alterar la constitucion general y agravar las enfermedades preexistentes. Se ha visto á la calentura intermitente atacar á las embarazadas y provocarlas el aborto ó el parto prematuro. Se dice que en estos casos, muchos niños son afectados de la misma calentura, teniendo lugar sus accesos á la misma hora que los de la madre. Por último, no es raro ver sucederse á estas calenturas enfermedades muy graves, como la tisis, el escorbuto y la diabetes. Sydenham ha descrito una especie de manía consecutiva á los accesos, sobre todo cuando son de tipo de cuartana. Pero estas observaciones no están confirmadas por otros autores. Senac no ha observado sino un caso análogo, y Baillarger no ha visto mas que dos. Por

(1) *Annales de la Société médicale de la Flandre orientale*, 1848.



otra parte, es muy probable que estos hechos no sean mas que una simple coincidencia.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la calentura intermitente regular (la única de que me ocupop por ahora), no presenta dificultad alguna: la sucesion de los tres períodos y la reaparicion periódica de los accesos, no permiten confundir esta enfermedad con alguna otra. En los niños de muy tierna edad puede el diagnóstico ofrecer algunas dificultades, pues los accesos son ordinariamente incompletos, y como por otra parte nada se puede preguntar á tales enfermos, ignoramos sus sensaciones; asi es que el estadio de frio pasa desapercibido sino siempre, casi siempre. Hay, en verdad, durante él inquietud y agitacion, y á veces en seguida accesos convulsivos. Observando á los niños con toda la atencion posible, se logra con frecuencia ver al principiar el acceso, que su rostro se pone pálido y ligéramente azules los labios y pulpejos de los dedos, al paso que sus facciones se alteran. No tarda en venir calor, se duermen los niños y el mador se establece. El sudor que subsigue es raramente copioso y muy á menudo nada mas que parcial, por manera que si la vigilancia falta, pasa desconocido. Las calenturas intermitentes de la infancia se repiten casi constantemente por accesos cotidianos con irregularidad en las horas de presentarse, y que suelen ser largos y mas ó menos subintrantes, por cuya razon le es en ocasiones muy difícil al médico asegurarse de la apirexia. Para conocer el carácter del mal, conviene visitar á los niños las mas veces posibles y hacerles cuidar por personas capaces de observarles. Importa muchísimo examinar debidamente su abdomen, porque en el mayor número de casos, pasados algunos accesos, la tumefaccion del bazo nos ilustrará para fijar el diagnóstico.

*Pronóstico.*—Las calenturas intermitentes de la primavera y las esporádicas son generalmente muy fáciles de curar, y recidivan menos que las de otoño y epidémicas. Las cuartanas son mas pertinaces que las tercianas y cotidianas. La infancia, la vejez, una constitucion débil y las afecciones crónicas de los órganos digestivos, son condiciones funestas. Los accesos, cuya intensidad se aumenta á medida que se reproducen, indican por lo comun que la calentura no tiene tendencia á la terminacion. En fin, los fenómenos consecutivos de que ya he hablado, constituyen siempre una circunstancia funesta, á causa de la lentitud con que desaparecen.

*Etiología.*—Son pocas las localidades en que no se presenta esta enfermedad, por lo menos esporádicamente. Dícese, sin embargo, que son desconocidas en las Indias Orientales (Bontius), en el cabo de Buena Esperanza, en Islandia, y en algunos puntos de la Suecia y de la Rusia. Algunos pretenden que una latitud geográfica considerable, diversa en los dos hemisferios, puede ser incompatible con la existencia endémica de las enfermedades producidas por efluvios pantanosos. Asi San Petersburgo á los 59 grados de latitud Norte y la isla Mauricio á 20 grados de latitud Sur, se ven á pesar de sus lagunas, libres (segun dicen), de calenturas intermitentes. Estas enfermedades no reinan de una manera epidémica, mas que en los sitios próximos á los pantanos, á los rios, estanques, y mas generalmente á todas las lagunas que existen en terrenos poco permeables, y que contienen materias vegetales en putrefaccion. Estos focos de infeccion, que existen en Francia, principalmente en la Bresa, Brenna y Soloña, aunque permanentes, no tienen la misma actividad en todas las estaciones. En



efecto, fácilmente se convence cualquiera, que las emanaciones pantanosas adquieren mayor actividad á fines del verano y durante el otoño; estaciones en que las aguas estancadas se evaporan, quedando solo la parte fangosa, siendo la putrefaccion mas activa por el contacto del aire y el calor del sol. Puede sentarse como regla general, que la actividad de estas emanaciones se aumenta á medida que se avanza del Norte al Mediodía. Se ha advertido que los pantanos situados á las orillas del mar son mas deletéreos que los formados por las aguas de la lluvia ó de los rios, probablemente á causa de la grande cantidad de materiales en putrefaccion que las altas mareas llevan á los primeros. Tambien se presentan estas calenturas en los terrenos bajos y húmedos, al lado de praderas artificiales, en calles desempedradas, llenas de inmundicias, no menos que en los terrenos incultos y húmedos que contienen restos de vegetales, como sucede en muchos lugares del Nuevo Mundo.

En todos estos casos se admite el desprendimiento de ciertos principios mas ó menos activos, llamados *esfluvios* (Lancisi), *miasmas*, *emanaciones*, *exhalaciones* que infectan el aire, haciéndole á propósito para producir las calenturas intermitentes. Pero hasta el día no se ha podido conocer ni aislar este principio deletéreo. Se ignora su naturaleza y modo de obrar, y todas las teorías que al efecto se han hecho son ridículas ó insuficientes. Sin embargo, no puede dejarse de admitir en el aire de dichos pantanos una causa específica. La humedad no ejerce ciertamente mas que un papel secundario, como lo prueba la salud de los mozos del muelle en París, que sin embargo de estar continuamente trabajando en el agua, son poco propensos á calenturas intermitentes (Parent-Duchatelet). El calor atmosférico no hace otra cosa, á nuestro juicio, que activar la putrefaccion de los materiales vegetales y la volatilizacion de los principios deletéreos. Yo no ignoro que Faure ha citado algunos hechos para probar que la calentura intermitente puede presentarse en paises secos, áridos, y solo bajo la influencia de una temperatura elevada; sin embargo, á fin de convencer mejor, deberia Faure haber fijado la atencion mas completamente que lo ha hecho en la topografía de las localidades de que habla, la naturaleza del terreno y los lugares circunvecinos. Como quiera que sea, estos hechos son casos escepcionales, y no autorizan de modo alguno para concluir que el calor es la causa principal y mas general de las calenturas intermitentes.

Puede decirse en general que los miasmas pantanosos son mas pesados que el aire, y que se acumulan en grande abundancia en los parajes bajos. Lancisi ha probado tambien que su actividad es mucho mayor despues de puesto el sol, porque entonces los vapores miasmáticos que el calor del día habia hecho rarefactos y tenido dispersos, se condensan y precipitan sobre la tierra.

La esfera de actividad de dichos esfluvios varía mucho, segun los climas, las topografías, el estado de calma ó agitacion del aire, su temperatura é higrometría. En los paises templados, y cuando la atmósfera está tranquila, se gradúa de 4 á 500 metros la altura á que pueden elevarse los miasmas, al paso que su propagacion en direccion horizontal no será mas que de 2 á 300. Pero en los paises cálidos es mucho mayor su esfera de actividad. Asi pues se ve en las Indias por ejemplo, que los buques separados 1,500 toesas del foco de la infeccion, pueden sufrir sus funestos efectos (Montfalcon).

Esta trasmision de los esfluvios por el aire esplica perfectamente algunas par-

ticularidades dignas de atencion , tales como la aparicion de las calenturas intermitentes en montañas elevadas y en sitios secos y salubres. Se ven tambien países vecinos á algun pantano que se hallan exentos de tales fiebres , porque un bosque ó colina intermedia evita completamente la trasmision de los miasmas, al paso que se presentan en sitios mas lejanos. En efecto, se observa en los países pantanosos que un barrio , ó una calle , siente la influencia de la infeccion, mientras que en sus alrededores se mantienen otros libres de ella, por causa de tal ó cual esposicion , de tal ó cual obstáculo que impide la propagacion de los miasmas.

La ciencia posee un sin número de observaciones hechas por Lancisi , Lind, Nepple y otros, que prueban cómo pueden las emanaciones pantanosas atacar á las personas que se esponen á su accion inmediata , acción que varia desde un leve malestar, de un acceso febril, hasta los accidentes mas graves y hasta una muerte fulminante. En general existe un período de incubacion variable desde un día á muchas semanas, pudiéndose valuar la duracion media de la incubacion pantanosa desde cinco á siete dias. La fiebre puede manifestarse entonces aun estando el individuo distante del foco de la infeccion. Parece, sin embargo, que el hábito desvirtúa la actividad de los efluvios en ciertos individuos; por lo menos esto es lo que resulta de las observaciones hechas por Lancisi , Lind y Maillot: tambien se asegura que ciertas razas son en varios países refractarias á la accion de los efluvios pantanosos. Léese en la *Revue des deux mondes* , número de marzo de 1843, que en la Florida donde hay puntos infectados de emanaciones pantanosas, es diezmada la raza blanca por las enfermedades hijas de esta circunstancia deletérea, mientras los negros resisten á las mismas influencias. Al contrario, todas las causas debilitantes, como los estravíos de régimen, las emociones morales y las enfermedades , son otras tantas circunstancias que vuelven á los individuos mas susceptibles á la accion miasmática, y que abrevian el período de incubacion. Es indudable que las calenturas intermitentes no son contagiosas.

*Tratamiento.*—Muchos médicos del último siglo y algunos del presente, fundándose en la autoridad de Galeno y de Boerhaave , han aconsejado que se deje seguir su curso por algun tiempo á las calenturas intermitentes que no amenazan la vida de los individuos. En efecto, pretendian que no se administrasen los febrifugos, sino despues del dia sétimo. Pero esta práctica no es nada racional, pues que se funda en una opinion harto errónea , que consiste en mirar la calentura como un movimiento depuratorio de la naturaleza, que ejerce una feliz influencia sobre la constitucion. Sin embargo, Torti, Werlhof, Strack, Lind, Senac, etc., han combatido el método de la espectacion, y han aconsejado por el contrario cortar la calentura lo mas pronto posible, porque la repeticion de cinco ó seis accesos no ocurre siempre sin graves inconvenientes, y porque se ha observado no pocas veces convertirse de repente una calentura benigna en una perniciosa. Asi, pues, suponiendo que sea simple la calentura intermitente, se tratará de cortar tan luego como haya seguridad de su existencia.

El tratamiento de las calenturas intermitentes comprende: 1.º los cuidados que deben prodigarse al enfermo durante el acceso; 2.º los remedios que deben prevenir la vuelta de este.

1.º *Tratamiento del acceso.*—Wilson Philips establece por principio en su



*Tratado de las calenturas intermitentes*, que en el tratamiento de los paroxismos se debe llevar el objeto de poner fin al estado presente, procurando que sobrevenga aquel que por lo comun le sucede. Asi que, en el período del frío se escitará el calor, y en el de este el sudor. Para conseguirlo en el primer caso, se envolverá al enfermo en lienzos calientes, y se le administrarán algunas tazas de una infusion aromática caliente: advirtiéndole que los purgantes, los vomitivos y las sangrías, que algunos autores han aconsejado, son dañosos en este período. Durante el calor se continúa el uso de las bebidas templadas; pero algun tanto acídulas: Lind aconseja además la administracion del opio. Este juicioso médico dice en efecto, que en el principio del calor el opio acorta la duracion del acceso, hace cesar la cefalalgia, el malestar y la agitacion, y provoca un sueño apacible, no menos que un sudor copioso. Cullen aconseja la misma práctica. En el último período tomará el enfermo bebidas templadas para no cortar con el uso de otras la exhalacion cutánea. Si el sudor es muy copioso, se mudará la ropa mojada con otra enjuta y caliente, y si el enfermo se siente débil, se le permitirá tomar algunas cucharadas de vino generoso. En varios casos es posible cortar bruscamente el acceso en su principio á beneficio de medios perturbadores, habiéndose logrado muchas veces con la aplicacion de diez ó doce grandes ventosas secas á lo largo de la columna vertebral; conforme al consejo de M. Gondret, lográndose tambien que en varias ocasiones el acceso que se hizo abortar no se repita mas, como yo mismo lo he visto muchas veces. Por lo demás, parece que las ventosas secas obrarán únicamente cual los medios perturbadores.

2.º *Tratamiento preventivo del acceso*.—Durante la apirexia pueden emplearse dos clases de medios: unos *directos*, que tienen por objeto impedir la repeticion del acceso, tales como los *febrífugos*; otros *indirectos*, que sirven para combatir algunos accidentes que pudieran contra-indicar el uso de los primeros.

4.º *Medios indirectos*.—Los principales son: la sangría, los vomitivos y los purgantes.

Está indicada la sangría en los casos de complicacion inflamatoria, cuando el período del calor es muy intenso y largo, y cuando se presentan síntomas de una viva congestion visceral, ya durante el acceso, ya durante la apirexia. Jamás se practicará la sangría en el período del frío; para hacerla se elegirá el de calor ó el de intermision. Como sucede con todos los remedios perturbadores, se ha visto la sangría suspender alguna vez el curso del acceso y curar la calentura.

Los vomitivos y los purgantes no serán administrados sino en caso de una complicacion biliosa, eligiendo siempre para propinarlos el momento de la apirexia, por ser el mas distante de los dos accesos: se ha recomendado hacer uso con preferencia de los purgantes amargos, tales como el ruibarbo, ó las sales de magnesia, en lo que no advierto ninguna ventaja.

2.º *Medios directos ó febrífugos*.—La quina es el febrífugo por excelencia, siendo preferible siempre entre todas sus preparaciones el sulfato de quinina. Se administra esta sal (á la dosis de 10, 20, ó 30 granos al dia), en polvo, píldoras ó jarabe. La solucion es preferible, porque con ella se absorve fácil y prontamente la sal y todavía mas fácil y prontamente si añadimos al medica-



mento alguna gota de ácido sulfúrico que convierta el sulfato de quinina en bisulfato muy soluble. Igual adición conviene cuando se emplea esta sal en píldoras ó en lavativas.

No habiendo contraindicación poderosa, se administra el sulfato de quinina casi siempre por la boca. Si se ordena en lavativa, no cabe duda que el medicamento es absorbido en el intestino recto con más prontitud que en el estómago, pero, según M. Briguet, es muy en breve eliminado. Se pone también en práctica el método endérmico para introducir en la economía el antiperiódico. Hemos experimentado, y con nosotros Chomel, esta última especie de administración, y estamos convencidos de que la sal de quinina aplicada dos horas antes del acceso, puede impedirlo completamente, mientras que dada por la boca se hace esperar por mucho tiempo su resultado. Es de advertir sin embargo que el sulfato de quinina aplicado á la piel desnuda trae el inconveniente de determinar muchas veces escaras y úlceras dolorosas, cuya curación tarda mucho; de suerte que en la calentura intermitente simple y que no compromete la vida del enfermo, conviene limitarse á administrar el febrífugo por la boca.

Propinado el sulfato de quinina durante el acceso, ó un poco antes, como quería Torti, no lo modifica, pero alcanza á moderar ó impedir el siguiente. Conviene pues administrar el febrífugo *durante la apirexia*; y bien se haga de una vez, según Torti lo hacia, ó en cortas y varias porciones, según lo enseña Sydenham, importa mucho, si es que se desea prevenir el acceso con seguridad, *que el medicamento sea tomado con doce ó diez y seis horas de antelación (por lo menos) á la probable invasión de la calentura*. Ningun género de inconveniente hay en administrar el sulfato de quinina en época bien distante del acceso: por mi parte diré haberle ordenado infinitas veces y con éxito completo en el tratamiento de las cuartanas, sesenta y también setenta y dos horas antes de la calentura. Cuando el citado remedio, administrado según hemos dicho, no surte más efecto que el de disminuir el acceso, debe sospecharse con fundamento que la dosis ha sido insuficiente, y se la deberá aumentar. El uso de este febrífugo se continuará por muchos días consecutivos: en general durante ocho para las cotidianas, quince para las tercianas, y tres semanas para las cuartanas. Hay muchos médicos que tienen por costumbre administrar este medicamento á dosis decrecientes; pero acontece que la economía, habituada ya á otras mayores, no siente la influencia de cantidades más pequeñas. Conviene, pues, á ejemplo de Sydenham, cuando se ha logrado cortar la calentura, suspender por algunos días el uso del febrífugo y darlo en seguida con ciertos intervalos á grande dosis, y reiterarlo muchas veces; y si se juzga conveniente por espacio de uno ó más meses, cuidando siempre de elegir para la administración aquel día en que habría tenido lugar la apirexia, si los accesos hubiesen continuado. Existen algunas condiciones que han menester de ciertas modificaciones en el uso de sulfato de quinina. Así que, en caso de haber cólicos y diarrea, se asociará al febrífugo una cierta cantidad de opio, y para los niños una sustancia aromática como el anís, á fin de disimular su sabor. También se puede dar en café con leche, ó en té; pero teniendo en cuenta que entonces parte del sulfato de quinina se precipita en estado de tanato insoluble y por lo tanto la dosis debe ser algo mayor. M. Trousseau recomienda para estos casos administrar la quinina en bruto á la dosis de cinco á doce granos, cortándola

en pedacitos y mezclándola con sopa ó compota: es preciso hacerla tragar muy pronto sin que se detenga en la boca, pues la quinina en bruto es casi tan amarga como el mismo sulfato de quinina, por mas que generalmente se diga lo contrario. Se ha propuesto recientemente en obsequio de los enfermos nerviosos é irritables, suplir al sulfato de quinina con 'el valerianato de la misma base que á mayor abundamiento se puede administrar en dosis mas corta (Devay). Todavía otras muchas sales de quinina han sido preconizadas, tales como, clorhidrato, azotato, carbonato, citrato, acetato, hidro-ferrocianato, lactato y tanato; ninguna de ellas empero, es preferible al sulfato ácido, siéndole muchas considerablemente inferiores, ya por poco solubles, ya por escasas de quinina. Si llegase el caso de carecer de sulfato de quinina, se debería prescribir la quina en extracto á la dosis de dos dracmas á media onza, ó en polvo á la dosis de cinco dracmas á dos onzas, ó en tintura alcohólica á la dosis de tres á seis dracmas. Es preciso que todos los preparados que acabo de indicar sean de quina calisaya, porque los extractos, tinturas, vinos de quina gris, que es la oficial, podrán ser excelentes tónicos, pero poco ó nada febrifugos. El sulfato de quinina, cuyo modo de obrar ignoramos, es absorbido y en parte eliminado por la secreción renal. En efecto, se le halla en la orina, donde su presencia se manifiesta por medio del ioduro de potasio iodurado, que da un precipitado amarillo, anaranjado, semejante al polvo de canela ó de quina amarilla. Tambien se puede reconocer la presencia de la quinina concentrando el licor y examinándolo con el microscopio: entonces se descubren una especie de cristales poliédros prolongados y agrupados en forma de abanico y de hojas de helecho, de los cuales la mayor parte son irregulares, y como amorfos.

Hay otras sustancias que se ponderan como altamente febrifugas: entre ellas citaré la salicina, el polvo de acebo, el olivo de Europa, la corteza del castaño de Indias, el hierro, el mercurio, el antimonio, la genciana, el opio, la haba de San Ignacio, la digital, el árnica, el alumbre, el fósforo, la corteza de naranjo, etc., etc. Pero todas estas sustancias no merecen confianza alguna. Recientemente ha probado el doctor Boudin á rehabilitar el ácido arsenioso, mucho tiempo hace empleado en Alemania, administrándole á las dosis de una centésima parte de grano en una cucharada de agua, seis ú ocho horas antes del acceso. Cuando no surte efecto, aumenta la dosis, pero dejándola siempre parvísima porque es fácil que algunos enfermos esten dotados de inmensa susceptibilidad. Este peligrosísimo medicamento es muy poco usado como antiperiódico y como por otra parte es infiel, resulta que debe siempre preferirse el sulfato de quinina (1).

Muchísimo se ha vociferado durante algun tiempo la utilidad de la sal comun, de la cual M. Piorry se declaró defensor: creo haber probado que todo no era mas que una ilusion nacida del modo erróneo y ageno de la severa experiencia con que aquel médico administró la indicada sal (2). ¿El cloruro de óxido de sodio (sal comun) tendria la virtud de prevenir las recaídas, y seria preferible á la quina, como pretendió M. Thomas probarlo en 1839 en el *Re-*

(1) M. Boudin emplea la fórmula siguiente: de ácido arsenioso, cinco centigramos; de agua destilada ciento veinte y cinco gramos. Hágase la solución por ebullición de media hora.

(2) *Bulletin. Séance de l'Académie de médecine, du 10 fevrier 1832.*



*cueil de la Société d'Indre-et-Loire?* Los hechos recopilados por el sabio médico de Tours me han parecido insuficientes, siendo todavía necesarios nuevos experimentos.

*Accidentes consecutivos.*—La cefalalgia, que persiste después de la curación del acceso, cede ordinariamente á una sangría general. El infarto del bazo, las hidropesías, el colorido amarillo y caquético indican el uso de los amargos, de los diuréticos y de las fricciones secas y aromáticas. Sobre todo se continuará con el del sulfato de quinina, que se combinará útilmente en el caso de anemia con una preparacion ferruginosa (sub-carbonato, lactato ó limaduras de hierro). El sulfato de quinina obra sobre todo eficazmente contra el infarto del bazo; algunas veces es preciso hacer subir las dosis de este medicamento hasta uno ó dos escrúpulos, cuya accion entonces es muy rápida. Dice haber observado Piorry que á los cinco minutos de tomar este remedio, el enfermo comenzaba á sentir disminucion en la region esplénica: aquí tenemos otra ilusion de M. Piorry. Por lo mismo que semejante hecho es ilusorio, ningun médico lo admite; por mi parte, no lo he comprobado nunca. M. Bouillaud en una discusion de la Academia (12 enero de 1847), M. Valleix en un trabajo especial (*Union médicale*, agosto 1847) y muy recientemente M. Briquet en su importante *Monographie du quinquina*, pag. 203, han combatido tamaña quimera. En muchos casos hemos visto permanecer el bazo con un volumen considerable, á pesar del uso de la sal de quinina. Sin embargo, en casi todos los enfermos se restablece la salud general; lo que induce á pensar, que la ineficacia del remedio no es debida, como se cree y se dice, á la presencia en el bazo de algunas producciones tuberculosas y carcinomatosas.

No obstante el uso de estos medios, sucede á algunos individuos el no poder restablecerse, reincidiendo constantemente después de un corto intervalo. Si tal ocurre, se aconsejará al enfermo que varíe inmediatamente de clima, remedio que bastará las mas veces para conseguir su restablecimiento. No se conoce medio alguno profiláctico contra las calenturas intermitentes, por lo que toca á las causas que las determinan; empero está en la mano del hombre evitar su desarrollo y propagacion epidémica, por medio del desagüe de los pantanos y saneamiento de los paises. Villermé ha probado, por ejemplo, que antes casi todos los años se desarrollaban en París epidemias de estas calenturas, las cuales cesaron tan luego como se empedraron las calles formando declives que dieron fácil curso á las aguas, quitando de este modo las causas de infeccion que producen los miasmas.

*Naturaleza de la enfermedad.*—Muchas han sido las hipótesis que han inventado los autores, para explicar el asiento y naturaleza de estas calenturas; pero no ha habido ninguno que haya penetrado este misterio, porque ningun descubrimiento, hasta el presente, ha fijado anatómicamente el punto de partida. Es verdad que algunos autores modernos han hallado lesiones del tubo digestivo y de los centros nerviosos; pero es fácil convencerse, con la lectura de sus libros, que muchas no son mas que alteraciones cadavéricas, y otras puramente accidentales y variables segun los individuos, dependiendo mas bien de las complicaciones que de la enfermedad principal. El bazo es el único órgano que presenta constantemente alguna alteracion, dando lugar á que en diversas épocas se le haya señalado como el asiento de las calenturas intermitentes. Audouard,



y recientemente Piorry, son los médicos que sostienen esta opinion con gran conviccion y talento. Opina el primero que en la calentura intermitente hay en primer lugar alteracion en la sangre ocasionada por la accion del miasma pantanoso, esta alteracion determina segun él la tumefaccion del bazo que da origen á la intermision del movimiento febril. Difiere de la precedente la opinion de M. Piorry, quien no cree que una alteracion de la sangre produzca directamente las calenturas intermitentes, sino que el veneno de los pantanos obra de un modo directo sobre el bazo por una especie de accion electiva y despues de la lesion de la víscera causa la calentura intermitente. M. Piorry invoca en apoyo de su doctrina, la constancia casi general del daño del bazo, que se nota desde los primeros accesos, la sensibilidad del mismo órgano, patente, ya de una manera espontánea, ya por medio de la percusion, los accesos febriles é intermitentes que proceden de contusiones, heridas, flegmasias, alteraciones orgánicas y hasta de la simple dislocacion del bazo, por fin la accion casi instantánea del sulfato de quinina sobre el propio órgano. Objeciones de gran peso pueden hacerse á M. Piorry: en primer lugar, confiesa el mismo que el volúmen del bazo no se aumenta en todas las calenturas intermitentes; en segundo, dicho médico no ha podido probar la ingurgitacion esplénica antes del primer acceso; y muchas veces no se altera el bazo ni aun despues de muchos accesos sucesivos. Dos médicos militares, MM. Jacquot y Sonrier citan casos de calenturas intermitentes perniciosas y mortales al primero, segundo ó tercer acceso, sin que la autopsia descubriese la mas mínima alteracion del bazo (1). El doctor Rochard refiere tambien que en veinte y dos individuos muertos en Madagascar de calenturas perniciosas, antes de haber podido tomar sulfato de quinina, halló el bazo ora normal, ora disminuido de volúmen, estándolo tanto en uno de los cadáveres que no era mayor que una castaña (2). La prueba de no ser la ingurgitacion esplénica la causa de la calentura, es que en muchas ocasiones esta desaparece por mas que aquella persista mucho tiempo. Hay mas: segun el testimonio de M. Nepple puede (pues lo ha observado) la ingurgitacion de que tratamos, ya principiar, ya incrementar terminada la calentura. Con mucha frecuencia se desarrollan lentamente tumefacciones esplénicas que llegan á ser considerables, sin que en todo su curso exista jamás calentura. En el estudio de la tifoidea hemos visto el constante incremento del volúmen del bazo independiente de toda intermision. Los casos citados por M. Piorry de calenturas intermitentes, causadas por lesiones traumáticas ú otras, carecen de la importancia que él les atribuye y no prueban otra cosa, sino que la calentura intermitente es algunas veces sintomática: mas adelante diremos que tanto los daños mas diferentes, como los órganos mas distintos, pueden ser el punto de partida de los movimientos febriles periódicos ó remitentes que difieren esencialisimamente de las calenturas intermitentes legítimas, únicas de que estamos ahora tratando. Ninguna fuerza puede hacernos la pretendida accion instantánea del sulfato de quinina sobre el bazo, pues la vemos negada: aun cuando fuese cierta, nada absolutamente nada, tendria que ver con la cuestion, porque hay sustancias, v. gr. la estricnina que, sin ser febrífugas, poseen la pro-

(1) *Gazette médicale* de 1849.—*Bulletin de l'Académie*, tom. XIII.

(2) *Union médicale*, número del 10 de febrero 1852.

riedad de disminuir considerablemente el volúmen del bazo. Los ensayos practicados para averiguar si el alcoholato de quinina inyectado en las yugulares disminuiría con prontitud el bazo, dieron resultados nada uniformes; habiendo M. Magendie hecho con la quinina y estricnina estudios comparativos; de la primera tan solo obtuvo resultados negativos, al paso que los logró positivos de la segunda. Resulta, pues, de esta discusion, que la tumefaccion ó mejor ingurgitacion esplénica está tan distante de ser la causa de la calentura, que mas bien se ha de calificar de resultado ó consecuencia de esta de la mismísima manera que las hidropesías y la anemia. No es el bazo no, quien disminuyéndose cura la calentura, sino que los accesos dejando de reproducirse, permiten al bazo recobrar paulatinamente su volúmen normal que habia sido mas ó menos aumentado. Cuando se pretende examinar el bazo, conviene tener presente que es movable, y que por lo tanto, la menor dislocacion suya podria inducirnos á creer que habia disminucion de volúmen. Asegurase tambien que una copiosa cantidad de agua introducida en el estómago comunica al bazo enormes dimensiones y que al contrario la abstinencia por sí sola reduce mucho su volúmen (1).

Creo ocioso detenerme á probar, que la calentura intermitente no es una inflamacion. ¿Diremos nosotros que es una neurostenia (Giannini); una neurose (Brachet y Rayer); una irritacion cerebro-espinal (Maillot); una afeccion del sistema ganglionar (Worms)? Parécenos muy natural atribuir á una afeccion nerviosa los síntomas principales de la enfermedad; mas sin embargo, nada sabemos de positivo sobre este particular, y es mejor confesar nuestra ignorancia, que ocultarla con algunas palabras mas ó menos arrogantes que seria las mas veces muy embarazoso definir. No solo se ha querido localizar las calenturas intermitentes, sino que han llegado algunos á querer explicar su periodicidad. Para ello se han emitido diferentes opiniones, á cual mas estravagantes, que no creemos deben ocuparnos por ahora.

En resúmen, en la historia de las calenturas intermitentes, es necesario convencernos que ignoramos lo que constituye el miasma, sobre qué órgano ejerce este su accion, y de qué manera obra la quinina para neutralizarle.

#### DE LAS CALENTURAS INTERMITENTES PERNICIOSAS.

Se da el nombre de *perniciosas*, á las calenturas intermitentes que, por su mucha gravedad y rapidez en su curso, pueden terminar con la muerte durante algun acceso.

*Historia.*—Aunque Hipócrates, Praxágoras y los Arabes hayan dicho que hay calenturas intermitentes que se acompañan de síntomas mortales, puede afirmarse sin embargo, que el carácter de las calenturas perniciosas fue completamente desconocido por los médicos hasta el siglo XVII, época en que vieron la luz pública los trabajos de Mercado; pero Morton fue sin embargo el primero que las describió con alguna precision, y estableció para ellas algun tratamiento. Despues de Morton, viéronse aparecer los inmortales descubrimientos de Werlhof, Lautter, Senac, C. Medicus y Comparetti, y muy especialmente los

(1) *Physiologie de Berard. Des fonctions de la rate.*—*Archives de medecine*, tom. XXVII.



de Torti, quien no solo describe con una admirable exactitud el carácter de las calenturas perniciosas, sino que ha establecido preceptos terapéuticos muy sabios, que nos sirven aun de regla en el dia. Los autores modernos han añadido bien poco á lo que de tan grandes maestros heredamos. Serán con todo leídas provechosamente las obras de Alibert y Maillot.

*Variaciones.*—Hay muchas especies de calenturas intermitentes perniciosas, y se observa una que está caracterizada por un sin número de síntomas graves, sin que predomine ninguno de ellos; así es que en cada acceso se altera profundamente la fisonomía, la postracion es grande, el pulso pequeño é irregular, la inteligencia se entorpece, la lengua se seca (*calentura perniciosa adinámica*). Pero en el mayor número de casos, se observa un síntoma que predomina y llama la atención, constituyendo todo el peligro de la enfermedad. Esto es lo que vamos á esponer.

La calentura puede hacerse perniciosa por la demasiada intensidad del período del frío (*calentura algida*), ó del de sudor (*calentura diaforética*).

1.º La calentura *algida* está caracterizada por un frío intenso y general, de que los enfermos no tienen apenas conocimiento en muchos casos y durante el cual presenta la cara un aspecto cadavérico: sobrevienen gemidos, es la agitación estrema, hay sed muy viva, el aliento es frío, se estingue la voz, el pulso es pequeño, frecuente, irregular ó raro, y la inteligencia permanece íntegra en medio de tan profundos desórdenes. La muerte ocurre algunas veces en el primer acceso. Si el enfermo no sucumbe, va volviendo poco á poco el calor, que no suele ser mucho. En la intermisión, queda el individuo en mal estado. Por lo comun termina la enfermedad funestamente en el segundo acceso si se retarda un eficaz remedio. En la mayor parte de los casos, la calentura *algida* no se manifiesta mas que por la exageracion del período del frío, que es mas ó menos intenso de lo de ordinario. Sucede algunas veces que hácia la mitad del segundo estadio, y mientras hay la reaccion franca de una calentura benigna, aparecen de repente los síntomas del estado *algido*. Segun Maillot, esto es lo que se observa mas frecuentemente en el Africa.

2.º La calentura *diaforética* es de las mas insidiosas. En efecto, los dos primeros estadios no difieren comunmente en nada de la calentura benigna, aunque sin embargo el período del sudor suele ser un poco mas precoz. Luego que la piel se humedece, se alivian algo los enfermos; pero bien pronto se hace el sudor tan escesivo que empapa todas las ropas de la cama. Entonces sienten mucho frío; las fuerzas se agotan y el pulso adquiere una estremada pequeñez, sin que la inteligencia esperimente mudanza alguna. Si la muerte no viene en el primer acceso, es ya casi inevitable al segundo. Poco faltó para ser Torti víctima de una calentura de esta clase.

El tercer grupo de calenturas perniciosas de que hemos hablado, comprende todas aquellas que tienen por carácter las lesiones de la inervacion, tales como el delirio, el coma, la catalepsis, la epilepsia, las convulsiones, la hidrofobia y la parálisis.

1.º *Calentura comatosa.*—Esta, que se llama tambien *soporosa*, *letárgica*, *carótica*, *apoplética*, es una de las formas mas frecuentes. El coma, que es lo que la caracteriza, varía desde la simple soñolencia hasta el caro mas profundo. Se presenta muchas veces en el primer estadio, pero casi siempre durante el se-



gundo. Es raro que mate al enfermo en el primer paroxismo; pero lo hace casi siempre en el tercero ó cuarto. La calentura comatosa es sin ningun género de duda, de todas las formás perniciosas la que mas se observa en la infancia.

2.º La *calentura delirante* se halla caracterizada por un delirio mas ó menos violento, que ocurre las mas veces en el curso del segundo período, disminuyendo despues poco á poco durante el sudor. La muerte puede sobrecoger al enfermo mientras el delirio, ó bien cayendo aquel en coma, sucumbe en estado de insensibilidad completa.

3.º Bajo el nombre de *calentura convulsiva* comprendo todas las calenturas perniciosas acompañadas de las diferentes variedades de convulsiones tónicas ó clónicas. Casi todos los enfermos presentan una rigidez tetánica parcial ó general (*calentura tetánica*). Cas. Medicus ha encontrado casos muy numerosos en el curso de una epidemia, ó bien se presentan todos los síntomas de la catalepsia, como ha tenido ocasion de observar Torti en un caso que refiere (*calentura cataléptica*); otras veces hay movimientos convulsivos, segun ha visto Lautter, con espuma en la boca, tales como se presentan en los ataques de epilepsia (*calentura epiléptica*); finalmente, á veces estos movimientos son irregulares (*calentura convulsiva*, propiamente dicha). Esta última variedad tiene lugar especialmente en los niños, y frecuentemente sin peligro alguno: no debe considerarse como perniciosa, mas que cuando se acompaña de un estado general grave. Por último, para terminar la enumeracion de las calenturas perniciosas, cuyo principal carácter es el desarreglo del sistema nervioso, diré que se ha descrito una calentura *paralítica* y otra *hidrofóbica*; la primera está caracterizada por una parálisis parcial, y la segunda por un furor maniático con horror á los líquidos. Estas dos son las mas raras.

En un cuarto grupo de calenturas perniciosas, colocaremos todas aquellas cuyos caracteres sintomáticos se deben al corazon y los pulmones.

1.º *Por lo que nace al corazon*, admitiremos las calenturas *cardiálgica* y *sincopal*. En la primera se presenta un dolor vivo, atroz, dislacerante hácia el epigastrio y el corazon, con una grande ansiedad, desfallecimiento y alteracion profunda de las facciones. Estos síntomas, descritos perfectamente por Strack, empiezan por lo comun en el primer período de la calentura, y pueden por su violencia ocasionar la muerte en el primer acceso. La *calentura sincopal* es una de las mas frecuentes, y es caracterizada por síncope que vienen espontáneamente ó bajo la influencia de la mas leve causa. Es casi inevitable la muerte desde el segundo acceso.

2.º *Por parte de los pulmones*.—Se ha hablado de calenturas *asmáticas*, *disnéicas* y *afónicas*, cuya existencia no está bien demostrada. Por otro lado, hay calenturas pleuréticas y pneumónicas, de que he presentado no pocos ejemplos en mi *Tratado de la pulmonía*. Tengo probado ya que en ellas, los síntomas estetoscópicos de esta pueden desaparecer durante la intermision, con tal que no pasen del primer grado.

En fin, en un quinto grupo es necesario colocar las calenturas perniciosas acompañadas de algun síntoma grave de los órganos abdominales. Se distinguen muchas variedades. Las unas tienen por carácter un dolor vivo y atroz en el epigastrio, terribles náuseas, sed viva, una ansiedad que no puede espresarse; calentura *gastrálgica*. Esta forma, aunque muy penosa, es una de las que muy rara vez terminan de un modo funesto.

Las calenturas abdominales mas comunes son las de forma *colérica* y la *disentérica* de Torti, á la cual se agregan las *hepáticas* y *atrabiliarias* de algunos autores antiguos. Una y otra se caracterizan por dolores vivos en el abdómen, *deyecciones*, y los síntomas que acompañan al cólera esporádico ó la disenteria. La disentérica es menos grave que la primera; sin embargo, por poco se me muere un enfermo que la padecía. Se describe aun una calentura *peritónica*, *nefrítica* y *cística*, caracterizada sobre todo por vivos dolores; pero su existencia es mas que problemática. Nada diré de las calenturas *reumática*, *cefalálgica*, *ictérica* y *exantemática*, porque creo con Chomel y algunos otros autores, que una cefalalgia viva, los dolores articulares, un exantema, etc., no bastan para imprimir á la calentura un carácter pernicioso.

*Curso.*—Cualquiera que sea la forma bajo que se presente la calentura perniciosa, hemos visto siempre que los síntomas graves comienzan con los accesos, ó bien en el segundo ó tercer período. Unas veces se revela el carácter pernicioso desde el principio: otras, siendo benigna en el primero y segundo accesos, llega de pronto á hacerse perniciosa en el tercero; y otras, en fin, pasa al tipo continuo, como la ha visto Lancisi en Roma en 1695, y Richar en Turin en 1720. Rara vez afecta otros tipos que los de *terciana* y *doble terciana*. Frecuentemente el paroxismo está caracterizado por los tres dichos períodos; pero tambien puede faltar uno ó dos, ó ser menos notables que de costumbre.

Ya hemos visto que el curso de esta afeccion es muy rápido, y su peligro se aumenta á proporcion del número de accesos. Sucede con frecuencia que los mas largos se repiten mas á menudo, y llegan á ser subintrantes. Segun Maillot, las cotidianas se hacen perniciosas en el tercero ó sexto acceso, y las tercianas en el tercero ó cuarto. Cuando no se consigue prevenir la calentura, perecen casi todos los enfermos al tercero ó cuarto; muy rara vez se prolonga la vida hasta el quinto, y muchos mueren en el segundo y aun en el primero. Estas calenturas presentan el carácter particular de transformarse á veces las unas en otras, y pueden predominar en algunas dos ó tres síntomas en un mismo grado.

Las calenturas perniciosas son muy mortíferas, sobre todo, cuando reinan epidémicamente. En efecto, Baylly dice que en el Hospital del Espíritu Santo en Roma, la mortandad está en razon de 1 por 2  $\frac{1}{4}$ . Nepple afirma que en Bresa es de 1 por 2; y por último Maillot asegura que no es mas de un 5.º en Argelia.

*Diagnóstico.*—Cuando los accesos sean bien marcados y los síntomas graves, el diagnóstico no ofrece alguna dificultad; pero acontece alguna vez que los tres estadios del paroxismo pasan desapercibidos, porque no se fija la atencion de los asistentes, ni aun del médico mismo, en el síntoma grave, de convulsion, coma, delirio, etc., que son los que caracterizan el estado pernicioso. Sin embargo, siempre que se vea presentarse en un individuo repentinamente algun síntoma grave, que dura algunas horas, disipándose en seguida espontáneamente, y quedando el sugeto en un estado de salud perfecta ó casi perfecta, se podrá sospechar, como aconseja C. Medicus, una afeccion de esta clase, y dirigir el tratamiento segun este raciocinio, porque es muy raro se desarrolle una afeccion grave y termine en muy corto tiempo, sin que pueda decirse que es perniciosa. Esta consideracion tendrá un doble valor si se observa en un país pantanoso, y en una constitucion en que reina esta clase de calenturas. Los au-



tores antiguos consideran tambien el sedimento latericio de las orinas al fin del acceso como un signo diagnóstico; pero este no puede nunca tener la importancia que se ha querido suponer.

Por regla general debe desconfiarse de todas las calenturas intermitentes que presenten mayor intensidad en cada acceso, sobre todo cuando se observa algun síntoma insólito, tal como una alteracion del rostro, una amarillez des-acostumbrada, un dolor vivo, una evacuacion intempestiva ó un sueño muy prolongado, por mas que parezca natural, como lo prueba un hecho notable referido por Werlhof, y que todos los médicos deberian conocer. Una mujer de cuarenta años encontrando en la calle á Werlhof, le suplicó que la visitase al dia siguiente, en cuyo dia debia tener el tercer acceso de una terciana. Lo tuvo en efecto, pero murió en él sumida en un coma apopléctico. Esta mujer habia dormido mucho y muy profundamente durante el acceso anterior al de su muerte, en términos que sus parientes no se habian atrevido á despertarla. Se comprende que era ya un acceso pernicioso.

*Pronóstico.*—El pronóstico es muy grave; lo es mas en las formas comatosa, algida, sincopal y colérica. Si no se acude antes del segundo acceso, el peligro es inminente. La tendencia de la enfermedad al tipo continuo, agrava mucho el pronóstico. El enfriamiento del cuerpo, la descomposicion de las facciones, la inmovilidad, la desaparicion del pulso, son síntomas precursores de una muerte próxima.

*Etiología.*—Raro es ver calenturas perniciosas fuera de los paises pantanosos, pues que reinan especialmente en los mas insalubres. Muy pocas veces se han observado en París; aunque, sin embargo, he visto cinco ó seis casos. Es de advertir, no obstante, que si no se observan mas, consiste en que sucumben muchos enfermos antes de que se conozca la naturaleza de la afeccion.

*Tratamiento.*—Por lo que acabo de manifestar se conoce muy bien la urgencia con que es preciso combatir las calenturas perniciosas por medio del sulfato de quinina. Cualquiera que sea su tipo se administrará el medicamento al fin del acceso, durante el cual se ha distinguido, ó por lo menos sospechado el peligro (Chomel). En vez de fraccionar las dosis de esta sustancia, se deberá por el contrario administrar de una vez una gran porcion, menudeando las dosis cuanto sea posible. Tambien se debera administrar á la vez el medicamento, por todas las vias que puedan absorberlo, es decir por la boca, en lavativas, y por el método endérmico. Asi es que desde luego se hará tomar al enfermo de 20 á 40 granos de sulfato de quinina, inyectándole otro tanto al menos en el recto, despues de haberlo evacuado de antemano de las materias fecales. Al mismo tiempo se levantará con la pomada amoniaca una porcion mas ó menos considerable de la piel del vientre, cubriéndola con el sulfato de quinina. Por último, podrá incorporarse con manteca, media ó una dracma de sulfato de quinina, y aplicar esta pomada á las ingles y á las axilas, en cuyos puntos es la absorcion bastante activa. Vuelvo á repetirlo; tan grande y próximo es el peligro, que no debe perderse un momento para conjurarle lo mas pronta y enérgicamente que sea posible.

Considerado el enfermo durante el acceso pernicioso, hay algunos otros medios que emplear. ¿Existe, por ejemplo, un dolor vivo que gasta las fuerzas y agota la sensibilidad, como sucede en la calentura cardíalógica ó gastralógica?



pues cálmese este dolor administrando el opio; y si en su consecuencia cayese el enfermo en la postracion, reanímesele con algunos cordiales. Estos últimos medicamentos convienen tambien en las calenturas álgida y diaforética, asi como está indicado el opio en las formas coléricas y disintérica. En las calenturas perniciosas caracterizadas por un trastorno del sistema nervioso, debe recurrirse á los revulsivos cutáneos (sinapismos, vejigatorios, urticacion); y si hubiese algun signo de congestion cefálica, hacerse una sangría general ó local, segun la particular indicacion deducida del estado del pulso. Sin embargo, no debe prodigarse este último medio terapéutico, porque pudiera ser peligroso; y aun diré que conviene economizarlo mucho, puesto que es preciso convenirse de que los dolores vivos y los grandes trastornos de las funciones orgánicas que caracterizan á las calenturas perniciosas, no dependen en manera alguna de la inflamacion. Insisto sobre este punto, porque un médico distinguido, el doctor Maillot, habiendo prodigado, en mi concepto, las evacuaciones sanguíneas, ha visto resultar de ellas accidentes perniciosos, que seguramente hubiera precavido administrando mas pronto el sulfato de quinina, medicamento cuyo uso debe continuarse por espacio de mucho tiempo para evitar las recidivas.

*Naturaleza.*—La naturaleza de estas calenturas es tan desconocida como la de las otras intermitentes; y á ellas es á las que principalmente debe referirse lo que al fin del artículo anterior he dicho, sobre el valor de las alteraciones cadavéricas que se encuentran en los que fallecen á consecuencia de calenturas de accesion. Mi crítica versa especialmente acerca de las observaciones de Maillot, que son las mas recientes y completas. Por lo demás, las únicas lesiones constantes que se encuentran en los cadáveres de los que mueren de resultas de calenturas perniciosas, son el aumento de volúmen del bazo, que se halla ademas reblandecido y difluente. Se ha visto muchas veces romperse en vida esta víscera durante la accesion, sobre todo en el estadio del frío y sucumbir inmediatamente los enfermos con síntomas de una hemorragia interna ó de una peritonitis sobre-aguda.

De las investigaciones que hicieron MM. Leonard y Folley en la Argelia, resulta que la sangre se encuentra como en las demás calenturas; asi es que examinada durante la vida, no ofrece alteracion en su estructura, mientras no haya en los enfermos complicaciones flogísticas.

#### DE LAS CALENTURAS INTERMITENTES ANÓMALAS.

Las calenturas intermitentes *anómalas* son las que se presentan bajo diversas formas de las que corresponden á las calenturas intermitentes regulares, de que antes hemos hablado. Dividiremos con Chomel las calenturas anómalas en cuatro especies principales. La primera especie comprende aquellas, cuyas acciones no tienen mas que uno ó dos de los tres estadios ó períodos ordinarios, y se les da el nombre de *calenturas incompletas*. Calenturas de estas se han visto caracterizadas únicamente por un frío periódico (Morgagni, Wolf); otras, en que solo habia aumento de calor, sin sudor ni frío inicial (F. Bartholin); y otras, finalmente, y no raras por cierto, en que no se presenta mas que el sudor (Piquer). El segundo grupo de las calenturas anómalas comprende aquellas en que los tres estadios se hallan confundidos, ó bien se suceden de un

modo inverso; de modo que un mismo sugeto ofrece simultáneamente el *rigor* del primer estadio, la *elevacion del calor* del segundo, y un *sudor* abundante, propio del tercero, como lo ha observado una vez Chomel. Otras veces son los periodos inversos, esto es, empieza la accesion por un calor quemante, y á este estadio le sucede el del frio (Epidemia de Warsovia de 1700). La tercera variedad de las calenturas anómalas comprende aquellas en que los fenómenos febriles, frio, calor y sudor, están limitados á una parte del cuerpo (*Calentura tónica*). Finalmente, colócanse en un cuarto grupo, las calenturas llamadas *larvadas ó enmascaradas*, cuyas accesiones no se marcan por ninguno de los tres estadios de las calenturas regulares, sino únicamente por un síntoma mas ó menos grave, que se reproduce por intervalos determinados. Efectivamente, se ven manifestarse de un modo periódico y con el tipo propio de las calenturas intermitentes, ciertos dolores en diversas partes del cuerpo, síntomas de apoplejia, de epilepsia, de catalepsia, de chorea, ó bien un insomnio, un coma, una pesadilla, una cardialgia, sed, vómitos, hemorragias, etc.; dándose á la enfermedad el nombre de calentura *perniciosa larvada*, cuando aparece alguno de estos fenómenos graves, como el coma, la cardialgia, etc. Sin embargo, estas afecciones periódicas no deberian llamarse *calenturas*, porque en la mayor parte de los casos no las acompaña ningun fenómeno pirético; el uso de denominarlas así ha prevalecido, no obstante, y nosotros no vemos ninguna ventaja en variarlas el nombre.

Por lo demás, cualquiera que sea la diferencia aparente que haya entre las calenturas regulares y los diversos fenómenos que hemos reunido con el título comun de calenturas anómalas, creemos que hay entre ellas, no solo analogía, sino una completa identidad. En efecto, las calenturas anómalas reinan en las mismas estaciones y en los mismos parajes que las calenturas intermitentes regulares; no existen nunca simultáneamente en un mismo individuo, pero sí se suceden algunas veces; el curso de unas y otras es idéntico, pues tienen accesiones bien caracterizadas, separadas por intermisiones iguales, y se reproducen por intervalos regulares. Cuando las calenturas anómalas se prolongan por cierto tiempo, ocasionan los mismos accidentes secundarios que las calenturas regulares, y recidivan tambien con la misma facilidad que estas. Una calentura intermitente regular puede hacerse anómala, y recíprocamente: C. Medicus refiere muchos hechos que lo prueban: en fin, la quina es igualmente eficaz contra unas y otras.

Todas estas circunstancias nos parecen, como á Chomel, mas que suficientes para justificar, si no la reunion, por lo menos la aproximacion de las calenturas intermitentes regulares á las afecciones descritas con el nombre de calenturas intermitentes anómalas, y ha sido tambien en todos tiempos la opinion de los prácticos mas eminentes, tales como Morton, Sydenham, Van-Swieten, Senac, Rosen, Huxham, Dehaën, Lauter y C. Medicus, quien ha escrito sobre estas afecciones un tratado generalmente muy estimado.

#### OBSERVACIONES SOBRE LAS CALENTURAS INTERMITENTES SINTOMÁTICAS.

Hasta ahora hemos considerado el aparato febril intermitente como *esencial*, esto es, independiente de toda lesion material apreciable. Sin embargo, se ob-



serva con bastante frecuencia en la práctica casos en que la calentura intermitente es sintomática, ó por lo menos coincide con alguna alteracion local reciente ó antigua. Efectivamente, los autores han observado muchas veces sobrevenir accesiones febriles regulares á consecuencia de la introduccion de una sonda en la uretra, y el hecho de esta especie observado por Giannini es el mas notable de cuantos se reconocen (1). La cauterizacion de las estrecheces de la uretra (Lallemand), y la blenorragia (Simon de Hamburgo), han dado muchas veces lugar á los mismos accidentes, y lo mismo se dice de la orquitis blenorragica (Simon). Chomel ha visto una calentura de tipo tercianario, sintomática de una enteritis poco intensa, y Piorry ha citado un caso de calentura intermitente cotidiana, producido por una lesion traumática del bazo y otro de igual tipo debido á la dislocacion de esta víscera. Terminaremos diciendo que las supuraciones profundas, las infiltraciones de orina y la tisis en el segundo y tercer período, son las causas mas frecuentes de las calenturas intermitentes sintomáticas. Estas son por lo regular benignas; pero tambien se las ha visto algunas veces tomar un carácter pernicioso, principalmente en los casos de formacion de hemiduras en los conductos de la orina, y de infiltracion de este líquido en el tejido celular. El doctor Bricheteau ha probado (*Archives de 1847*), que tales accesos perniciosos no eran muy raros en los ancianos debilitados y que con frecuencia padecen males crónicos en los órganos genito-urinarios.

Estas calenturas sintomáticas presentan por lo general los tres estadios de frío, calor y sudor, propios de las calenturas esenciales. En cuanto al tipo, casi siempre son cotidianas ó *doble-cotidianas*, muy rara vez terminadas, y acaso nunca cuartanas: muchas de ellas son remitentes. Siempre debe desconfiarse, como ha observado muy bien el profesor Chomel, del tipo doble cotidiano, y aun del cotidiano; esto es, de todos los tipos en que la intermision es corta, porque efectivamente suelen ser los únicos que toman las calenturas sintomáticas. En su consecuencia, cuando algun enfermo se queje de accesiones febriles doble-cotidianas, y aun cotidianas, deberá apresurarse el médico á explorar metódicamente todos los órganos y funciones, para asegurarse del verdadero carácter de los accidentes que se observan.

En la calentura cotidiana sintomática, casi siempre sobrevienen las accesiones por la noche, en vez de empezar por la mañana ó por el medio dia, como sucede comunmente en la calentura esencial. Sin embargo, no siempre acontece así: en las calenturas que son sintomáticas de una alteracion de las vias digestivas, la aparicion de las accesiones suele estar subordinada á la hora de las comidas y á la cantidad de los alimentos ingeridos, en cuyo caso pueden suspenderse las accesiones ó provocarse, poniendo á los enfermos á dieta ó haciéndoles comer mucho: tal es el hecho, referido por Chomel, de un hombre cuya calentura, sintomática de una flegmasia intestinal, afectaba el tipo tercianario, porque este individuo comia un dia sí y otro no.

Las calenturas intermitentes sintomáticas se diferencian tambien de las calenturas esenciales, por la accion dudosa ó nula que sobre su curso ejercen las

(1) Giannini habla de un hombre de cincuenta años, robusto, que en ocasiones diferentes y con muchos años de intervalo, fue acometido de accesiones febriles intermitentes á consecuencia de la introduccion de un catheter en la uretra que hirió las paredes de este conducto. Tuvo cada vez de tres á diez paroxismos, y la quina triunfó siempre de ellos. *De la nature des fièvres*, tomo 1, p. 207.

preparaciones de la quina. Asi hemos visto que en la calentura intermitente esencial, la quina dada en cantidad suficiente, cortaba inmediatamente y con seguridad las accesiones febriles, lo cual no sucede en las calenturas sintomáticas que generalmente se resisten á los febrífugos; y cuando estos ejercen al parecer alguna influencia, es tan lenta su accion, que en vez de cesar de pronto las accesiones, suelen irse estas disminuyendo de un modo tan imperceptible, como que puede dudarse si su cesacion es efecto del curso natural de la enfermedad ó debida á la administracion de la quina. Esto es, por ejemplo, lo que frecuentemente se observa en las accesiones cotidianas sintomáticas de la tisis pulmonal. No ignoro, sin embargo, que la quina administrada en estas calenturas sintomáticas, ha cortado algunas veces de pronto las accesiones, como hubiera podido hacerlo en una calentura esencial, y así es como se ve en la observacion de Giannini. Pero en estos casos en que la quina ejerce una accion tan pronta y decisiva, puede muy bien dudarse si las accesiones febriles eran sintomáticas, ó mas bien esenciales, puesto que no es de ningun modo imposible que una sonda, por ejemplo, introducida en la uretra de un sugeto impresionable produjera una calentura intermitente, no por la irritacion mecánica del conducto, sino por una influencia en todo el sistema nervioso, así como se ve sobrevenir la misma enfermedad en sugetos predispuestos, con motivo de un susto, de una emocion moral, de un enfriamiento, de una indigestion, etc., circunstancias que no obran como causas simplemente ocasionales. Lo que yo creo es, que la supresion de las accesiones por medio de la quinina, en tanto que la enfermedad primitiva sigue su curso, debe demostrar que la calentura intermitente no es mas que un accidente destituido de toda relacion esencial con la afeccion que probablemente complica.

El pronóstico de estas calenturas está subordinado á la gravedad de las lesiones, cuya consecuencia son las accesiones intermitentes. Su aparicion es la que en algunos casos puede tener un valor diagnóstico bastante positivo: así es, que si despues de una operacion grave se ven sobrevenir accesiones febriles intermitentes ó remitentes de tipo cotidiano ó doble cotidiano, puede anunciarse con bastante seguridad la existencia de una reabsorcion purulenta.

Por mas incierta que sea la accion de la quinina en el tratamiento de las calenturas intermitentes que son realmente sintomáticas, no debe haber ningun inconveniente en administrarla en aquellos casos en que las accesiones sobrevienen con motivo de una blenorragia ó de la introduccion de una sonda en la uretra, ó bien de resultas de cauterizacion de este conducto. Cuando los tubérculos ó una infiltracion de orina son la causa de la calentura, podrá darse tambien el sulfato de quinina; pero con muchas menos probabilidades de buen éxito. Pero cuando las accesiones son sintomáticas de una reabsorcion purulenta ó de una enteritis, este medicamento es inútil y aun perjudicial; no siendo posible impedir las repeticiones periódicas de la calentura, en el último de estos casos, sino sometiendo los enfermos á un régimen severo, y aun empleando los anti-flogísticos.



## CUARTO GÉNERO DE CALENTURAS.

---

### DE LAS CALENTURAS REMITENTES.

Entiéndese por *calenturas remitentes* aquellas cuyos síntomas persisten sin interrupcion como en las calenturas continuas; pero que se diferencian de estas por la circunstancia de ofrecer á determinados intervalos, remisiones mas ó menos completas, seguidas inmediatamente de un paroxismo que las mas veces tiene el tipo cotidiano ó tercianario. La calentura remitente no es otra que la *calentura congestiva* de muchos autores.

*Historia.*—De todas las piroxias, la remitente es la que viene descrita de mas antiguo, y de ella es de la que habla Hipócrates en sus libros de las epidemias, como lo ha demostrado perfectamente Littré (1). Las calenturas hipocráticas, cuyo carácter es efectivamente imposible de reconocer cuando se las compara con las que observamos en este clima, se clasifican muy bien juntándolas con las calenturas remitentes y pseudo-continuas de los climas cálidos, de lo cual es fácil convencerse comparando, como ha hecho Littré, las observaciones y descripciones que nos dejó Hipócrates con las que acaban de publicar Maillot sobre las calenturas de Africa, Twining, sobre las del Ganges, y Stewardson, sobre las del continente americano. Finalmente, la permanencia del ejército francés en Morea (2) ha demostrado tambien, que despues de veinte y dos siglos trascurridos, se hallaba la Grecia atacada de las mismas calenturas que en tiempo de Hipócrates, y que estas calenturas, desconocidas en París, pero idénticas á las de los climas cálidos, no son otras que las calenturas remitentes y pseudo-continuas.

*Anatomía patológica.*—Aun no poseiamos ninguna nocion exacta acerca de las alteraciones que deja en pos de sí la calentura remitente, cuando el doctor Stewardson, uno de los médicos mas distinguidos de Filadelfia, ha venido á llenar este vacío publicando en *The American Journal* (abril de 1841 y abril de 1842) un trabajo notable, fruto de las observaciones que ha recogido en el hospital de Pensylvania. En los sugetos muertos á consecuencia de la calentura remitente, no se halla ninguna lesion especial ó constante, ni en los centros nerviosos, ni en los órganos de la circulacion y respiracion; pero no sucede lo mismo respecto de los órganos abdominales, como el hígado, el bazo y el estómago, los cuales ofrecen siempre ó casi siempre una alteracion mas ó menos profunda. Asi es que Stewardson ha encontrado en todos los sugetos el bazo de un volumen doble, triple ó cuadruple de el del estado normal, y reblandecido su tejido hasta la difluencia. El hígado ha presentado alteraciones todavia mas notables, puesto que parecen ser especiales y constituir rigurosamente hablando, el carác-

(1) *Œuvres d'Hippocrates*, edic. de Littré, t. 2, p. 538. Argument.

(2) *Histoire médicale de l'armée française en Morée pendant la campagne de 1828*, par M. Roux, Paris, 1829.—*Reflexions sur l'intermittence par Pallas*, Paris, 1859.

ter anatómico de la enfermedad; hállase el órgano generalmente aumentado de volúmen en un grado á veces considerable, y su consistencia menor que en el estado natural; tambien su color se halla constantemente modificado, de modo que el rojo-oscuro, que le es propio, se ve reemplazado por un tinte bronceado ó por una mezcla de bronce y de verde-aceituna, y las mas veces, de este último color, mas claro y un gris aplomado. Esta alteracion de color está general y únicamente esparcida por el órgano, é invade á la vez las dos sustancias. La bilis se halla por lo comun en cantidad considerable. El estómago tambien se halla alterado casi siempre en la calentura remitente, y segun Stewardson lo está de cada seis veces cinco, consistiendo esta alteracion en el engrosamiento, la inyeccion ó el reblandecimiento de la membrana mucosa. Sin embargo, la descripcion del hábil médico americano ha dejado algunas dudas en nuestro entendimiento, de modo que despues de haberla leido con la mayor atencion, no nos atrevemos á asegurar que muchas de estas alteraciones sean cadavéricas, ni á suponer que se hayan desarrollado durante la vida, ni creemos con el autor que indiquen una flegmasia de la membrana mucosa. El tubo intestinal no presenta en la calentura remitente ninguna lesion particular; solo alguna que otra vez se ha encontrado la membrana mucosa del intestino delgado reblandecida en diversos puntos y un desarrollo mayor que el natural de los folículos de Brunnero, en el duodeno.

En resúmen, dos son los órganos, el bazo y el hígado, que constantemente se presentan alterados en la calentura remitente, el estómago puede estarlo tambien. Los resultados de Stewardson se hallan en esta parte perfectamente de acuerdo con los de su paisano el doctor Gerhard, y hasta cierto punto con los de Twining, quien afirma que en Calcuta, la calentura remitente produce constantemente congestiones viscerales, y si estas persisten, verdaderas inflamaciones. Segun este último, los órganos especialmente atacados, son: el estómago, los intestinos, el hígado, el bazo, el cerebro y los pulmones. Pero las investigaciones cadavéricas hechas por Twining carecen de exactitud, y nos inspiran poca confianza. Sea de esto lo que quiera, se ve por lo que precede que las lesiones del bazo y del estómago no ofrecen cosa especial, puesto que se las encuentra en muchas otras enfermedades, y que lo que hay de mas especial en la afeccion de que tratamos, es la alteracion de color del hígado: asi es, que Stewardson se inclina á considerar esta alteracion como el único carácter anatómico de la calentura remitente. Sin embargo, no teniendo todavíá el autor americano una conviccion completa sobre este punto, desea que nuevas observaciones vengan á confirmar sus primeros resultados. De todos modos reconoce que ni la alteracion del hígado, ni ninguna de las que demuestra la abertura de los cadáveres, puede explicar los accidentes que se observan durante la vida, ni la terminacion tan frecuentemente fatal de la enfermedad. Por consiguiente, tambien aquí hay precision de recurrir á una alteracion especial de la sangre, que aun suponiendo existiera, todavía quedaria indeterminada. Por otra parte, semejante alteracion no podria referirse á la cantidad de los principios constitutivos de la sangre, porque del trabajo presentado al Instituto en 1845 por MM. Léonard y Folley, resulta, que en las calenturas remitentes y pseudo-continuas de la Argelia, la fibrina, los glóbulos y las sustancias sólidas del suero, permanecen en la cantidad normal.

*Sintomas.*—A veces la calentura es remitente desde el principio; pero otras empiezan los enfermos presentando todos los síntomas de una calentura inter-



mitente ordinaria, cuyos accesos se prolongan y aproximan cada vez mas, hasta llegar á confundirse, y entonces se manifiesta el carácter remitente. Por último, hay enfermos que no tienen al principio mas que un aparato febril francamente continuo, que despues va tomando por grados la forma remitente. Asi en estos casos, como en aquellos en que la calentura es primitivamente remitente, la enfermedad empieza por un estado de languidez, opresion en la region precordial, debilidad ó solo laxitud, y por un dolor en la parte posterior del cuello, que Hipócrates señaló ya, y que Twining ha notado igualmente en las calenturas de Bengala.

Una vez bien establecida la calentura remitente, se observa un aparato febril intenso, acompañado de tension en la mayor parte de los enfermos, y de un dolor mas ó menos vivo en el epigastrio ó en algunos de los hipocondrios, y con especialidad en el izquierdo. Este síntoma, notado primero por Hipócrates en una tercera parte de sus enfermos, comprobado por Twining en una proporcion igual, lo ha hallado el doctor Stewardson casi siempre, ó diez y nueve veces por veinte, en los enfermos que ha tratado. Todos los autores, desde Hipócrates, han notado tambien la sequedad de la lengua en la calentura remitente, síntoma que se manifiesta del segundo al cuarto dia, es decir, mucho mas pronto que en ninguna de las enfermedades agudas que observamos en nuestro clima, sin esceptuar la calentura tefoidea. Hay una sed moderada, falta totalmente el apetito, y en la mayor parte de los casos sobrevienen vómitos verdosos, desde el tercer dia, á veces mas pronto, y generalmente mas tarde. Las deposiciones albinas, son ordinariamente regulares; pero otras veces hay constipacion ó diarrea; la parte del vientre situada debajo de los hipocondrios está flexible y enteramente sin dolor: la secrecion urinaria nada ofrece de particular. Estos accidentes, y sobre todo la calentura, existen mas ó menos graduados, de un modo continuo; pero se exasperan con cierta regularidad, y esta agravacion, semejante á la accesion de una calentura intermitente ordinaria, se anuncia por escalofrío ó por un enfriamiento del cuerpo que se hace sentir especialmente en las estremidades, que suelen pónerse azuladas ó lívidas. Este último síntoma, que tambien se encuentra en una tercera parte de las observaciones consignadas en las epidemias de Hipócrates, ha sido igualmente mencionado por Twining y Stewardson, y suele persistir muchas horas durante el paroxismo. En estas exacerbaciones suelen verse aparecer algunos de los accidentes perniciosos de que antes hemos hablado, y principalmente síntomas cerebrales como el delirio y el coma, que tambien se encuentran en las observaciones de Hipócrates con los nombres de phrenitis y de lethargia, ó bien síntomas de pneumonia caracterizando la calentura remitente pneumónica. Por otra parte, el estado de la constitucion y de la salud anterior, puede inducir á algunas modificaciones importantes en la fisonomía, digámoslo asi, de cada paroxismo. Asi es que en los individuos débiles y gastados por trabajos penosos ó por los escesos, el pecho es blando, las encías tienen un tinte azulado, la cara de una palidez cadavérica, las estremidades permanecen frias y violáceas en toda la duracion del paroxismo, mientras que el pecho y la cabeza se cubren de sudores frios. En los individuos robustos, la reaccion es franca y enérgica, el calor del cuerpo es considerable, el pulso vibrante, la cara está inyectada, los dolores de los hipocondrios son vivos, y los vómitos frecuentes.

Estas exacerbaciones, que comunmente sobrevienen por la mañana ó por la noche, atacan de repente á los enfermos; tienen siempre una duracion de muchas horas, y se terminan por sudor ó por un simple mador, como las accesiones de calentura intermitente sencilla. Sin embargo, no siempre son las intermitentes tan marcadas como yo digo, sino que á veces son muy oscuras, y aun suelen pasar desapercibidas, en cuyo caso presentan los enfermos un estado tifoideo al parecer continuo.

*Curso, duracion y terminaciones.*—En la calentura remitente nunca hay apirexias, sino únicamente una disminucion periódica en los accidentes, y sobre todo en la misma calentura. Algunas veces sucede que despues de haber permanecido esta algun tiempo en el estado remitente, se hace francamente intermitente; pero otras veces cesan las exacerbaciones periódicas, desaparece la intermitencia, y queda un aparato febril continuo, que suele estar sostenido por alguna inflamacion visceral. Como quiera que sea, si la calentura fue al principio intermitente, suele recuperar su forma primitiva antes de terminarse por la curacion.

Dícese generalmente que la calentura remitente puede afectar los principales tipos de las calenturas intermitentes; sin embargo, rara vez se la observa bajo el tipo cuartanario, y aun el tercianario es poco comuu. En la mayor parte de los casos, tienen las calenturas remitentes accesiones cotidianas, ó doble-cotidianas, pero no hay ninguna que tenga más de dos accesiones por dia. El predominio de algunos accidentes que especializan la fisonomía de la enfermedad, da lugar á distinguir tres formas de la calentura remitente: 1.º la remitente *comun ó vulgar*, en que no se observan mas que los síntomas ordinarios y en grado acostumbrado; 2.º la remitente *biliosa*, en que predominan los síntomas gástricos y que tiene algunos puntos de contacto con la calentura amarilla; 3.º la remitente *perniciosa*, caracterizada por uno de los accidentes graves que se manifiestan en las calenturas perniciosas ordinarias.

La calentura remitente ofrece tambien en su curso la circunstancia particular de una larga duracion, como treinta ó cuarenta dias; pero otras veces se juzga en tres ó cuatro por la salud ó por la muerte; su duracion media, segun Stewardson, es de quince dias. Cuando la terminacion es favorable, el restablecimiento es por lo comun bastante pronto, y la convalecencia corta.

Si la enfermedad tiene una terminacion funesta, sobreviene la muerte despues de un número mayor ó menor de paroxismos, aunque algunos enfermos débiles sucumben á las primeras accesiones, como lo ha observado Twining. Tambien ha probado este autor, que en cada paroxismo hay dos épocas en que el riesgo es mayor, la de la reaccion, durante la cual suelé congestionarse ó inflamarse alguna víscera importante, y aquella en que disminuye la escitacion febril y en la que muchos enfermos caen en un estado de colapso ó de síncope del que muchas veces no pueden salir.

Las calenturas remitentes recidivan con mucha frecuencia, aunque no con tanta como las intermitentes.

*Diagnóstico.*—Difícil es á veces decidir si la calentura es remitente, en razon á que pueden confundirse con ella las exacerbaciones regulares que se observan algunas veces durante el curso de muchas afecciones agudas. Sin embargo, estas exacerbaciones apenas se verifican mas que por la tarde ó por la



noche, mientras que en las calenturas remitentes pueden observarse á todas las horas del día. A estas casi siempre las caracterizan los tres estadios de las calenturas intermitentes, al paso que en las simples exacerbaciones de las enfermedades agudas, no se observa el frío, ni los demás fenómenos que marcan el principio de las primeras, ni los sudores que las juzgan. No por eso se crea que en todas las calenturas remitentes se presentan los tres estadios siempre bien marcados, habiendo casos en que falta alguno de ellos, como se ha visto suceder en las calenturas intermitentes.

Para formar el diagnóstico, debe atenderse tambien al curso de la afeccion; así es que si la enfermedad ha empezado siendo intermitente, esta circunstancia ilustrará al médico sobre el verdadero carácter de la remision que se observa, y sobre el método terapéutico que convenga emplear. Finalmente, la existencia simultánea de un gran número de calenturas intermitentes, el país y la estacion en que reinan, son tambien circunstancias que deberán tomarse en consideracion en los casos dudosos. Para distinguirla de la calentura amarilla, V. esta.

Hemos dicho anteriormente que en París debemos proceder con mucha cautela cuando se trata de alguna calentura intermitente cuyos accesos sean muy inmediatos; lo mismo decimos ahora con respecto al tipo remitente y aun con mayor motivo. La calentura remitente de los países cálidos que tambien reina accidentalmente en algunas localidades pantanosas de Francia en verano y otoño, es casi desconocida en París: de modo que si á nuestra observacion se ofrece en esta capital, un movimiento febril remitente, simple ó pernicioso, deberemos suponer mas bien la existencia de alguna de las numerosas causas que hemos considerado abonadas para ocasionar calenturas intermitentes, que una infeccion miasmática, porque las mas de aquellas causas, en especial la supuracion y la infiltracion urinaria, dan con mas frecuencia origen á una calentura remitente que á una intermitente franca. Añadamos para terminar, que es imposible en el día imitar al famoso Dumas de Montpellier reuniendo con la calentura remitente y la sub-continua de Torti los accidentes febriles que con accesos generalmente regulares se presentan en ciertos individuos que de siete á diez días antes han sufrido alguna grave operacion quirúrgica. Tales accidentes febriles no dependen de otra causa que de la infeccion purulenta de la sangre; y, diga Dumas lo que le plazca, la quina es constantemente ineficaz en estos casos. (V. el estudio de la *Flebitis*.)

*Pronóstico.*—El pronóstico está sujeto á una infinidad de circunstancias. Para formarlo, deberá atenderse á la intensidad de las exacerbaciones y á los síntomas que durante ellas predominan. Los accidentes cerebrales son los que mas peligro acarrear, siendo tambien de un agüero muy funesto el enfriamiento de las estremidades, cuando sobreviene desde el principio, y sobre todo cuando va acompañado del color azul ciánico de la piel. Las calenturas remitentes son unas afecciones graves, que suelen arrebatar mas de la mitad de los enfermos, y constituyen una de las principales causas de mortandad en los climas cálidos. Parece que en Filadelfia apenas sucumben á esta enfermedad mas que una décima parte de los individuos; pero en esto hay grandes diferencias segun los países, los años y aun las estaciones.

*Etiología.*—Sobre la etiología de esta enfermedad no sabemos otra cosa,

sino que es propia de los climas cálidos, y que hace estragos en los lugares pantanosos. Se la encuentra principalmente en las Indias Orientales, en Africa, en todas las provincias sometidas á nuestra dominacion, y particularmente en las costas occidentales, donde es muy raro que un europeo habite un año sin ser atacado de ella, segun consta de las estadísticas publicadas en Inglaterra. Se la ve en América, en una multitud de provincias, y principalmente en las Carolinas, y la Luisiana; finalmente, en Europa, en los Estados mas meridionales, y principalmente en Grecia, y aun en algunos de los departamentos franceses, donde hay muchos pantanos; pero apenas se la observa en París. En los paises donde reina, se la ve exacerbarse principalmente desde el mes de agosto al de octubre. Rara esta enfermedad en los sugetos menores de diez y seis años, ataca con especialidad á los adultos, desarrollándose á veces sin causa conocida, pero muchas otras á consecuencia de una insolacion prolongada, principalmente si los sugetos se esponen en seguida á la influencia de la humedad. Sobre la accion de las demás causas, nada se sabe con exactitud.

*Tratamiento.*—El único remedio específico de las calenturas remitentes, es el sulfato de quinina, que en los casos ordinarios deberá administrarse á la dosis de quince granos, y en los perniciosos á la de veinte á cuarenta, y mas eligiendo para dar el remedio el momento de la remision, esto es, el instante en que el pulso se ablanda y cae, y en que la piel se presenta propensa á humedecerse. Sin embargo, si hay accidentes perniciosos, como el peligro puede ser inminente, debe administrarse desde luego la sal de quinina, aunque sea en la exacerbacion. El sulfato de quinina tiene por efecto ordinario precaver, ó por lo menos hacer menòs intenso el paroxismo siguiente, si bien debemos decir, que las preparaciones de la quina no tienen contra la calentura remitente la misma eficacia que contra las intermitentes. Hay en efecto epidemias y estaciones, en que la quinina obra débilmente, con lentitud, y aun es de todo punto ineficaz, y esto ha hecho que algunos médicos la consideren, aunque sin razon, como absolutamente inútil.

El tratamiento de la calentura remitente comprende tambien algunos otros medios, que no son por lo comun mas que accesorios, y que se han preconizado igualmente como curativos. Colócanse en primer lugar las emisiones sanguíneas generales y locales, pero las primeras casi siempre son funestas, puesto que en cualquier época que se las practique, suele seguirse á ellas un estado de colapso, durante el cual sucumben los enfermos. El mismo inconveniente tienen á veces las sañgrías locales, aunque siempre mucho menor; y si el sugeto es robusto, y hay gran dolor y tension en los hipocondrios y en el epigastrio, puede ser ventajoso aplicar en estas partes algunas ventosas escarificadas; así como deberá procurarse combatir los accidentes cerebrales, con la aplicacion de sanguijuelas detrás de las orejas ó de ventosas á la nuca. La pérdida de sangre no es manifiestamente útil, como dice Twining mas que al principio del primero ó del segundo paroxismo; hecha mas tarde, es un remedio de efecto muy dudoso; preciso es por lo mismo economizarla mucho, y no recurrir á ella sino cuando está imperiosamente indicada por alguna congestion ó inflamacion grave, y aun entonces deberá obrarse con circunspeccion, y vigilarla cuidadosamente. Los médicos franceses que han ejercido en Morea, especialmente



MM. Roux y Pallas, temen muchísimo el peligro que pueden causar las sangrías, aun cuando sean locales, y encargan no practicarlas sino con inmensa circunspeccion. Revulsivos cutáneos y administracion de sulfato de quinina, hé aquí el tratamiento que, segun asegura Pallas, daba resultados siempre satisfactorios y á veces inesperados. M. Stewardson aboga con entusiasmo por la medicacion revulsiva, cuyas ventajas ha observado. Cuando hay un grande estupor, se felicita mucho de la aplicacion de un vejigatorio á la nuca, y dice haberse asegurado tambien de la utilidad de este exutorio, aplicado á los hipocondrios y al epigastrio, cuando los dolores de estas regiones son vivos y existe opresion y una grande irritabilidad en el estómago. Al interior deberán los enfermos usar moderadamente de bebidas acídulas, gaseosas, frescas, y aun heladas. Deberá mantenerse la libertad del vientre por medio de lavativas ó de suaves catárticos; pero es necesario abstenerse de purgantes violentos, tales como los que con sobrada frecuencia emplean los médicos ingleses, puesto que ni aun los mismos calomelanos, esa especie de panacea de nuestros vecinos de *ultra-mancha*, tienen al parecer ninguna eficacia.

*Naturaleza.*—De lo dicho se infiere, que es inútil insistir en probar la identidad completa de las calenturas remitentes é intermitentes, puesto que reconocen unas mismas causas; tienen síntomas comunes; siguen un mismo curso, y se curan las mas veces con la quina: de modo que estas dos especies de afecciones, no parecen diferenciarse mas que en el grado. Se necesita algo mas para producir una calentura remitente que una intermitente, como ha dicho con razon Baumès en su *Traité des fièvres remittentes*. Este autor hacia depender la primera de estas calenturas, de la mayor actividad de las causas morbosas. Otros, con Nepple y Maillot, han esplicado la remision de la calentura por la persistencia de alguna irritacion ó inflamacion visceral despues de las accesiones. Sin embargo, las investigaciones de anatomía patológica no justifican enteramente esta opinion; porque, como ya hemos visto, las lesiones del estómago no son bastante graves para esplicar el aparato de síntomas que se observa, fuera de que no está probado que estas lesiones no sean las mas veces cadavéricas; por fin los trabajos de MM. Léonard y Folley, que versan, como hemos dicho varias veces; sobre la composicion de la sangre, rechazan toda idea de inflamacion. ¿Será tal vez la calentura remitente una enfermedad sintomática de la lesion del bazo ó del hígado? Pero á este modo de ver, pueden oponerse todas las razones con que se objeta á los que quieren localizar las calenturas intermitentes en el bazo, á saber: que puede existir la lesion de esta viscera, y aun muy graduada, sin escitar la calentura; que falta las mas veces en los primeros tiempos; que suele aumentarse cuando la calentura disminuye, y aun despues de haber desaparecido completamente. Por consiguiente, debe considerarse el aumento de volúmen y el reblandecimiento del bazo, como una consecuencia, como un resultado, y no como una causa de la calentura. Tampoco creo haya quien se atreva á sostener que la causa de los desórdenes funcionales y de la calentura, esté en la alteracion del hígado, que ciertamente no tiene un origen mas inflamatorio que la del bazo. Esta imposibilidad de encontrar en los sólidos alguna lesion que fuese característica de la enfermedad, ha hecho nacer en ciertos autores la idea de buscar alteraciones en algun líquido: por lo mismo ha sido preciso suponer una causa mas general, y considerar la enfermedad como dependiente de una

infeccion ó de una alteracion particular de la sangre, alteracion que al propio tiempo se deja sentir en todo el organismo.

#### DE LA CALENTURA PSEUDO-CONTINUA.

Los médicos que han ejercido la profesion en paisos pantanosos, han notado hace mucho tiempo, que en estas localidades se padecen unas calenturas continuas, simples ó acompañadas de algun accidente pernicioso, que reconocen el mismo origen que las calenturas intermitentes y remitentes, y ceden, como estas últimas, á la administracion de los preparados de la quina. Estas afecciones febriles son las que constituyen las *calenturas pseudo-continuas*, denominadas así por lo muy parecidas que son en su curso á las enfermedades francamente continuas.

El doctor Maillot tiene exclusivamente el mérito de haber llamado la atencion de los médicos, sobre todo de los militares, acerca de este punto de la ciencia, casi olvidado, á pesar de encontrarse clarísimamente espuesto en muchas obras clásicas, en especial en las de Sydenham y de Tórti.

La calentura pseudo-continua es la forma mas rara de las enfermedades procedentes de infeccion pantanosa. Nada es en efecto mas comun que producirse por la influencia de las emanaciones pantanosas un movimiento febril de una continuidad perfecta; esto es, sin intermision ni remision notables. Entiéndase que yo hablo aquí únicamente de nuestro clima, y que no sucede absolutamente lo mismo en otras latitudes. En efecto, Maillot ha observado que en Argelia, y principalmente en Bona, no hay en el mes de junio mas que calenturas intermitentes y pseudo-continuas, desapareciendo completamente en esta época las remitentes y subintrantes; sin embargo, estas afecciones deben depender del mismo principio, puesto que el sulfato de quinina es igualmente eficaz contra ellas.

*Sintomas.*—La calentura puede ser continua desde el principio, ó bien no hacerse tal sino poco á poco: entonces empieza por accesiones intermitentes cuotidianas, que se aproximan y reunen hasta que cesando toda apariencia de paroxismo, la enfermedad se asemeja enteramente á una apirexia continua. Esto no obstante, y á pesar de la apariencia de una continuidad la mas completa, rarísima vez dejan de observarse tambien algunos recargos periódicos mas ó menos marcados, segun el tipo que la calentura presentaba al principio; y esto es lo que me ha hecho decir que la calentura pseudo-continua franca, era sumamente rara, porque desde el momento que se presentan paroxismos regulares, la calentura pertenece á la clase de las remitentes. En la calentura pseudo-continua no suele haber mas que un simple movimiento febril; pero otras veces sobrevienen ademas algunos de los accidentes graves de las calenturas perniciosas, y principalmente síntomas cerebrales.

*Curso.*—Por poco que se prolongue la calentura pseudo-continua, tiene una grande tendencia á complicarse con accidentes tifoideos. Cuando esto sucede, se seca y ennegrece la lengua, cubrense los dientes de un lentor fuliginoso, cae el enfermo en una postracion estrema, oscurecense las ideas, sobrevienen delirio, coma, saltos de tendones, y casi siempre tiene la enfermedad un éxito funesto. Otras veces, bien sea espontáneamente ó por efecto de un tratamiento apropiado,



se trunca la continuidad de la calentura, apareciendo paroxismos regulares ó una verdadera intermision.

*Diagnóstico.*—Si desde el principio es la calentura continua y estalla algun síntoma grave, pernicioso, es muy espuesto desconocer la verdadera naturaleza de la afeccion, que en tal caso se termina muy pronto por la muerte.

El país y la naturaleza de las enfermedades reinantes son las únicas circunstancias que pueden á veces despertar la atencion del práctico, porque lo que es en el curso de los síntomas es imposible descubrir ninguna particularidad capaz de revelar el origen del mal. Sin embargo, es raro verse en un embarazo tan grande, puesto que en casi todos los casos, si no se descubren ya paroxismos regulares, preguntando á los interesados se averigua si la enfermedad presentó al principio accesiones francamente intermitentes, ó mas bien paroxismos remitentes que terminaron para no reproducirse.

*Pronóstico.*—El pronóstico de la calentura pseudo-continua viene á ser el mismo que el de la calentura remitente.

*Tratamiento.*—No habiendo tenido ocasion de observar la calentura pseudo-continua, y no habiéndome satisfecho los trabajos que he consultado, y particularmente la obra de Maillot, apenas me atrevo á decir aquí cuál sea la regla que deba seguirse en el tratamiento de la enfermedad: sin embargo he aquí lo que mas racional me parece: si la calentura es sencilla, si no está complicada con ningun accidente pernicioso y la reaccion es viva, está indicado abrir la vena, y si ademas hay signo de congestion ó de flogosis en alguna víscera, deberá recurrirse á la aplicacion de ventosas ó de sanguijuelas. Esta medicacion suele bastar para interrumpir la continuidad de la calentura, que haciéndose remitente ó intermitente, se la puede atacar fácilmente con el sulfato de quinina administrado como queda dicho. Si hubiese síntomas perniciosos, creo que á vista del peligro que amenaza á los enfermos no seria prudente diferir la administracion de la sal de quinina hasta despues de haber empleado las emisiones sanguíneas; y aun suponiendo que estuviesen estas indicadas por la naturaleza de los síntomas y que las permitiese el estado de las fuerzas, siempre seria mi opinion que se les asociasen al mismo tiempo las preparaciones de la quina. Este medicamento y los escitantes difusivos, auxiliados de revulsivos cutáneos, son los únicos medios á que debe recurrirse cuando la calentura se complica con accidentes tifoideos.

*Naturaleza.*—La calentura pseudo-continua tiene la misma naturaleza y origen que la calentura intermitente, de la cual no se diferencia mas que por la continuidad accidental del movimiento febril. Se ha procurado explicar esta continuidad como se explica la de la calentura remitente; esto es, suponiendo la persistencia de lesiones viscerales de naturaleza inflamatoria, principalmente en los órganos digestivos y sus anejos; pero las aperturas de cadáveres no han resuelto todavía esta cuestion, al paso que el análisis de la sangre verificado por MM. Leonard y Folley, se opone á toda idea de inflamacion; y la ciencia, por otra parte, aguarda todavía nuevos hechos para ilustrar todo lo respectivo á la calentura pseudo-continua, cuya historia se halla aun por trazar.

## QUINTO GÉNERO DE CALENTURAS.

### DE LA CALENTURA HÉCTICA.

SINONIMIA.—*Febricula*.—Calentura lenta.

Se da el nombre de calentura *hética* á una calentura continua ó remitente de una duracion larga é incierta, y que ofrece entre sus síntomas mas notables un enflaquecimiento progresivo que suele llegar hasta el marasmo.

*Síntomas*.—Los autores han dividido esta calentura en tres períodos: el 1.º (*febris inchoata*); no presenta mas de notable que una disminucion del apetito, de las fuerzas y de la gordura, el enfermo está pálido, y hay alternativas de frio y de calor; es este mordicante, acre y muy subido en las palmas de las manos. La calentura aumenta notablemente un poco despues de tomar el enfermo alimentos, circunstancia que llamó sobremanera la atencion de los autores antiguos: en el segundo período (*febris adulta*) el enflaquecimiento hace progresos; la piel comunmente descolorida en todo el cuerpo, suele tener color encarnado mas ó menos intenso al nivel de los pómulos; raras veces es fatigosa la digestion, que al contrario se verifica satisfactoriamente y el apetito no falta: deben, sin embargo, esceptuarse los casos en que los órganos digestivos son el asiento del mal, y por consiguiente el punto de partida de la calentura. Mas á proporcion que esta progresa, muchos enfermos tienen vómitos y muchísimos diarrea colicuativa que aumenta la grande debilidad. En este período las fuerzas menguan, y con todo los enfermos no guardan cama y muchos de ellos desempeñan sus ocupaciones. Es digna de notarse la energía con que algunos ejercen las funciones sexuales que tan completamente abolidas están durante las enfermedades agudas. A pesar de cuanto se ha dicho relativamente á la indicada energía, yo la considero muy escepcional.

La calentura *hética* es continua, pero con recargos todas las noches, ó todas las tardes sobre las dos ó las tres; varias veces hay dos recargos en veinte y cuatro horas; se terminan con sudores muy á menudo escesivos. Los síntomas que acabamos de esponer, aumentan mucho en breve tiempo, y entonces el mal ha llegado á su tercero y último período. Tienen los desgraciados enfermos hundidos los ojos, las sienes deprimidas, las costillas prominentes, muy bajo el vientre y atrofiadas todas las partes blandas; su piel se pone seca y mugrienta, su pelo se cae, sus miembros se hinchan, su boca se tapiza de una erupcion pseudo-membranosa, y por fin espiran en el último grado de marasmo. Esta calentura tiene una duracion incierta, que rara vez es menor de dos ó tres meses, y la muerte es su resultado mas constante.

*Diagnóstico*.—Siendo la calentura *hética* casi siempre sintomática, como antes hemos dicho, convendria investigar cuidadosamente, siempre que se presente, la causa que la ha producido y la sostiene. Difícil es en algunos casos localizar la enfermedad, á causa del escaso número de síntomas locales que se observan; pero atendiendo á que los tubérculos pulmonales son la causa mas comun de la calentura *hética*, y á que esta lesion orgánica produce por sí sola mas calenturas *héticas* que todas las demás causas reunidas, se verá el médico natu-



ralmente conducido á sospechar la existencia de esta lesion siempre que no pueda esplicar la calentura por algun otro daño local manifiesto : tambien la sospechará aun en los casos en que le parezca que la consuncion podria esplicarse por intensos pesares, repetidos escesos ó evacuaciones inmoderadas.

Al escribir de esta suerte, tengo principalmente en consideracion lo que en este país pasa: mas en los climas cálidos, en la Argelia sobre todo, es indispensable asegurarse del estado del hígado, porque acontece con harta frecuencia que un absceso de este órgano se da á conocer por una calentura continua ó intermitente, sin haber producido de antemano ningun síntoma local.

Inútil me parece decir que la calentura héctica se distingue fácilmente de las periódicas prolongadas, tan notables y claras en atencion á sus accesos regulares, á sus estadios, á sus causas y aun á las lesiones consecutivas que determinan (tumefaccion del bazo, amarillez del cutis é hidropesías). En algunas ocasiones no cabe duda que la calentura héctica puede en su principio por la regularidad de los accesos simular una intermitente legitima: pero téngase presente lo que hemos dicho hace poco, esto es, que los accesos hécticos vienen casi siempre á la noche, que no se curan con sulfato de quinina, ni están acompañados de tumefaccion esplénica.

*Pronóstico.*—Siempre grave; pero ha de subordinarse necesariamente á la naturaleza de las lesiones, de las que la calentura héctica es síntoma.

*Causas.*—Desde Hipócrates hasta nuestros dias siempre se ha hablado de la calentura héctica; los antiguos la consideraban como esencial las mas veces; pero los trabajos modernos han hecho ver que la calentura héctica es casi siempre sintomática de alguna lesion visceral; y esto es lo que el mismo Cullen habia ya sentado. Las enfermedades que mas comunmente sostienen la calentura héctica, son: los tubérculos y en particular los de los pulmones, las supuraciones considerables, sobre todo cuando el pus se ha hecho pútrido, las caries, las inflamaciones crónicas de las membranas mucosas intestinal, aérea y genito-urinaria: asi la enteritis, bronquitis, cistitis y hasta simples leucorreas, producen frecuentemente calentura consuntiva por la escensiva secrecion á que dan lugar. En la sabia monografía de Trnka y en la tesis inaugural de Broussais, se prueba, que la calentura de que tratamos, puede igualmente depender de la exagerada secrecion de algun humor natural, v. gr. orina, sudor, leche, saliva, y con mas motivo de pérdidas de sangre. Natural parece que la produzcan tambien las emociones morales, los pesares, la nostalgia, las grandes fatigas; los dolores violentos como los de algunas rebeldes neuralgias y la escasa alimentación y mucho mas el hambre. Con todo, ninguno de los hechos citados por los autores es concluyente, pues en muchísimas ocasiones se ha creido existir calentura tan solo porque el pulso era frecuente, circunstancia comunísima en la gente debilitada. Tampoco se ha investigado con esmero si la existencia de la calentura héctica se debia á alguna tuberculizacion intercurrente. Veremos en efecto mas adelante que la diabetes, la galactorrea, la espermatorea, la nostalgia y todas las causas debilitantes van con frecuencia seguidas de tubérculos pulmonales. De la existencia de estos ha de procurar cerciorarse el médico cuantas veces observe calentura consuntiva durante el curso de las enfermedades que acabo de indicar. Es el tubérculo el único entre todos los productos accidentales que da origen á la calentura héctica. El cáncer constituye una enfermedad apirética en todos

sus periodos, menos cuando escita abundante supuracion en los tejidos que le rodean. Si ciertas producciones, v. gr. los quistes acefalocystos, son alguna vez compañeros de las tisis, esto depende de la supuracion de su cavidad: siendo probable que de igual manera obren los cuerpos estraños que introducidos en las vias aéreas, determinan tambien la tisis.

¿El estado de preñez es capaz por sí solo de escitar en algunas mujeres un aparato febril continuo con nocturnas exacerbaciones, aparentando perfectamente una calentura sintomática de la tisis pulmonal tuberculosa? Burns y Jacquemier en su *Traité d'obstetrique* traen un caso afirmativo: hace algunos años que yo observé otro. La mujer estenuada, consumida por la calentura y los sudores nocturnos vió desaparecer todos los accidentes luego de haber tenido un parto á los siete meses de la preñez, recobrando completamente los atributos de la mas hermosa salud. Raros son, á la verdad, los hechos de que hablo: muy raro es tambien que el embarazo y la calentura principien juntos y que uno y otra se sostengan todo el tiempo que corresponde al primero, pues lo comun es cesar los accidentes desde el cuarto ó quinto mes.

¿Segun esta enumeracion de las causas de la enfermedad, deben admitirse todavía calenturas hécticas *esenciales*, esto es, calenturas que no pueden esplicarse por ninguna lesion material ó apreciable en los sólidos ni en los líquidos? Este es un hecho muy dudoso; y si existe ha de ser rarísimo. Sin embargo, Chomel ha observado dos calenturas hécticas que ocasionaron la muerte. sin que la autopsia descubriera ninguna lesion capaz de esplicar los síntomas observados durante la vida (1) y Boisseau cita otro caso análogo (2).

*Tratamiento.*—El tratamiento es variable. Nada puede hacerse contra la calentura misma, y por lo tanto todos los medios de que el arte puede disponer deberán dirigirse contra las afecciones de las que es síntoma la calentura héctica, y contra los accidentes que hayan tomado predominio. El arte se muestra casi siempre impotente para vencer las tuberculizaciones de las vísceras; pero interviene con muchísimo provecho en el tratamiento de varias supuraciones y de enfermedades de los huesos.

Entre los principales síntomas que deben combatirse hay la misma calentura, si tiene accesos regulares, hay los sudores y la diarrea. Los accesos febriles reclaman la administracion del sulfato de quinina, que por desgracia ó no los cura, ó lo hace por breve tiempo. Contra los sudores se ha elogiado el acetato de plomo; tambien el agarico blanco, el tanino y la quina, medios todos, en verdad, muy rara vez eficaces: la diarrea se combate con los medicamentos mucilaginosos, los opiados tanto por la boca como por medio de lavativas, el bismuto y los astringentes.

(1) *Nouveau journal de médecine*; tom. III.

(2) *Pyretologie physiologique*.



## SEGUNDA CLASE DE ENFERMEDADES.

### DE LAS ENFERMEDADES QUE DEPENDEN DE UN VICIO DE PROPORCION EN LA SANGRE.

Hay una clase de enfermedades que dependen, ó de una alteracion de cantidad en la masa de la sangre, ó de una falta de proporcion en los glóbulos, ya en mas ó ya en menos de lo que corresponde al estado fisiológico. En esta clase de enfermedades las hay generales y locales; segun que los vicios de proporcion de la sangre existen en la masa entera, ó solo en la porcion de este líquido que afluye hácia tal ó cual órgano. En las enfermedades generales se cuentan la plétora y la anemia, á la cual aproximaremos la clorosis. En las enfermedades locales están todas las congestiones sanguíneas y las anemias locales, afecciones que resultan únicamente de dirigirse la sangre en cantidad excesiva ó escasa á los capilares de un órgano ó de una porcion de órgano, sin que para ello sea necesario que sobrevenga ninguna alteracion notable en las partes constitutivas del líquido, mientras que en la plétora y la anemia hay á la vez alteracion de cantidad en la masa de la sangre, y desproporcion en una de sus partes constituyentes. Como quiera que sea, las enfermedades de esta clase pueden dividirse en dos géneros: 1.º enfermedades en que se halla la sangre en exceso; 2.º enfermedades en que la sangre está en defecto.

### PRIMER GÉNERO.

#### ENFERMEDADES POR ESCESO DE SANGRE.

##### DE LA PLÉTORA Ó POLIEMIA.

En el lenguaje de los antiguos médicos, la palabra *plétora* (derivada de *πληθώρα* *replecion*) servia para designar la superabundancia real ó presunta de ciertos líquidos, como la sangre, la linfa, la bilis, el esperma, la leche, etc.; pero en el dia esta palabra está exclusivamente reservada, segun unos, para espresar que el sistema circulario contiene una cantidad de sangre mucho mayor de la que pueden soportar las necesidades de la economía; segun otros, para significar que hay únicamente demasiados glóbulos.

Segun esta definicion, la plétora deberia constituir siempre un estado morboso propiamente tal; sin embargo, se conviene generalmente con Chomel, en que hay una plétora permanente constitucional, que para ciertos individuos es un estado fisiológico, puesto que es compatible con el ejercicio regular de todas

sus funciones; en el caso contrario, la plétora se llama *morbosa*. Algunos médicos admiten también una plétora *acosa* ó *caquética*, caracterizada por el aumento considerable del suero; mas constituyendo esta circunstancia una enfermedad esencialmente distinta de la plétora, hablaremos de ella en otro lugar (V. *Anemia*).

*Anatomía patológica.*—Toda la anatomía patológica de la plétora está limitada al estudio de las alteraciones de la sangre. La opinión mas general y mas antigua es, que en el estado plétórico hay verdadero aumento de la masa de la sangre. Esto parece muy cierto, la observación clínica lo prueba; pero no es posible demostrar rigurosamente el hecho.

Si estudiamos las propiedades físicas de la sangre de los pléticos, observamos que estraido dicho líquido de la vena, forma un coágulo considerable de mediana consistencia, sin presentar jamás costra flogística, pero sí alguna vez una película transparente ó varios puntos separados y de color de iris. Probaron MM. Andral y Gavarret que la cantidad de la fibrina no está aumentada, aunque generalmente se crea lo contrario: así es que analizando la sangre procedente de treinta y una sangrías, hallaron, que la cantidad media del principio fibrinoso era igual á 2,7 (la cantidad mayor en el estado normal es;  $3 \frac{1}{2}$ ) y que contenía dicha sangre mucha menos agua, al paso que muchos mas glóbulos. Es el número de estos en el estado normal, representado por el guarismo 127 (término medio), pudiendo elevarse en la plétora hasta 154, ó dando por término medio 141. Algunos años atrás, los doctores Becquerel y Rodier han pretendido que estos resultados no eran exactos (*Gazette médicale* de 1844) sosteniendo que no había tal aumento de glóbulos en la sangre de los pléticos, pues que los números dados por Andral y Gavarret, corresponden á los glóbulos que tiene la sangre en estado normal (1). Recientemente volvieron los mismos doctores á sostener en su *Traité de chimie pathologique*, que la plétora no dependía del aumento del principio globuloso de la sangre, asegurando que los mismos accidentes pléticos pueden desarrollarse cuando hay aumento, que cuando hay disminución de glóbulos. Admitiendo Becquerel y Rodier la opinión antigua, que es la que yo admito también, juzgan que la plétora depende del aumento de la masa de la sangre. Sin embargo, el número mayor de los glóbulos ¿carece de influencia? ¿no ha de tener grande importancia en la plétora? Cuestión es esta que reclama nuevos estudios verificados en grande escala, porque hasta ahora no se han hecho así.

*Síntomas.*—Los signos de plétora pueden desarrollarse poco á poco ó repentinamente, por alguna de las causas ocasionales que mas adelante mencionaremos. En la plétora se observa una especie de rubicundez y de tumefacción en toda la cubierta cutánea, debida á la repleción del sistema capilar, principalmente en la cara, en las manos, cuyos movimientos de flexión son difíciles, y en los pies, que están como adormecidos y comprimidos por el calzado. El pulso es dilatado y duro, los latidos del corazón enérgicos; pero es rarísimo que

(1) MM. Becquerel y Rodier, hacen á MM. Andral y Gavarret, un cargo de no haber presentado el número medio correspondiente á cada uno de los dos sexos. Queriendo ellos conocerlo, han hallado que es menor en la mujer la proporción de los glóbulos sanguíneos: y he aquí los resultados de dichos autores. En la mujer, máximum 137; mínimum 115; número medio 127. En el hombre, máximum 151; mínimum 131; número medio 141.



haya ruido alguno patológico, como durante mucho tiempo se habia enseñado. Todas las venas están distendidas, y la circulacion se efectúa con mucha lentitud en estos vasos. Tambien se descubre algunas veces por medio de la percusion, que los principales receptáculos de la sangre, y principalmente el corazon y el hígado, ocupan un espacio mayor, como lo ha notado por primera vez Piorry; los pulmones mismos están á veces algo atascados en su parte posterior, como lo prueba la disminucion de la sonoridad y de la expansion vesicular que puede observarse en ella. Todas estas circunstancias prueban que la masa total de la sangre se halla aumentada.

El individuo pletórico experimenta laxitudes, y un estado general de entorpecimiento; está perezoso, se le resiste el trabajo; se duerme apenas se queda quieto, y su sueño es pesado y agitado por ensueños, siéndole difícil despertarse. La cabeza está pesada; hay vértigos y zumbidos de oídos; la cara se pone momentáneamente encarnada, quejándose los enfermos de sentir en ella un calor incómodo, á lo que suele darse el nombre de llamaradas. Al mismo tiempo el apetito se disminuye ó se pierde enteramente; las evacuaciones albinas son raras, las orinas encendidas y copiosos los sudores: algunas veces hay un poco de opresion.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Estos síntomas pueden persistir uno ó muchos días, una ó muchas semanas, y aun muchos meses, pero con ciertas alternativas; despues se van disipando, hasta que cesan espontáneamente. Otras veces juzga la enfermedad una hemorragia, un sudor abundante, un flujo urinario ó intestinal, ó una calentura efémera. Las recaidas son muy raras, como observa Chomel, al paso que las recidivas son sumamente frecuentes. La enfermedad suele reproducirse entonces con los mismos síntomas, y siempre se termina del mismo modo. La plétora es una causa predisponente ó eficiente de muchas enfermedades; y asi es que ciertas hemorragias y congestiones sanguíneas, no reconocen mas causa que un estado pletórico. Tambien se ha dicho que la plétora predisponia á las inflamaciones; pero esta opinion solo se ha emitido por analogia, y por un efecto de las ideas que se tenian acerca de la composicion de la sangre, que se creia muy rica en fibrina. Por otra parte, Andral se ha asegurado, por medio de la observacion clínica, de que los pletóricos no están mas expuestos que los demás á contraer inflamaciones.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la plétora ofrecerá muy rara vez dificultad. Es preciso tratar de conocerla por el conjunto de las perturbaciones que causa, y no por el pulso únicamente, porque el pulso engaña. Hay personas muy pletóricas que teniendo las arterias radiales pequeñas ó profundas, presentan un pulso delgado y que produce en los dedos del médico suavísima impresion; al paso que otros individuos, sobre todo muchísimos ancianos, tienen dichas arterias tirantes ú osificadas, y por consiguiente un pulso dilatado, duro y vibrante, sin ser pletóricos. Apuntaremos aquí (pues en otra parte lo esplicaremos detalladamente) que muchos facultativos confunden, en especial en las mujeres que están en cinta, la plétora con ciertas formas de la clorosis; lamentable y perjudicial error que enseñaremos á evitar cuando nos ocupemos de la anemia.

*Pronóstico.*—Casi nunca es funesto el pronóstico de la plétora; lo seria, sin embargo, si se tratase de un estado pletórico que tuviese frecuentes recidivas, acompañándose de permanente congestion en alguna viscera importante.

*Etiología.*—La plétora, rara en la infancia y en la adolescencia, es mas comun en el periodo medio de la vida; las mujeres están mas espuestas á ella que los hombres, lo cual se esplica por su vida sedentaria, por los trastornos de la menstruacion, y finalmente, porque á causa de la hemorragia mensual á que se hallan sujetas, es mucho mas activa en ellas la sanguificacion. El estado de preñez es una causa muy frecuente de plétora, lo cual depende quizá de la supresion de las reglas, y del menor ejercicio que suelen hacer las embarazadas, unido esto á una alimentacion mas abundante: conviene, empero, tener presente, que la frecuencia del estado pletorio en las embarazadas no es de mucho tanta como se ha dicho, por haber atribuido á la plétora ciertos accidentes que nada tienen que ver con ella. La plétora rara vez ataca á los hombres robustos que se dedican á trabajos materiales penosos, mientras que afecta con frecuencia á los sugetos sanguíneos, repletos, obesos, de rostro encarnado, que se fatigan poco, hacen poco uso de su inteligencia, duermen mucho y comen con abundancia. La primavera parece ser la estacion mas favorable para la plétora. Tambien suele desarrollarse este estado por alguna causa que escite la circulacion, como la esposicion á una temperatura elevada, la inmersion en un baño muy caliente, un exceso en la comida, una emocion moral, la supresion de una hemorragia, ó la omision de una sangría habitual. Finalmente, individuos hay, que ya sea por un vicio hereditario, ya por una disposicion innata ó adquirida, elaboran siempre, hagan lo que quieran, mas sangre de la que pueden necesitar: consideraremos á tales individuos como atacados de una especie de diatesis pletórica, cuyos efectos son muy varios.

*Tratamiento.*—La sangría general es el medio por escelencia para combatir la plétora, añadiendo á ella el uso de algunos laxantes, las bebidas diluentes diuréticas, y un régimen suave.

Si la plétora recidiva con frecuencia, es necesario sujetar los individuos á un régimen severo, de modo que su alimentacion se componga principalmente de vegetales herbáceos y carnes blancas, absteniéndose de licores espirituosos y de vinos generosos, cuidando de mantener libre el vientre por medio de lavativas, haciendo diariamente algun ejercicio á pié, escitando la transpiracion, y finalmente, recurriendo lo menos posible á la sangría; porque las sangrías repetidas, del mismo modo que las hemorragias constitucionales, tienen el inconveniente de activar la sanguificacion, y por consiguiente, dè ser una causa remota de plétora.

#### DE LA CONGESTION SANGUÍNEA EN GENERAL,

Debe darse el nombre de *congestion* (de *congerere*, acumular), de *hiperemia* ó de *plétora local*, á la acumulacion de sangre en mayor cantidad que en el estado normal, en una parte cualquiera del cuerpo.

Distínguense dos variedades ó especies de *congestion*: 1.º una *congestion activa ó esténica*, en la que se ha supuesto un aumento de vitalidad en las partes; y esta debiera ser la que se designase con el nombre de *fluxion*; 2.º una *congestion asténica* ó pasiva, es decir por relajacion ó atonía de los vasos, bien sea que esta *congestion* se efectúe espontáneamente, ó bien que resulte de un obstáculo mecánico á la circulacion venosa. Semejantes á esta última especie



son las congestiones llamadas *cadavéricas*, esto es, las que se forman despues de la muerte ó en los últimos instantes de la vida.

*Anatomía patológica.*—Cuando un órgano adolece de congestion, se halla en él aumentada la cantidad de sangre que normalmente debia contener. Por efecto de esta acumulacion se aumenta su volúmen, se altera la coloracion de su tejido, poniéndose rosáceo, encarnado ó negruzco. El aumento del volúmen no solamente es producido por la mayor cantidad de sangre contenida en los vasos, sino tambien por una infiltracion de serosidad en las mallas del tejido celular, puesto que por poco que se prolonguen las congestiones, suelen complicarse de edema, el cual resulta probablemente del éxtasis de la sangre, y de la dificultad con que circula este líquido en el órgano hiperemiado. La congestion puede ocupar todo el órgano, ó ser tan solo parcial. Si la parte hiperemiada está formada de dos tejidos ó de dos sustancias de una vascularidad desigual, como el cerebro y los riñones etc., casi siempre se verá que la congestion es mas considerable en el que tiene normalmente mayor número de vasos. Por lo demás, en igualdad de circunstancias, la congestion siempre es mas marcada en las partes mas declives, cosa que no siempre debe atribuirse á un efecto cadavérico, especialmente en cuanto á los pulmones, como se verá mas adelante. Un tejido simplemente congestionado no experimenta ninguna modificacion de consistencia y si á veces se halla esta disminuida, depende de la gran cantidad de líquidos de que está impregnado, bastando entonces comprimirlo, y esprimir la sangre y la serosidad que contiene para restituirle su densidad normal, asi como basta lavarlo ó ponerlo en maceracion algunas horas para quitarle el color. El mismo resultado se obtendria inyectando agua en los vasos, lo cual prueba, que en la congestion no hace mas la sangre que estancarse en los capilares, sin combinarse con los tejidos. Escusado es decir, que en un órgano congestionado, deben los vasos aparecer mayores, y aun puede ser tal su tension que lleguen á rasgarse, resultando de aquí hemorragias, circunscritas ó difusas, segun la abundancia de la sangre, el volúmen de los vasos, y la testura de las partes. Parece que la dilatacion de los vasos de los órganos congestionados debe ser casi siempre consecutiva, porque, segun dicen, examinados los capilares á beneficio del microscopio cuando la congestion empieza, se ven reducidos ó sea estrechados, de cuya circunstancia resulta necesariamente la disminucion del calibre de los vasos capilares, y una velocidad correspondiente en la circulacion; porque las leyes físicas prueban, que cuando un líquido pasa por un tubo con un grado determinado de velocidad, si la fuerza de impulsion no disminuye y el calibre del tubo si, el líquido indispensablemente pasará con más velocidad. El estado de contraccion capilar es tan fugaz, que á veces por su cortísima duracion parece faltar. Tambien Dubois d'Amiens ha deducido de algunas investigaciones microscópicas, que en la congestion se limita la sangre á distender los capilares de primer orden, esto es, aquellos que son continuos é intermedios á las arterias y á las venas; mientras que cuando llegan á inyectarse los capilares mas tenues y naturalmente blancos, la hiperemia se inclina á la hemorragia ó á la inflamacion. Inútil es advertir al lector la reserva con que debe admitir esta opinion, asi como todas las que se apoyan en resultados microscópicos. La hiperemia no se caracteriza por ningun estado especial de la sangre.

La presión de los capilares arteriales produce  
— contracción.

Los caracteres anatómicos de las congestiones anteriormente descritos, suelen disiparse con la mayor rapidez en los últimos instantes de la vida, y esta es la causa de que en la abertura de ciertos cadáveres no se encuentren ya vestigios de las congestiones que se diagnosticaron durante la vida, y que produjeron graves accidentes.

*Sintomatología.*—Una congestion puede formarse de repente ó con lentitud, y puede ir precedida ó acompañada de síntomas generales y simpáticos sumamente variables; pero se caracteriza principalmente por trastornos locales que varían segun una multitud de circunstancias, y en especial, segun el órgano donde reside la congestion. Así es, que cuando la parte hiperemiada es exterior, se la ve enrojecerse y aumentar de volúmen; su temperatura parece elevarse, y las arterias que atraviesan por ella, laten con mas fuerza que de costumbre. Los enfermos suelen sentir tambien calor en aquel punto, un dolor obtuso, ó una sensacion de adormecimiento; las funciones del órgano se hallan igualmente mas ó menos pervertidas, variando esto desde un trastorno apenas notable, hasta la suspension completa de la funcion, como se observa por ejemplo en ciertas congestiones cerebrales, que pueden matar rápida y casi instantáneamente.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Los síntomas propios de las congestiones pueden llegar de pronto á su máximun de intensidad; pero otras veces siguen por algun tiempo su curso ascendente. Su duracion es generalmente corta, pasando rara vez de tres ó cuatro dias, si bien puede prolongarse muchos meses y durar solo algunos momentos; pero estos casos son escepcionales. Ninguna relacion se encuentra por otra parte entre la violencia de la congestion y su duracion: en efecto, una congestion puede cesar en un punto y reproducirse en otro, de modo que en el espacio de algunas horas ó de algunos dias, los órganos mas distantes, así internos como externos, pueden ser atacados de un movimiento fluxionario. Trousseau, que ha observado muchos hechos de este género, dice, que esta variabilidad en el asiento de las congestiones, apenas se nota mas que en las mujeres cloróticas.

En la mayor parte de los casos, la congestion se termina por delitescencia ó por resolucion, y esta va á veces acompañada de algun movimiento crítico en la piel ó en el tubo digestivo; otras veces se juzga la hepíremia por una hemorragia que sobreviene en el órgano congestionado ó en su inmediacion; finalmente, en los casos mas raros, se ve sobrevenir una inflamacion mas ó menos grave.

Pocas enfermedades hay mas espuestas á recidivas que las hiperemias. Se ha dicho con razon que las congestiones llamaban otras congestiones, y que cuando un órgano es atacado una vez de fluxion, adquiere mucha tendencia á una fluxion nueva. Hay individuos en quienes estas hiperemias se verifican siempre en un mismo punto, y por intervalos mas ó menos aproximados, y á veces regulares. La frecuente reproduccion de congestiones en un mismo órgano, acaba por producir diversas lesiones consecutivas, tales como una vascularidad mayor, y mas tarde un aumento de volúmen ó una hipertrofia. Por el contrario, no está de modo alguno demostrado que las partes afectadas frecuentemente de hiperemia, se hagan mas propensas á lesiones orgánicas y producciones accidentales. Sin embargo, sucede con frecuencia formarse de cuando en cuando en el seno de un tejido crónicamente afectado, congestiones sanguíneas activas.



que tienen por efecto aumentar momentáneamente los padecimientos, y comunicar un curso mas rápido á la lesion orgánica.

*Diagnóstico.*—A veces es difícil distinguir una hiperemia del primer grado, de una inflamacion ó de una hemorragia intersticial. Imposible nos es establecer sobre este punto ninguna regla general de diagnóstico, pero al tratar de cada hiperemia, cuidaremos de esponer las dificultades de los casos particulares; é investigaremos cómo puede triunfarse de ellas.

*Pronóstico.*—El pronóstico varia segun la forma de la congestion y su persistencia, segun la importancia del órgano afectado, segun sus modos de terminacion, etc., pero esto se explicará mejor, cuando tratemos de cada hiperemia en particular.

*Etiologia.*—Todos los órganos pueden congestionarse, pero la frecuencia de las hiperemias en cada uno de ellos, está casi siempre en razon directa de la cantidad de vasos que contiene; por eso los órganos que con mas frecuencia se congestionan son; el útero, el cerebro, los pulmones, el hígado, el bazo y las membranas mucosas. Las hiperemias se forman en todas las edades, y tan fácilmente en los sugetos débiles y de una sangre depauperada, como en los que se hallan en condiciones opuestas; pero el asiento de las congestiones, del mismo modo que sus síntomas, varia en las diferentes edades de la vida. Las dos condiciones orgánicas que mas predisponen á las congestiones, son: el estado plétórico y una grande irritabilidad nerviosa. Las congestiones se declaran las mas veces espontáneamente, sin que pueda descubrirse causa alguna determinante; otras veces sobrevienen manifiestamente á resultas de alguna causa de excitacion local ó general, y tambien depende con frecuencia el aflujo de sangre hacia un órgano de las variaciones repentinas en la presion atmosférica ó en la temperatura.

En cuanto á la causa íntima del fenómeno, nos es imposible percibirla; en efecto, explicar la congestion por un espasmo de las venas, de las arterias, del corazon, etc., es formar una hipótesis gratuita, que hasta el presente nada puede justificar.

*Tratamiento.*—Las congestiones esténicas exigen un tratamiento activo, tal como las sangrías generales y las derivaciones enérgicas, por medio de los revulsivos cutáneos, los purgantes drásticos y los diuréticos. En algunos casos, para desengurgitar mas completamente el órgano, debe recurrirse á las sangrías locales, prefiriendo para ello las sanguijuelas, que deberán aplicarse en gran número á fin de producir un flujo considerable. puesto que de no hacerlo asi, las sanguijuelas podrian determinar un efecto contrario. Finalmente, hay congestiones tan rebeldes, ó que se reproducen con tanta frecuencia, que para combatir las y cortar su repeticion, hay necesidad de establecer un ancho exutorio permanente en un punto distante de aquel en que reside la congestion; tambien pueden aplicarse de cuando en cuando algunas sanguijuelas. A estos medios debe añadirse el uso de las lavativas, de los diuréticos, la abstinencia de bebidas estimulantes y alcohólicas, y un régimen diluente. En los sugetos nerviosos podrán ser útiles los baños tibios ó frescos, con afusion ó sin ella, y los anti-espasmódicos; en las cloróticas, el uso de los marciales bastará para triunfar de las congestiones.

*De las congestiones pasivas.*—Hasta ahora solo hemos hablado de las con-

gestiones activas, y que al parecer no tienen lugar sino por efecto de una sobre-escitacion de las fuerzas vitales; réstanos decir algo de las que sobrevienen cuando el principio vital debilitado no puede contrabalancear la potencia de las leyes físicas. Estas congestiones reconocen las mas veces por causa un obstáculo en la circulacion: son frecuentes en las enfermedades que van acompañadas de una disminucion de la fibrina de la sangre, y se efectuan, tanto exterior como interiormente, hácia las partes declives, ó en aquellas en que el influjo nervioso se halla disminuido ó aniquilado. Se forman poco á poco, tienen un curso lento, y á veces se las puede hacer desaparecer y reproducir colocando las partes en una posicion elevada ó declive.

Estas congestiones pasivas rara vez exigen el uso de los antiflogísticos, debiendo las mas combatirse con los estimulantes y los tónicos administrados al interior, ó por lo menos en tópicos; pero lo que ante todo importa, es colocar las partes hiperemiadas en una posicion conveniente. Cuando la ingurgitacion sanguínea es efecto de un obstáculo al regreso de la sangre venosa, como sucede en los casos de compresion ó de obliteracion de una vena, todas las indicaciones están reducidas á destruir el obstáculo; y cuando esto es imposible, convendrá hacer una suave compresion sobre la parte y colocarla de manera que favorezca la progresion de la sangre hácia el corazon.

#### DE LA CONGESTION CEREBRAL.

SINONIMIA.—Hiperemia cerebral; golpe de sangre.

*Historia.*—La congestion cerebral ha sido mal indicada por los autores antiguos, quienes ademas la confundian con la apoplegia, cuando llegaba á cierto grado de intensidad; pero las investigaciones de los autores modernos, y particularmente las de Lallemand, Andral, Cruveilhier, Rostan, Rochoux, y Durand-Fardel acerca de las enfermedades del encéfalo, han hecho desaparecer esta confusion, y gracias á sus trabajos, todos notables por diferentes títulos, la historia de las congestiones cerebrales es en el dia bastante completa.

*Anatomía patológica.*—Para apreciar como corresponde las lesiones propias de la hiperemia cerebral, importa tener presente que la coloracion del cerebro varía mucho en el estado normal en las diferentes partes del órgano, y que no es idéntica en las varias edades de la vida. La hiperemia puede ocupar aislada ó simultáneamente la sustancia blanca ó gris. Cuando sobreviene espontáneamente, casi siempre es general, mientras que la hiperemia limitada á un punto determinado de los centros nerviosos, depende las mas veces de alguna lesion material orgánica preexistente. Si se corta en pedazos la sustancia blanca congestionada, se ven rezumar de su superficie unas manchitas de sangre mas ó menos confluentes, en cuyo caso se dice que el cerebro está *salpicado ó enarenado*, porque en efecto su aspecto se asemeja bastante á unos granos de arena encarnada que se hubiesen espareido por la sustancia medular. Esta disposicion se observa principalmente en los lóbulos anteriores, en la convexidad de los hemisferios y en los tálamos ópticos. La hiperemia de la sustancia gris suele manifestarse tambien por este mismo salpicado ó enarenado; pero las mas veces solo se distingue una coloracion de un encarnado uniforme, y comprimiendo



su tejido se exprime una cantidad mas ó menos grande de sangre. Hay varias veces un poco de serosidad derramada en los ventriculos é infiltrada en las mallas de la pia-madre. En todos los casos la pulpa cerebral conserva su consistencia normal; las membranas se separan fácilmente, y participan con frecuencia de la inyeccion de la víscera. M. Rochoux opina, que el cerebro, propiamente tal, no puede congestionarse (*Archives*, 1844) y que el éxtasis sanguíneo se verifica esclusivamente en los vasos de la pia-madre: no nos parece admisible semejante opinion.

La hiperemia cerebral, bien sea esténica ó asténica, aguda ó crónica, siempre se manifiesta en el cadáver con los mismos caracteres poco mas ó menos. Hay sin embargo una alteración, hácia la cual ha llamado hace poco la atencion Durand-Fardel, y que segun este hábil observador es característica de la hiperemia crónica. Esta lesion, que Durand llama *estado criboso* del cerebro, consiste en una reunion de conductitos huecos en el seno de la sustancia cerebral, por cada uno de los cuales atraviesa un vasito; estos agujeros pueden dar cabida á la punta, y á veces á la cabeza de una aguja muy fina. La parte enferma se asemeja entonces mucho en su estructura y aspecto, á lo que se llama lámina cribosa del cerebro, situada por fuera del chiasma. Estos agujeros patológicos residen principalmente en los hemisferios y debajo de las circunvoluciones, y pueden ocupar una estension muy grande. Durand explica esta lesion, por la distension frecuentemente repetida de los vasos, los cuales han debido por esta causa separar y apretar la sustancia del cerebro. Esta explicacion racional se halla ademas confirmada por los fenómenos de congestion, observados durante la vida de estos individuos. Sin embargo, los hechos referidos por Durand, no me parecen todavía suficientes para dar á su opinion el valor de una demostracion (*Gazete médicale*, 1842.)

*Sintomas.*—La congestion cerebral estalla muchas veces de repente; cuando esto no sucede, los accidentes van desenvolviéndose por grados. En uno y otro caso se inyecta la cara y se pone abotagada; los enfermos se quejan de vértigos, alucinaciones y zumbidos de oidos; se oscurece la vista; tienen ilusiones ópticas; la cabeza está pesada; las facultades intelectuales son obtusas; hay tendencia al sueño; muchos enfermos experimentan entorpecimientos, hormigueo ó pesadez en los miembros; si intentan andar, se bambolean ya por la debilidad de las estremidades inferiores, ya tambien por los vértigos; la lengua parece moverse con dificultad, de donde resulta un cierto embarazo en el habla, y las arterias temporales laten con fuerza. En medio de tantos trastornos, conserva generalmente el pulso su frecuencia normal, siendo tan solo mas dilatado. Hay apirexia.

Quando la congestion es mas fuerte, los enfermos pierden repentinamente el conocimiento, el sentimiento y el movimiento; todos sus músculos caen en la resolucion, y la respiracion es estertosa. Algunas veces, en lugar de esta resolucion general de todos los miembros, solo se observa una parálisis limitada á un miembro ó á una mitad del cuerpo, parálisis que suele alternar con movimientos convulsivos; pero estos las mas veces solo se marcan en el lado del cuerpo opuesto á la parálisis. La pérdida del sentimiento ó del movimiento, coincide por lo comun con la abolicion de las facultades intelectuales; otras veces quedan estas intactas; finalmente, algunos enfermos suelen experimentar

un delirio maníaco, con una agitacion estrema. La hiperemia con pérdida de conocimiento y parálisis, etc., caracteriza lo que se llama *congestion apopléctica* ó *golpe de sangre*.

*Formas.*—Los síntomas de la congestion cerebral varian mucho, como se ve, segun los individuos; y esto es lo que ha inducido á algunos autores á distinguir cinco, siete, y hasta ocho formas diferentes de hiperemia cerebral. Todavía podria admitirse un número mucho mayor, pero estas distinciones no tienen la menor importancia, y para la práctica basta distinguir con Rostan una forma benigna y otra grave.

*Curso, duracion, terminaciones.*—Cualesquiera que sean los síntomas que se observen, generalmente duran poco, bastando las mas veces algunas horas para que los enfermos se restablezcan del todo. Sin embargo, cuando ha habido pérdida de conocimiento ó parálisis, rara vez se ve cesar este estado repentinamente, ni aun á veces al cabo de tres á doce horas. En efecto, en la mayor parte de estos casos experimentan los enfermos por muchos dias torpeza y embarazo en todas las funciones de la vida de relacion, si bien es raro que los síntomas graves de la congestion cerebral duren mas de tres dias, y cuando pasan de este tiempo, generalmente debe sospecharse alguna otra lesion del cerebro, en particular una hemorragia ó un reblandecimiento. Ni es muy raro tampoco ver algunos enfermos sucumbir repentinamente de resultas de una congestion cerebral, como nosotros lo hemos observado muchas veces. En estos casos la autopsia no siempre esplica ni la terminacion funesta, ni los síntomas observados durante la vida: asi es que algunos individuos, muertos despues de haber padecido una hemiplegia ó convulsiones en un lado del cuerpo, no nos han presentado la congestion mas marcada en un hemisferio que en otro: y por mas atencion con que se examinara el cerebro, en ninguna parte se hallaba la razon de los accidentes que se habian manifestado en una mitad del cuerpo. Muchas veces tambien, aun cuando los enfermos hayan muerto con síntomas de compresion y de colapso, en vano se busca para esplicar la muerte ninguna lesion considerable, pues solo se encuentra una inyeccion muy ligera; en tales casos preciso es suponer que la hiperemia se disminuyó en los últimos instantes de la vida.

La congestion cerebral puede seguir un curso crónico, durando entonces meses y aun años y ofreciendo diariamente alternativas con relacion al mayor ó menor trabajo digestivo y á la temperatura elevada ó baja en que se hallen los enfermos, etc. Fácilmente se comprende que esta congestion permanente sostiene un estado de mortificacion y de torpeza que hace dificiles las operaciones intelectuales y los trabajos mecánicos que exigen exactitud ó tener la cabeza baja.

La congestion cerebral es una de las enfermedades que con mayor frecuencia recidivan. Cuando se reproduce á cortos intervalos, las mas veces produce un trastorno grave en las funciones cerebrales; así es que se embotan las facultades intelectuales, se debilita la contractilidad muscular, y los enfermos llegan antes de tiempo á un estado que se aproxima mucho á la demencia senil.

*Diagnóstico.*—La congestion cerebral tiene algunos puntos de contacto con otras muchas enfermedades, y especialmente con las hemorragias del interior del cráneo, el reblandecimiento del cerebro, la aracnoiditis, la epilepsia y el



síncope. Pero al hablar de cada una de estas afecciones se verá que el diagnóstico diferencial es fácil las mas veces: solo recordaré aquí que los síntomas que acompañan á las congestiones del cerebro, aun las mas graves, como la parálisis, el delirio y las convulsiones, desaparecen prontamente, y aun á veces no son mas que efémeros, mientras que en las otras enfermedades tienen una duracion incomparablemente mas larga. De modo que la rapidez con que desaparecen los sintomas propios de las congestiones cerebrales, será un carácter distintivo del mayor valor. Inútil es decir, que cuando la hiperemia cerebral mata prontamente, es imposible diferenciarla de la apoplejía y de la mayor parte de las otras causas de muerte repentina.

Yo estoy inclinado á reunir á la congestion cerebral la afeccion conocida con el nombre de *calentura* que se observa frecuentemente en las navegaciones bajo los trópicos, ó en los soldados franceses que están espuestos al sol de Africa en los meses de la canícula, afeccion que se caracteriza por un delirio violento que sobreviene repentinamente en medio de la noche con gritos, voces, agitacion estrema y alucinaciones; y lo que justifica esta opinion es la facilidad con que se ven desaparecer estos accidentes á beneficio de sangrías abundantes. Sin embargo, carecemos hasta ahora de autopsias que nos autoricen para fijar la verdadera naturaleza de esta enfermedad.

*Pronóstico.*—Cuando la congestion es ligera, el pronóstico no ofrece ninguna gravedad; pero no sucede lo mismo cuando la hiperemia es bastante fuerte para producir el delirio, el coma, la parálisis ó las convulsiones. Por lo demás, en igualdad de circunstancias la congestion es mas funesta en los viejos que en el adulto, porque en los primeros produce con mas frecuencia que en los otros hemorragias ó reblandecimientos consecutivos, enfermedades á que predispone la vejez.

*Causas.*—Todas las condiciones que aumentan la cantidad de la sangre, ó que la hacen afluir hácia el cerebro en mayor abundancia, del mismo modo que las que dificultan su regreso hácia el corazon, son otras tantas causas predisponentes ó eficientes de las congestiones cerebrales. En las dos primeras categorias deben colocarse la plétora, la supresion de hemorragias habituales, el aneurisma del ventrículo izquierdo del corazon, el movimiento febril, las emociones morales, los trabajos intelectuales obstinados, el abuso de los licores alcohólicos, una alimentacion demasiado succulenta, una disminucion en la gravedad atmosférica, un calor ó una insolacion muy intensos y un frio demasiado vivo. Asi es que los individuos que mueren despues de haber estado espuestos á una temperatura de 50 á 40° cent., ó un frio de 8 á 15°, presentan como principal lesion cadavérica una viva inyeccion en la pulpa cerebral. Digo principal lesion, porque entonces se suele encontrar simultáneamente una considerable congestion en los pulmones, y es tal, que Russel la llega á considerar predominante (1). Tal vez ejerza el frio una accion mas marcada en la circulacion cerebral que la temperatura contraria. Lo cierto es que los infinitos cuadros estadísticos formados sucesivamente en París, en Turin y en Holanda, han probado que el máximum de frecuencia de las congestiones cerebrales era en invierno. Muchas se observan en los manicomios ó casas de locos, donde atacan mas á menudo á los que están parálíticos.

(1) *Encyclographie des sciences médicales*, 1856.

Las principales causas que producen mecánicamente la congestión cerebral, oponiéndose al regreso de la sangre hácia el corazón, son: los esfuerzos violentos, las ligaduras y todas las compresiones ejercidas en el cuello. A una constricción de esta parte, ejercida por el cuello uterino ó por el cordón umbilical, es á lo que deben atribuirse las mas veces esos accidentes que se observan en muchos niños en el momento de nacer, y que comunmente se designan con el nombre de *asfixia*, siendo así que las mas veces, repetimos dependen de una congestión encefálica. Las profesiones que obligan á tener la cabeza en una posición de clive, las enfermedades del corazón, y principalmente las del ventrículo derecho, los tumores de la aorta, del tronco braquio-cefálico y de las carótidas cuando comprimen las venas yugulares, y finalmente, la estrechez ó la obliteración de uno ó de muchos senos de la dura-madre, cualquiera que sea su causa, producen frecuentemente una congestión cerebral. También debe explicarse por una consecuencia del entorpecimiento de la circulación el desarrollo de las congestiones cerebrales que sobrevienen en las asfixias por el ácido carbónico y el óxido de carbono. Las sustancias narcóticas estupefacientes como el opio, la belladona, el alcohol, el tabaco, la digital, etc., tomadas en demasiada cantidad, pueden ocasionar asimismo una fuerte hiperemia cerebral. Se ha dicho que cada una de estas sustancias obra sobre una parte especial del cerebro; de modo que segun Flourens, el opio obra en los hemisferios, el alcohol en el cerebelo, y la belladona en los tubérculos cuadrigéminos; pero hasta ahora ningun resultado obtenido en el hombre, ha venido á confirmar estas aseveraciones, que solo se fundan en algunos experimentos poco concluyentes hechos en los animales.

Finalmente, hay hiperemias cerebrales que sobrevienen por causas cuyo modo de obrar nos es desconocido: tales son, por ejemplo, esas congestiones que afectan con tanta frecuencia á los individuos cuyas digestiones son penosas, ó que están atormentados de constipación. En diferentes épocas se han visto reinar las congestiones cerebrales de un modo casi epidémico. Todavía no tenemos ningun cuadro estadístico que demuestre el grado de frecuencia relativa de las congestiones cerebrales en los dos sexos y en las diferentes edades de la vida. Esto no obstante, todo conduce á creer que estas enfermedades son mas especiales al sexo masculino á la edad adulta y la vejez.

*Tratamiento.*—El tratamiento será profiláctico ó curativo. Los individuos predispuestos ó sujetos ya á las congestiones cerebrales, no deberán permanecer en parajes cuya temperatura sea muy elevada ó muy fria; usarán con moderación de los placeres venéreos; evitarán las emociones morales, las contienciones de espíritu y los ejercicios violentos; serán sobrios, y desterrarán de su régimen las bebidas y los alimentos dotados de propiedades estimulantes; mantendrán libre el vientre por medio de lavativas, ó bien se les administrará de cuando en cuando algunas píldoras de aloes, que tendrán la doble ventaja de promover evacuaciones y de llamar hácia el recto un movimiento fluxionario ó un flujo hemorroidal. Se cuidará de no apretar demasiado el cuello con las corbatas; se proibirán toda especie de gorros capaces de congestionar la cabeza, y se cuidará de que los piés esten por el contrario lo mas calientes posible y al abrigo de la humedad. La construcción de la cama merece también fijar la atención del médico; deben desterrarse las almohadas de pluma, la cabeza no



debe descansar sino en almohadas de crin ó de paja de avena; últimamente, la cama debe formar un plano muy inclinado de la cabeza á los pies. Cuando á pesar de todas estas precauciones se declara la congestión cerebral, deberá emplearse la serie de medios de que he hablado en mis generalidades, como sangrías generales, revulsion en las estremidades, purgantes drásticos. Por lo demás, no diferenciándose el tratamiento de esta dolencia de el de la apoplejía, me remito al estudio de esta, limitándome aquí á decir dos palabras sobre el uso de las emisiones sanguíneas acerca del cual hay alguna discordancia. Todos están conformes en aconsejar la sangría general; pero muchos reprueban el uso de las sangrías locales hechas en la inmediación del órgano congestionado, temiendo que las sanguijuelas colocadas sobre las apófisis mastoides, lejos de combatir la congestión la provoquen ó la aumenten. Pero este temor sería fundado si no se aplicase mas que un corto número de sanguijuelas, y se estrajese solo una corta cantidad de sangre; pero si desde luego se ponen veinte ó treinta sanguijuelas y se promueve un flujo considerable de sangre, es bien seguro que se obtendrá la desengurgitación de los vasos cerebrales. El mismo resultado se alcanzará sosteniendo por espacio de doce, diez y seis ó veinte y cuatro horas un flujo de sangre continuo por medio de aplicaciones sucesivas de dos, cuatro ó seis sanguijuelas. El último medio es tal vez el que debiera preferirse en el caso de congestión cerebral mecánica, como sucede cuando un tumor cualquiera, comprimiendo las venas yugulares, impide el regreso de la sangre hácia el corazón.

## DE LA CONGESTION SANGUINEA RAQUIDIANA.

Ludwig, los dos Frank, y mas recientemente Ollivier d'Angers en su *Tra- tado de las enfermedades de la médula*, han referido á una congestión raquidiana un número de accidentes, tales como los dolores vagos en los miembros y la espalda, algunas neuralgias sciáticas, varias claudicaciones, diversos temblores y movimientos convulsivos, el estupor y la parálisis de los miembros abdominales, y muchos fenómenos epileptiformes y tetánicos, sobre todo en los casos en que desaparecen estos accidentes despues de una duracion bastante corta. Sin embargo, los autores de que hablo no han demostrado la exactitud de su opinion con investigaciones necroscópicas, y solo se han inclinado á referir á una congestión raquidiana los accidentes que he enumerado, porque eran bastante semejantes á los que ocasiona una fuerte hiperemia cerebral. Se ve, pues, que la existencia de la congestión raquidiana se establece solo por vía de analogía y no de un modo experimental ó clínico; y como observa Calmeil, no seria razonable inferir de lo que sucede en el cerebro, que trasportada al raquis la misma causa material, produjera allí iguales inconvenientes. En efecto, cuando la sangre se dirige en abundancia á los vasos cerebrales, inevitablemente debe ejercer una compresion sobre la pulpa nerviosa, puesto que el órgano llena exactamente la bóveda huesosa del cráneo; mientras que por mas intensa que sea la congestión raquidiana, rara vez se ve penetrar en el cordón nervioso la inyección mas ó menos considerable de las venas y vasos de la pia-madre; fuera de que esta congestión nunca podria ejercer mucha compresion en la médula misma; á causa del espacio considerable que naturalmen-

te existe por detrás entre las láminas de las vértebras y el órgano raquidiano.

En resúmen, creo que en el estado actual de la ciencia, no se conoce grupo alguno de síntomas que pueda considerarse como efecto de una congestión de la médula espinal. Todo lo que sobre este punto se ha dicho, necesita confirmarse con nuevas observaciones.

#### CONGESTION PULMONAR.

El pulmon es uno de los órganos que mas fácilmente se congestionan; lo cual se explica por la naturaleza de sus funciones, por la actividad de su circulación, por la gran cantidad de sangre que habitualmente contiene esta víscera, y por su inmediación é íntimas conexiones con el corazón. Las congestiones pulmonales son activas ó pasivas. Poco ó mal estudiadas hasta el día, procuraremos trazar su historia, fundados principalmente en nuestras propias observaciones.

##### *Congestion activa de los pulmones.*

En la congestión activa se hallan los pulmones menos crepitantes, mas pesados y sobrenadan menos completamente; son de un color violado, y de las incisiones que en ellos se hacen, destila una gran cantidad de sangre negra, fluida y mezclada con una serosidad espumosa. Los bronquios están ordinariamente vacíos, ó solo contienen una corta cantidad de moco blanco ó ligeramente sanguinolento.

*Sintomas.*—En todas las congestiones activas de los pulmones se quejan los enfermos de opresión, de una sensación de dificultad penosa en el pecho, acompañada las mas veces de calor en esta cavidad, y de una ligera aceleración en los movimientos respiratorios. Cuando hay tos, casi siempre es seca y poco frecuente; sin embargo, algunas veces espelen los enfermos unos esputos blancos, viscosos y frecuentemente estriados de filamentos sanguíneos. Es muy raro que la percusión del tórax dé signo alguno morboso; pero si la congestión es considerable y *afecta la superficie del pulmon*, el sonido del pecho será oscuro, como podrá observarse percutiendo comparativamente el lado sano en los puntos correspondientes. También se descubre por medio de la auscultación dirigida hácia los puntos congestionados, una disminución, considerable á veces, del murmullo vexicular, aunque sin aumento en la resonancia de la voz. En algunos casos raros, é independientemente de la debilidad del ruido respiratorio, se oyen durante la respiración algunas burbujas raras de estertores mucosos ó sub-crepitantes, lo cual indica que ha habido alguna exhalación en las vesículas ó en los bronquios. Estos estertores nada ofrecen de particular, y todo lo que Fournet ha dicho en su libro sobre este punto, me parece mas bien imaginado que observado en realidad. Por medio de los signos físicos que acabo de indicar, puede limitarse con mas ó menos exactitud el asiento de la congestión. Aunque esta puede manifestarse indistintamente en todos los puntos del pulmon, la observación ha probado, que en casi todos los casos la hiperemia, ocupa el borde posterior y la parte inferior del órgano.

La congestión pulmonar excita pocos fenómenos simpáticos; los únicos sín-



tomas generales que la acompañan son los que se encuentran en la mayor parte de las otras congestiones activas.

*Curso, duracion, terminaciones.*—No es comun que la congestion pulmonal principie tan bruscamente como la del cerebro, ni que, como esta, llegue en pocos instantes á su máximun de intensidad; aunque no es absolutamente raro ver producirse de repente esta congestion y acarrear una muerte muy pronta, y aun instantánea. La mayor parte de veces, es mas lento el principio de la enfermedad rara vez dura esta menos de tres ó cuatro dias, y su terminacion ordinaria es la resolucion. El pecho recobra entonces su sonoridad, y la debilidad, del ruido respiratorio va desapareciendo, aunque con mas lentitud. En algunos casos sucede á los signos de la congestion una hemoptisis mas ó menos abundante, y entonces suelen formarse muchos núcleos apopléticos en el parenquima del órgano, otras veces se declara una pneumonia, aunque esta última terminacion de la congestion parece sumamente rara. La congestion pulmonal repentina y elevada á su mas alto grado, puede causar instantáneamente la muerte, como ya hemos dicho; y aun el doctor Devergie considera esta causa de muerte repentina como muy frecuente, puesto que en cuarenta casos que ha observado, veinte y cuatro veces habia sido la muerte ocasionada por una congestion del pulmon, sola ó unida á una congestion cerebral. Asi lo ha demostrado tambien perfectamente el doctor Lebert en un excelente trabajo que ha publicado en los *Archives generales de médecine* del año 1848. La muerte se explica aquí por la suspension de la respiracion y de la circulacion en los pulmones, cuyo sistema capilar se halla todo repleto de sangre.

*Diagnóstico.*—De lo dicho se infiere que es bastante fácil reconocer una congestion pulmonal activa, mediante á que esta afeccion ofrece pocos puntos de contacto con las demás enfermedades torácicas, tales como la neumonia en el primer grado, la bronquitis y el edema del pulmon. Importa mucho para el pronóstico y para el tratamiento decidir si una congestion pulmonal es esencial ó sintomática de alguna lesion orgánica, bien sea del corazon ó de los pulmones. El exámen atento de los enfermos servirá en la mayor parte de los casos para fijar este punto, sobre cuya naturaleza podrá suministrar tambien alguna presuncion el sitio que la congestion ocupa. De modo que puede establecerse por regla general, que la mayor parte de las congestiones que se forman en el tercio superior de los dos pulmones, dependen de la existencia de tubérculos, opinion que adquiere tanta mayor verosimilitud, cuanto mas frecuentemente recidive la congestion, sobrevenga espontáneamente sin causa apreciable, persista largo tiempo, y se juzgue por una hemoptisis.

*Pronóstico.*—Las consideraciones precedentes indican cuan variable es el pronóstico de la congestion pulmonal. Cuando esta es sencilla y sobreviene en un sugeto sano y á consecuencia de causas bien manifiestas, no ofrece ninguna gravedad; pero sucede todo lo contrario cuando la enfermedad es enteramente espontánea y está ligada á la existencia de los tubérculos, porque el aflujo insólito de sangre que entonces se verifica en un punto del pulmon, revela casi siempre un aumento de actividad en el trabajo morboso que engendra los tubérculos, ó que hace pasar estos productos de un grado á otro peor.

*Etiología.*—Las congestiones pulmonales se forman con especialidad en las

personas jóvenes, esto es, de veinte á cuarenta años. Se las observa en los sujetos sanguíneos y pletóricos, y acaso con mas frecuencia todavía en los individuos de un temperamento linfático y que se hallan predispuestos á la tisis pulmonal. Las enfermedades del corazón son al parecer una causa eficaz de congestiones activas. En cuanto á las profesiones, nada sabemos respecto al influjo que puedan ejercer: lo que se halla bien comprobado, es, que los extremos de temperatura, y sobre todo los calores de la canícula, producen un gran número de congestiones pulmonales. Asi es que se ha visto muchas veces sobrevenir la enfermedad á consecuencia de haberse espuesto por mucho tiempo á un frio intenso ó á un sol ardiente, y otras ha sobrevenido la congestión á consecuencia de excesos alcohólicos ó de la respiración del gas ácido carbónico, ó de haberse desarrollado cualquiera otra causa de la asfixia. Las congestiones activas de los pulmones sobrevienen frecuentemente durante el curso de ciertas enfermedades; citaré en particular los tubérculos pulmonales, las enfermedades del corazón, y segun Avenbrugger y Corvisart, las calenturas eruptivas en su estadio de invasión, circunstancia que yo no he comprobado todavía suficientemente.

*Tratamiento.*—La sangría general es el medio por excelencia para combatir la congestión pulmonal, agregando á ella, cuando sea necesario, la serie de medios de que hemos hablado en las generalidades.

Muchas personas reprueban el uso de los revulsivos aplicados en las paredes del pecho, porque creen que estos agentes, lejos de combatir la congestión, la aumentan; pero yo no participo de estos temores, porque un gran número de hechos me han demostrado que uno de los mejores medios de combatir las congestiones activas que se han resistido á las sangrías generales y á los derivados sobre el tubo digestivo, consiste en la aplicación de ventosas secas ó escarificadas en las paredes del pecho, ó bien de uno ó muchos vejigatorios volantes.

#### *Congestion pasiva de los pulmones.*

De todos los órganos de la economía, los pulmones son aquellos en que con mas frecuencia se forman congestiones pasivas. Estas tienen tendencia á desarrollarse durante el curso de casi todas las enfermedades agudas ó crónicas, y generalmente en todos los sujetos debilitados por una causa cualquiera. En efecto, á medida que la potencia vital se va debilitando, las leyes físicas recobran poco á poco todo su imperio; se verifica con languidez la circulación, y la sangre, obedeciendo á las leyes de la gravedad, se estanca en los pulmones, é ingurjita las partes declives de estos órganos. Tal es el origen del mayor número de los infartos sanguíneos que se observan en la base y borde posterior de los pulmones.

*Anatomía patológica.*—Las partes así congestionadas se presentan de un color azulado ó lívido al exterior; sobrenadan incompletamente, echándolas en agua; se halla aumentado su peso específico, y su tejido crepita menos; si se las corta, mana de ellas una cantidad mas ó menos grande de sangre negra, flúida, y un líquido seroso, rojizo y poco cargado de aire. El parénquima infartado no es en general friable ó quebradizo, aunque algunas veces sucede lo contrario por efecto de la maceración del tejido, producida por la gran cantidad de



líquidos que le penetran. En estos casos basta estrujar en agua la porcion infiltrada, y privarla por espresion de todos los líquidos que contiene, para restituírle su color y consistencia normales. Sin embargo, no es raro ver que á pesar de esta operacion, el pulmon permanece mas ó menos friable, y entonces se hace imposible distinguir por la simple inspeccion cadavérica el infarto simple, del de la neumonia en primer grado. El infarto es tanto mas considerable, cuanto mas declives son las partes, y guarda cierta relacion con el decúbito que los enfermos adoptan durante la vida; asi es que en aquellos que habitualmente han estado echados de espaldas; el infarto ocupa el borde posterior y la base de los pulmones, y cuando han estado mas inclinados á uno de los lados, se encuentra mas infartado el pulmon correspondiente. En los que se han visto precisados á permanecer mucho tiempo echados boca abajo, el borde posterior está flexible, mientras que solo el anterior se halla infartado. Nos parece que no ha habido razon para considerar siempre estos infartos como cadavéricos; por el contrario, una observacion atenta nos ha enseñado, que la mayor parte de ellos empiezan á formarse en los sugetos debilitados, en una época mas ó menos distante de la muerte, de lo cual es fácil convencerse por medio de la percusion y de la auscultacion. Por lo demás, hace mucho tiempo que este hecho se halla perfectamente consignado por Piorry.

*Síntomas, curso, duracion, terminaciones.*—Muy diferentes de las activas, las congestiones pasivas de los pulmones se forman siempre con lentitud, y esto es tal vez lo que esplica por qué aun cuando ocupen un grande espacio, no van nunca acompañadas ni de disnea, ni de dolores torácicos, ni aun de aceleracion en los movimientos respiratorios. Algunos enfermos tosen y espelen esputos serosos, teñidos á veces de un color rojizo. La alteracion de los pulmones solo puede reconocerse por medio de la exploracion física: efectivamente, la percusion, que las mas veces no suministra sino resultados negativos en los casos de congestion activa, da á conocer aquí una disminucion mas ó menos grande en la sonoridad del pecho. La auscultacion, practicada en el mismo punto, revela tambien una disminucion, y aun á veces la falta completa del murmullo respiratorio, á lo menos en las inspiraciones ordinarias, sin soplo bronquial, ni otra modificacion alguna en la resonancia de la voz. En la mayor parte de los casos hay igualmente un estertor mucoso ó sub-crepitante mas ó menos considerable. Estos fenómenos tienen en general una larga duracion, y aun pueden permanecer á una misma altura durante muchas semanas.

Las mas veces se termina el infarto por resolucion; pero yo he visto constantemente, que el pulmon recobra con suma lentitud toda su permeabilidad, lo cual se esplica por el estado de astenia de los sugetos. Sin embargo, en muchísimos casos la sangre que ingurgita los pulmones, obra como un cuerpo extraño, y concluye por inflamarlos. En efecto, yo he probado en mi *Traité pratique de la Pneumonie*, pág. 179 y sig., que la congestion pasiva de los pulmones era una de las causas mas poderosas de las pneumonias, que con tanta frecuencia sobrevienen durante el curso de la mayor parte de las enfermedades agudas y crónicas; y en razon á esta complicacion, las congestiones pasivas de los pulmones deben considerarse siempre como una circunstancia de las mas funestas.

*Etiología.*—Las congestiones pasivas pulmonales sobrevienen por la influen-



cia de las causas mas debilitantes ; efectivamente se las observa con especialidad en los individuos debilitados por la edad ó por una enfermedad grave , y que han guardado por mucho tiempo un mismo decúbito. Se las encuentra igualmente en sugetos que padecen enfermedades del corazon, y con especialidad estrechez de los orificios y de las cavidades.

*Tratamiento.*—Este debe ser profiláctico ó curativo. Para precaver las congestiones pasivas de los pulmones , y combatirlas cuando ya se hayan declarado , es preciso que los enfermos que guardan habitualmente cama , muden con frecuencia de postura , como lo aconseja Piorry , echándolos alternativamente de espaldas y de lado , y haciéndoles sentar mientras las circunstancias lo permitan. En cuanto á los medios medicinales , deberán variar mucho , segun el estado sintomático y dinámico de los sugetos. Desde luego diré que los revulsivos cutáneos , cualesquiera que sea su naturaleza y los puntos del cuerpo donde se apliquen , siempre me han parecido inútiles. La sangría rara vez es practicable , á causa del estado de debilidad de los sugetos. Sin embargo , cuando la congestión pulmonal sobreviene en individuos que padecen alguna enfermedad orgánica del corazon ; cuando el éxtasis sanguíneo de los pulmones es producido por la dificultad que encuentra la sangre de restituirse al corazon ; cuando la abundancia del líquido circulatorio no guarda proporcion con la poca capacidad de las cavidades cardíacas derechas ; cuando estas circunstancias median , repetimos , será útil abrir una vena del brazo. En estos casos la sangría suele producir un desahogo muy rápido de los pulmones , puesto que si se explora el pecho algun tiempo despues de cerrada la vena , se observa que el sonido es menos oscuro , y que el murmullo vexicular es mas pronunciado. Tambien sera ventajoso en estos casos hacer una revulsion sobre el tubo digestivo , por medio de algun purgante. Finalmente , cuando la debilidad de los enfermos es grande , y sus fuerzas están postradas , será preciso recurrir al uso de los estimulantes y de los tónicos , con tal que no esten contraindicados por la naturaleza de la enfermedad , que la congestion pulmonal ha complicado.

#### CONGESTIONES DE LOS ÓRGANOS ABDOMINALES.

Todos los órganos contenidos en el abdómen pueden congestionarse de un modo activo ó pasivo , como lo demuestran las aberturas cadavéricas. Sin embargo , en el estado actual de la ciencia , es imposible indicar los caracteres diagnósticos precisos , por medio de los cuales pueda conocerse la congestion del páncreas , de la vejiga , del estómago y de los intestinos , esceptuando el recto ; pero como la congestion de este último órgano está íntimamente ligada á la historia de las hemorroides , hablaremos de ella al tratar de estas. Tambien es punto menos que imposible reconocer durante la vida la hiperemia de los riñones , pues aunque en ella suele presentarse la orina albuminosa y con glóbulos sanguíneos , estos fenómenos pueden encontrarse tambien en otros muchos estados morbosos de los riñones ; sin embargo , cuando se presentan repentinamente y tienen una duracion muy corta , será mas natural atribuirlos á una simple congestion que á cualquiera otro estado patológico.

## CONGESTION DEL HIGADO.

*Anatomía patológica.*—El hígado congestionado es mas voluminoso y mas pesado que de ordinario; su tejido suele aparecer enteramente rojo ó ligeramente mezclado de amarillo, y cortándolo, se ve rezumar una gran cantidad de sangre. La hiperemia puede ser general ó parcial, pero en todos los casos ataca con preferencia á las granulaciones rojas. Kiernan es de parecer que deben admitirse otras dos especies de congestion para diferenciar el éxtasis de la sangre en los capilares de las venas hepáticas del que reside en los de la vena porta: pero en primer lugar es sumamente difícil establecer semejante distincion; y en segundo, aun cuando se estableciera, carece de utilidad práctica.

*Etiología.*—La congestion sanguínea del hígado puede ser primitiva, y desarrollarse por la influencia del estado pletórico; pero las mas veces es pasiva y depende de una dificultad de la circulacion cardíaca, como se ve en la mayor parte de las enfermedades orgánicas del corazon, y sobre todo en las estrecheces de los orificios ó de las cavidades, ó en las dilataciones con adelgazamientos de las paredes.

Segun la práctica de Andral, las hiperemias activas del hígado no son muy raras, ya como enfermedades primitivas, ya como consecutivas de otras afecciones y particularmente de una flegmasia de las vias digestivas, cosa que estamos muy distantes de haber observado con la frecuencia que indica el célebre catedrático. Aunque la hiperemia activa del hígado nos parezca bastante rara en este clima, sabemos que es frecuente en los países cálidos, como en el Africa francesa, especialmente en la provincia de Orán. Es precisamente este un punto que acaba de ser detenidamente estudiado por M. Haspel en su *Traité des maladies de l'Algerie*. Ha probado completamente este autor que la congestion del hígado, asi aguda como pasiva, era comun en el Norte de Africa, desarrollándose la primera principalmente en los sugetos jóvenes, robustos, todavía no aclimatados y espuestos á la influencia de un calor seco y árido en países pantanosos. La segunda forma, que siempre se observa de preferencia en los individuos de constitucion débil, ataca comunmente á los que viven en atmósfera húmeda, que han padecido calenturas intermitentes ó disenteria.

*Síntomas, curso, duracion y terminacion.*—Hemos dicho que el hígado congestionado aumenta de volúmen, y esto se prueba por medio de la percusión y de la palpacion. La primera hace ver que la mitad del órgano se dilata, sobre todo perpendicularmente, en una estension mayor; por la segunda se comprueba ademas, que el hígado escede uno ó mas dedos del reborde costal, y se reconoce la presencia del órgano en estos puntos, por la sensacion que se percibe de un *reborde cortante, angular y oblicuo*. Los enfermos se quejan á veces de dolor y mas aun de peso en el hipocondrio derecho. M. Haspel señala como circunstancia concomitante de la congestion hepática la ictericia que ora se limita á la esclerótica, ora se estiende á todo el cuerpo, ademas anorexia y digestiones dificultosas. Dícese que la congestion, de que tratamos, puede escitar un movimiento febril capaz de durar muchas semanas. Esta es una opinion de



Andral, acerca de la cual no puede menos de espermentarse ciertas dudas; efectivamente, nos parece difícil en este caso dejar de admitir una flegmasia, mas bien que una simple congestión.

La hiperemia del hígado tiene una duración muy irregular, pudiendo disiparse en algunos días y aun en algunas horas. Muchas veces basta una larga sangría para disminuir considerablemente el volumen del órgano, de lo cual es fácil convencerse por medio de la palpación y de la percusión. Esta disminución rápida puede verificarse espontáneamente, á consecuencia de un flujo hemorroidal. En las enfermedades del corazón, puede el hígado restituirse también á un estado casi normal, cuando por medio del reposo y de los débiles agentes que la terapéutica puede disponer contra ellas, se consigue disminuir la dificultad de la circulación. Andral se inclina á creer que la congestión puede existir de un modo continuo durante meses, y aun años, dando entonces lugar á tales síntomas de deterioro, que deba sospecharse alguna alteración orgánica del parénquima hepático. La opinión de Andral es bastante fundada, y parece confirmarla un hecho curioso observado por Monneret, que este distinguido observador refiere á la pág. 537, t. IV, del *Compendium*. Parece que M. Haspel ha observado también frecuentes hechos análogos.

Las congestiones hepáticas son enfermedades muy propensas á recidivas, pudiendo dejar en pos de sí, según dicen, graves daños del hígado, tales como abscesos, hipertrofias, escirros y (cosa que debe dudarse todavía mas que las precedentes) productos accidentales.

*Diagnóstico.*—Imposible sería diagnosticar una simple congestión del hígado y distinguirla, por ejemplo de una hipertrofia, si no hubiera medio de convencerse de que el aumento de volumen del hígado fue repentino, ó por lo menos muy rápido. La sangría general, que por lo común produce una disminución del volumen del órgano, por efecto de la depleción del sistema circulatorio, demostrará también de un modo cierto, que el aumento de volumen del hígado depende de una hiperemia, y de ningún modo de una lesión de nutrición. En la forma crónica, sobre todo si el enfermo ha enflaquecido notablemente, deberemos sospechar la formación oscura de algún absceso ó de otro daño profundo, por mas que la congestión pueda por sí sola determinar alguna vez aquel enflaquecimiento.

*Pronóstico.*—Las congestiones hepáticas rara vez parecen ser peligrosas en este clima, siéndolo mucho en los cálidos, y todavía se ignora la parte que puedan tener en la producción de las lesiones orgánicas de la víscera. A veces puede seguirse á ellas una hemorragia intersticial en el hígado, pero esta es muy rara y no nos parece grave en sí misma, con tal que los núcleos apopléticos sean poco voluminosos, poco numerosos, y que la superficie del hígado no esté rasgada, porque entonces la sangre podría derramarse en abundancia en la cavidad del peritoneo.

*Tratamiento.*—Las sangrías generales y las aplicaciones de sanguijuelas al ano, son los dos medios mas eficaces para desinfartar al hígado. Los revulsivos cutáneos y sobre todo los purgantes que excitan la secreción biliar, podrán obrar de una manera análoga á las evacuaciones sanguíneas, pero nunca tan directa y cierta; y si se emplean con frecuencia ó se administran los mas enérgicos, hay riesgo de producir un efecto contrario al que se desea. Muy útiles

en la forma crónica son los tónicos amargos, pero lo que mas importa en muchísimos casos es aconsejar á los enfermos que varíen de clima.

En resúmen, los datos que poseemos acerca de las congestiones del hígado tienen poca exactitud. Se consultará fructuosamente la obra de M. Haspel, aunque le falta una descripción menos vaga de las lesiones anatómicas y sobre todo de los desórdenes de las funciones.

#### CONGESTIONES DEL BAZO.

El bazo, por razón de su estructura, es un órgano eminentemente dispuesto á las congestiones. Según la opinión generalmente recibida acerca de las funciones de este órgano, que parece ser un diverticulum de la sangre, es de presumir que se formen en él congestiones; pero si esto es así, las tales congestiones ningún trastorno producen en la economía. Las congestiones verdaderamente morbosas nunca son primitivas, sino que se las ve sobrevenir durante el curso de las enfermedades; así es que nosotros las hemos visto sumamente graduadas en la calentura tifoidea, intermitente, remitente, y por lo comun en todas las enfermedades graves, en que la sangre, habiendo perdido una porción de su fibrina, tiende á estancarse en alguno de nuestros órganos, y principalmente en el bazo. Pero no es este el lugar de ocuparnos de estas varias hiperemias, que constituyen otro de los elementos de las enfermedades en que se las observa, y por consiguiente las describiremos al tratar de estas.

#### CONGESTIONES UTERINAS.

De todas las vísceras abdominales de la mujer, el útero parece ser el que se congestiona mas frecuentemente. Estas congestiones, bien se verifiquen durante el estado de vacuidad del órgano, ó en el embarazo, siempre me han parecido esencialmente activas. Están caracterizadas por una sensación de calor en la pelvis: las enfermas sienten como hinchada la vagina y la vulva, experimentan peso hácia el ano, tirantez en las ingles, calor ó un verdadero dolor en el hipogastrio y en la region del sacro; algunas tienen cólicos uterinos bastante fuertes, y semejantes á los que con tanta frecuencia acompañan á la dismenorea (Véase esta enfermedad). Estos síntomas aunque continuos, se exasperan de cuando en cuando. Si se explora á la mujer, parece el útero mas grueso, mas pesado, y el cuello y la vagina mas calientes que de ordinario; las mas veces hay un flujo mucoso ó sanguinolento, se orina con mas frecuencia, y al salir este líquido, suele experimentarse cierta comezon. Estos signos de congestión pueden disiparse al cabo de uno ó de muchos dias, y en gran número de casos son reemplazados por las reglas ó por una verdadera metrorragia, que durante el embarazo casi siempre es indicio de un próximo aborto.

Las congestiones uterinas apenas se observan mas que en las mujeres menstruadas ó en las jóvenes cuando se prepara la revolucion menstrual. Hay en efecto un número bastante grande de mujeres no menstruadas, que todos los meses experimentan los signos de una congestión uterina que se disipa espontáneamente sin que á ella se siga flujo alguno sanguíneo; en la mujer menstruada la congestión uterina sucede frecuentemente á una supresión repentina de



las reglas ó á una excitacion insólita de los órganos genitales , etc. La congestion uterina es un accidente muy comun tambien en los tres o cuatro primeros meses del embarazo ; es la causa mas ordinaria de los abortos que con tanta frecuencia se verifican en este período de la gestacion ; se desarrolla á veces con motivo de una emocion moral , de un sacudimiento , de una caida , de rozamientos sexuales inmoderados ; pero las mas veces se forma espontáneamente sin causa apreciable , y en una época correspondiente á los períodos menstruales. Las mujeres sanguíneas , las pletóricas y las que suelen tener reglas muy abundantes , son las mas espuestas á este grave accidente.

La metritis es la única enfermedad que pudiera ser confundida con la congestion uterina ; pero en la primera, la exploracion, tanto por la vagina, como por el recto , ocasiona dolores muchísimo mas vivos , hay frecuentemente calentura, fenómenos simpáticos mas numerosos, y finalmente un curso casi siempre mas largo.

*Tratamiento.*—Cuando la congestion uterina sobreviene despues de la supresion de las reglas ; cuando constituye un prodromo, digámoslo asi , de la época menstrual , está indicado promover el flujo sanguíneo que debe ser la crisis natural del estado congestivo. Con esta mira debe aconsejarse el uso de pediluvios sinapizados , de fumigaciones , de vapores acuosos á la vulva , de lavativas calientes de artemisa y de cataplasmas calientes puestas en las partes sexuales , aplicando un corto número de sanguijuelas á la vulva , si estos medios no fuesen suficientes.

Quando las congestiones uterinas , en vez de ser el prodromo de las reglas , constituyen un verdadero estado morbozo formado fuera del período menstrual y especialmente durante el embarazo , se les deberá oponer un tratamiento diferente del que viene aconsejado. Aquí la indicación no consiste en promover una hemorragia , sino en precaverla. Si la mujer es robusta y pletórica podria convenirle una sangría general ; se cuidará de mantener libre el vientre , se administrarán baños frescos ó tibios , y las enfermas cuidarán de no sentarse ni echarse sobre lana ni pluma. Si estos medios son insuficientes , se aplicarán ventosas escarificadas en la region del sacro y de la pelvis , cuyo modo de evacuacion sanguínea me ha parecido mas eficaz que las sanguijuelas que en tales casos suelen aplicarse al ano y á las ingles. Algunos autores han considerado estos últimos medios como peligrosos ; pero sus temores no son fundados si se aplica un gran número de sanguijuelas á fin de producir un pronto desahogo. En los casos mas rebeldes deberá recurrirse á los revulsivos rubefacientes y vexicantes , á las inyecciones frias y al uso de los chorros sobre las regiones lumbar y sacra. Si la congestion afecta á una mujer embarazada , debe preferirse hacer muchas sangrías cortas , á ciertos intervalos , en vez de sacar una gran cantidad de sangre de una vez. Por pocos dolores abdominales que entonces existan , sobre todo de aquellos que dependen de contracciones uterinas , y que se reconocen por su intermitencia y por la sensacion de peso y de espulsion que las mujeres experimentan ; será preciso apresurarse á administrar un cuarto de lavativa con veinte gotas de láudano de Sydenham , renovando la dosis una hora despues , y repitiéndola por tercera y cuarta vez si los accidentes persisten. Esta práctica es muy eficaz , y sobre todo viene preconizada por Dubois , Cazeaux , Chailly y Jacquemier. Quando la congestion se renueva en cada época menstrual , se pro-

curará precaverla condenando á la mujer á un reposo absoluto mientras dure esta época, y los tres ó cuatro días que la preceden y la siguen, deberá mantenerse libre el vientre, se prescribirán algunos pediluvios calientes, y si hubiese signos de plétora, sería conveniente abrir la vena. Algunos facultativos han tratado las congestiones de la matriz con medicamentos estimulantes, particularmente con el acetato amoniacal, á la dosis desde un escrúpulo á media onza y aun mas. Se ha creido que este líquido no obraba en tales casos como un escitante difusible, sino como un sedativo especial del útero, cosa que no me parece probada: mi opinion es, que si el espíritu de Minderero puede ser provechoso en el tratamiento de la congestion uterina, probablemente obrará cual revulsivo, á consecuencia de la diaforesis que promueve.

## SEGUNDO GÉNERO.

### ENFERMEDADES POR FALTA DE SANGRE.

*Oligaimia (oligos, poco agua sangre) disminucion de la cantidad de la sangre. —*

#### DE LA ANEMIA.

La palabra (*anemia*) nunca se ha tomado en su sentido etimológico rigoroso, *And* puesto que significa la falta absoluta de sangre; pero sirve para designar, ó una disminucion de la masa total de la sangre (*polyanhemia*), ó bien una disminucion de sus partes sólidas, tales como la fibrina, el hierro y las sales, con aumento simultáneo en la proporcion del suero (*hydræmia*). Estos dos estados (*Pion*) morbosos pueden confundirse en una misma descripcion y bajo una denominacion comun, puesto que dan lugar á unos mismos trastornos funcionales, y que no siempre pueden distinguirse uno de otro durante la vida.

*Historia.*—La anemia, confundida por los antiguos con diversas lesiones orgánicas bajo el término genérico de *caquexia*, no ha sido en rigor descrita como enfermedad especial hasta mediados del último siglo por Lieutaud en su *Médecine pratique*. Se publicaron acerca de ella en Alemania importantísimos trabajos por Alberti (1), Isenflam (2) y sobre todo por Hoffinger en el año 1777 (3). Su historia empero ha sido principalmente trazada por nuestros contemporáneos. Me limitaré á citar los escritos originales de Hallé (4), Piorry (5), Marshal-Hall (6), Andral y Gavarret (7).

*Divisiones.*—Se ha distinguido la anemia en idiopática y en sintomática, segun que es la alteracion de la sangre la que constituye toda la enfermedad, ó

(1) *De anemia*, 1752.

(2) *De anemia vera et spuria*, 1764.

(3) *De selectis medicamentis*, 1777.

(4) *Journal de Corvisart*, 1815.

(5) *Traité de médecine pratique*, 1855.

(6) *Effets sur les pertes du sang. Archives de médecine*, 1855.

(7) *Essai d'hématologie*.



que solo constituye un síntoma de alguna otra alteracion. Se ha admitido tambien una anemia *general* y otra *local*, siendo un ejemplo de esta última la decoloracion y el estado de flojedad y de languidez que presentan los miembros que han estado mucho tiempo vendados ó envueltos en aparatos.

*Anatomía patológica.*—Apenas se encuentra sangre en el cadáver de los sugetos anémicos, y si alguna existe es muy serosa, de un encarnado claro, y de una densidad escasa. Pero el carácter fundamental de la anemia está, segun Andral, en la disminucion de los glóbulos que de 127, que es la media normal, puede descender á 60, 50, 27 y aun 21 : esta alteracion es constante. La fibrina, la albúmina y los demás principios sólidos de la sangre, que por mucho tiempo se ha creído hallarse en proporcion menor, parece, segun los recientes trabajos de Andral y Gavarret, que no experimentan ninguna variacion patológica; si bien esto sucede únicamente cuando la anemia se ha desarrollado con lentitud. Pero cuando es rápidamente producida por hemorragias ó sangrias excesivas, se observa por lo comun, juntamente con la disminucion de los glóbulos, una disminucion igualmente considerable en la cantidad de la fibrina. El suero se aumenta en la misma proporcion que los glóbulos disminuyen, pudiendo en efecto llegar desde 790, que es la media normal, hasta 915. Es mas acuoso que de ordinario, y contiene menos sales solubles. (Marchall-Hall ha visto algunas veces sobrenadar en su superficie una sustancia semejante á la crema, que Prout ha reconocido no ser mas que una materia <sup>grasienta</sup>) y que, segun Hall, es la grasa misma de los sugetos, trasportada por la absorcion al torrente circulatorio. La sangre sacada del individuo vivo se concreta ordinariamente en un coágulo denso, que nada en una gran cantidad de suero sin color, y cubierto á veces de una costra tan espesa como si existiera una pleuresia ó un reumatismo. La presencia de dicha costra en la sangre de los sugetos anémicos, sin existir inflamacion en ninguna parte, es una circunstancia notable que Borsieri habia señalado, y sobre la cual ha insistido Andral mas particularmente. La formacion de la costra se esplica ademas por la constitucion misma de los elementos de la sangre, puesto que ya hemos visto que en la anemia hay disminucion de los glóbulos, mientras que la fibrina permanece en su proporcion normal, es decir, que hay exceso de fibrina relativamente á los glóbulos. Pero, como dice Andral, siempre que este exceso exista, bien sea relativo ó absoluto, y que la coagulacion de la fibrina no sea rápida, se verá á este principio acumularse solo en la superficie del coágulo, y aparecer la costra. Hé aquí por qué la sangre de los anémicos puede tener costra, mientras que la de los pletóricos no la tiene, y hé aquí tambien por qué en los primeros el coágulo es mas apretado y denso que en los segundos.

Cuando la anemia dura mucho tiempo, el corazon y los vasos se contraen sobre sí mismos; M. Beau cree lo contrario, pues pretende que las cavidades del corazon aumentan y que son mas densas sus paredes: en mi concepto este hecho no se ha probado. Lo cierto es que en los sujetos de quienes tratamos, todos los tejidos están flácidos, descoloridos y exangües; los pulmones, ligeros y crepitantes, no están infartados en su parte posterior, como se verifica comunmente, y esta circunstancia depende de hallarse vacíos los vasos: finalmente se infiltra con frecuencia serosidad en el tejido celular de los miembros, y á veces se derrama en las principales cavidades serosas, pero tales infiltra-

ciones y derrámenes son muy poco considerables, exceptuando sin embargo los casos en que la sangre ha perdido su albúmina; lo que constituye en verdad una grave complicacion. (V. la historia de la *enfermedad de Bright* y el artículo *Hidropesias*).

*Sintomas.*—Los sugetos anémicos son notables por la flacidez de las partes blandas y el color general de la piel, que es pálido, bajo ó mas bien amarillento como el de la cera blanca cuando es añeja; la conjuntiva, la mucosa bucal y la de las partes genitales, presentan la misma decoloracion; no se reconoce en ellas ninguna ramificacion capilar; las venas subcutáneas están deprimidas, casi vacías, y á veces no se las distingue, ó solo se diseña su trayecto por un tinte azulado sumamente bajo. Todos los anémicos son muy sensibles al frio, tienen generalmente el pulso débil, algunas veces duro y casi siempre frecuente: apenas andan, se sofocan; quéjense de palpitaciones y á menudo se desmayan. La percusion indica que el corazon tiene su volúmen normal, ó que es mas pequeño; si se escuchan sus ruidos, se perciben muchas veces claros y estrepitosos, y aunque la fuerza impulsiva del órgano sea en el mayor número de casos lánguida, es en alguna ocasion bastante enérgica: existe siempre *en el primer tiempo* un ruido de fuelle. *en la base.*

La auscultacion mediata de los grandes vasos presta resultados todavía mas importantes y curiosos, porque deja percibir ruidos de diversas especies. A menudo es un ruido suave de fuelle, único é intermitente como el diástole arterial al que corresponde, pudiendo observarse en la mayor parte de las arterias voluminosas, pero de preferencia en las crurales y carótidas, especialmente en la derecha: es por lo comun permanente, mas cesa á veces de cuando en cuando y se reproduce tan luego como cualquiera causa excita la circulacion. Durante la anemia se observan ademas de este ruido, otros cuyo sitio es, segun dicen, diferente: asi aplicando el estetoscopio en el triángulo sobre-clavicular, teniendo cuidado que el cuello del enfermo esté derecho y tirante, al paso que la barba alta y el rostro vuelto al lado opuesto, notaremos frecuentemente un ruido *continuo* de fuelle que Laënnec, haciendo una comparacion feliz, dijo que era simil al murmullo del mar, ó al que se oye cuando se aplica al oido un marisco grande y univalvo. Mucho varía el timbre de este ruido, por manera que ora es oscuro, ora sonoro, trasformándose algunas veces en sonido musical, ó sea en una especie de cánto monotono, sin dar mas que dos ó tres notas mas ó menos sostenidas (Barth y Roger): es el fenómeno conocido desde Laënnec bajo la impropia denominacion de *canto de las arterias* ó *cánto modulado*: su intensidad es variable, lo mismo que su duracion, pues semejante ruido se suspende y se reproduce de un instante á otro: no es mas que una simple modificacion del murmullo continuo.

Este rara vez se observa solo, coexistiendo en los mas de los casos con el ruido intermitente de fuelle, de que hemos hablado anteriormente, por cuyo motivo se nota entonces un ruido (siempre de fuelle) continuo, débil, algo sordo y de cuando en cuando otro, mas intenso é isócrono con el diástole arterial. La reunion de ambos ruidos constituye el fenómeno que en el estudio de la auscultacion se llama *ruido de fuelle continuo de doble corriente* y tambien *ruido de diablo*, porque cuando llega á su mas alto grado, se asemeja perfectamente por el ronquido que le caracteriza, al que prôduce estando en movi-

+ Bouillaud cree que este ruido es producido cada vez que la densidad de la sangre sea menor que 50° *alcometro de Baumé* —



miento el juguete infantil llamado *diablo*: esta comparacion debida á M. Bouillaud, es exactísima. Por lo demás el ruido de que hablo, puede ofrecer una infinidad de grados, siendo susceptible de todas las modificaciones del murmullo simple, y dejándose oír, lo mismo que este, mas frecuentemente en el lado derecho que en el izquierdo.

Hasta estos últimos años se habia creido que se verificaba en las arterias el ruido de fuelle continuo: el doctor Ward en la Gaceta médica de Londres de 1837, y dos años despues Hope en su obra, establecieron que el fenómeno tenia esclusivamente lugar en las venas yugulares tanto interna como externa. M. Aran en un importantísimo trabajo que fue publicado en los *Archives de médecine*, 1843, defendió esta teoría de un modo muy notable y casi convincente. Asegura dicho autor que si el ruido es superficial, en términos de parecer verificarse en la yugular externa; no hay mas que comprimir suavemente la vena con el dedo un poco mas arriba del punto en que está colocado el estetoscopio, para hacerle cesar al momento, pudiendo oírse ó dejarse de oír, tan solo con levantar ó bajar el dedo. Asegura tambien que siendo el ruido mas profundo por tener su sitio en la yugular interna, se le hace cesar con igual facilidad y prontitud, comprimiendo ligeramente con el dedo índice aplicado debajo del borde anterior del músculo esterno-mastoideo, encima de la parte céntrica del cuello y sobre el trayecto de la vena yugular interna que pasa por aquí bastante superficial. Podrán tal vez las indicadas compresiones suprimir el ruido continuo que se dice verificarse en las venas, pero jamás el intermitente que sin sombra de duda tiene lugar en las arterias. Hay mas: M. Beau en los *Archives*, 1845, ha negado los resultados espuestos por M. Aran y defendido con talento la antigua teoría, segun la cual todos los ruidos que nos ocupan son esencialmente arteriales. Y en efecto lo son: puedo por mi parte decir que he estudiado esta cuestion en un considerable número de enfermos, de algunos años acá; y me he convencido de que las compresiones capaces de interrumpir la circulacion en las yugulares, no solamente no hacen cesar el ruido de fuelle continuo, sino que en muchísimos casos lo aumentan, siendo bastante comun no modificarlo en ningun sentido. Lo que se alega de la continuidad de la circulacion venosa que tan á propósito es para la satisfactoria esplicacion de un ruido continuo, carece, en mi concepto, de razon, pues tan continua considero la circulacion arterial como la venosa, y al recordar la lentitud de esta y la rapidez de aquella, bien se comprende *á priori*, y con total independendencia de todo experimento, donde debe estar el sitio de los ruidos patológicos que estudiamos.

Es por desgracia imposible en el estado actual de la ciencia trazar una teoría para esplicarlos satisfactoriamente. ¡Cuántas se han inventado! M. Vernois y otros muchos con él creyeron que en el estado anémico los vasos contrayéndose ocasionaban la formacion de repliegues en su superficie interna, repliegues que eran otros tantos obstáculos al libre curso de la sangre. Algunos, sin mayor fundamento, pretendieron que la disminucion del calibre vascular nacia de la infiltracion serosa del tejido celular que existe entre las dos tunicas internas: finalmente, no faltó quien atribuyera la estrechez al espasmo del tejido arterial. ¿Necesitaré indicar que todas esas ideas son puramente hipotéticas? Varios médicos intentaron esplicar los ruidos morbosos por alguna alteracion de la sangre: asi M. Beau, sentando que la anémia y la clorosis constituyen

una plétora acuosa, hace resultar dichos ruidos del exagerado frote que causa el exceso de líquido: de ninguna manera puede la clínica racional admitir una semejanza entre la anemia y la plétora verdadera, tal como la hemos descrito en su correspondiente lugar. Segun M. de la Harpe (*Archives*, 1858), la frotación de la sangre contra las paredes de las arterias nada tiene que ver con los ruidos patológicos, porque estos se originan de las oscilaciones sonoras, producidas por las moléculas sanguíneas en el caso de poseer el flúido circulatorio menos densidad y al propio tiempo mas rapidez. Sea lo que fuere de cuanto llevo espuesto, ignorando como ignoramos el mecanismo segun el cual se forman los ruidos morbosos, deberemos contentarnos con saber de una manera incontestable que su existencia demuestra una alteracion en la sangre, alteracion que consiste en haberse disminuido el número de sus glóbulos, por manera que M. Andral enseña que siempre que aquel número es menor de ochenta, hay ruidos, al paso que si es mayor, podrá existir el ruido de fuelle, pero tambien podrá faltar.

Las personas anémicas tienen anorexia y apetitos estravagantes; sus digestiones son penosas y sus cámaras raras. Las orinas son claras y tienen poca densidad, como lo ha demostrado Becquerel, á causa de la disminucion de las sustancias sólidas que están en disolucion. La mayor parte se quejan de cefalalgia, y de cuando en cuando de diversos dolores neurálgicos, que ordinariamente residen en las sienes, en la cara (neuralgia facial), en el estómago (gastralgia), ó en las paredes torácicas (neuralgia intercostal), y á veces en los miembros, como lo observó Hoffinger en los mineros de Schemnitz. Los anémicos suelen tener vértigos y zumbidos de oídos; son perezosos, indolentes é incapaces de todo trabajo intelectual; algunos se hacen amauroticos; otros tienen visiones estravagantes, alucinaciones y delirio; no pueden soportar el menor ejercicio; sus ojos están lánguidos, hundidos, la cara abotagada; finalmente, en un período mas avanzado, se infiltran las estremidades y hay derrame de serosidad en las principales cavidades serosas; mas á pesar del empobrecimiento de la sangre, el cuerpo conserva su temperatura normal (Andral). Asi en uno como en otro sexo los órganos genitales participan ordinariamente de la atónia de todo el sistema. En la mujer las reglas son poco abundantes, difíciles, dolorosas ó se suspenden completamente, reemplazándolas casi siempre la leucorrea; en otras, por el contrario, el flujo menstrual es mas abundante que de costumbre, y aun suele marcarse cada época con una verdadera metrorragia ó con una hemorragia supletoria, como una epistaxis. Estos flujos, que agravan siempre á los enfermos, tienen un carácter pasivo.

*Curso, duracion y terminaciones.*—La palidez, la languidez y los desórdenes cardíacos son generalmente los primeros síntomas de la anemia; sin embargo, se ha visto algunas veces marcarse la enfermedad en su principio por trastornos intestinales; como cólicos violentos ó diarrea (epidemia de Anzin), ó por grandes dolores en los miembros ó en los lomos (epidemia de Schemnitz de 1777).

La anemia sigue un curso mas ó menos rápido segun la causa que la ha producido. Cuando proviene de una hemorragia abundante que vacía, digámoslo asi, el sistema vascular sanguíneo, su principio es necesariamente brusco y repentino, y al momento llega á su máximum de intensidad. Si por el con-



trario es efecto de una ó de muchas causas que obran lentamente, tiene el mismo desarrollo y curso que una enfermedad crónica: en el primer caso, la duracion puede ser sumamente corta; en el segundo puede prolongarse meses y aun años enteros: la convalecencia siempre es larga. Dícese, que cuando la anemia se prolonga, favorece el desarrollo de las escrófulas y de los tubérculos; pero acerca de esto, nada se sabe con exactitud. La anemia es muy propensa á recaer.

La anemia puede terminarse por la muerte; y cuando así se verifica, unos enfermos mueren de síncope, otros á consecuencia de convulsiones, muy frecuentes en los sujetos exangües; algunos se extinguen lenta y pacíficamente, y otros, en fin, mueren de una enfermedad intercurrente poco grave, y á la cual hubieran resistido si hubiesen tenido mas sangre.

*Diagnóstico.*—La anemia tiene caracteres tan marcados, que es imposible confundirla con ninguna otra afeccion. No estamos en el caso de ocuparnos aquí de su diagnóstico diferencial respecto de la clorosis; porque haremos ver muy pronto, que esta no se diferencia de la anemia, y que á lo sumo es una de sus variedades. La anemia produce la misma palidez en los tejidos y los mismos trastornos funcionales que la hydrohemia; sin embargo, se ha querido distinguir uno de otro estos dos estados por el pulso, diciendo que es blando y débil en la anemia, y duro y resistente en la hydrohemia, y que en esta las venas son prominentes, y en aquella deprimidas y borradas. Pero estos caracteres distintivos pertenecen mas bien á dos grados diferentes de una misma enfermedad, que á dos afecciones distintas. Por otra parte, bien haya anemia ó hydrohemia, los trastornos funcionales y el tratamiento no varian. Quizá el pronóstico debería ser mas grave para la primera que para la segunda.

Muchas veces se atribuyen á una afeccion orgánica del corazon los accidentes cardíacos que constantemente se observan en los sujetos anémicos; pero este es un error que importa tanto mas evitar, cuanto que el pronóstico y el tratamiento son muy diferentes en los dos casos. El estado de decoloracion y el color amarillo de cera de la piel, el poco volúmen del corazon, medido á beneficio de la percusion, los ruidos arteriales, los trastornos digestivos y los accidentes nerviosos, serán siempre datos suficientes para diagnosticar una anemia. Pero esta coincide algunas veces con una lesion orgánica del corazon, que deben hacer temer la estension del sonido macizo y un ruido de fuelle en los dos tiempos ó *en el segundo*. Con todo, siempre será prudente suspender el diagnóstico, hasta que con un tratamiento racional se hagan desaparecer los síntomas que pertenecen á la anemia. La grave coincidencia que indicamos se ve muy á menudo en la práctica,

Aunque la anemia sea lo contrario de la plétora, hay casos en que estos dos estados se confunden. En efecto, no es raro ver personas que adoleciendo ya en alto grado de la disminucion de los glóbulos y de la mayor parte de los accidentes nerviosos de la anemia, lejos de estar pálidas y de un color de cera, tienen las mejillas encarnadas é inyectadas, y un aspecto exterior que mas bien les hace parecer plétóricas. Sin embargo, si se considera la naturaleza de los accidentes que experimentan, accidentes que en nada se parecen á los de la plétora y sí á los de anemia; si se atiende á que la sangría, lejos de disminuirlos, los agrava, pronto se reconocerá la verdadera naturaleza de la enfermedad. Tambien podrá ser

para ello muy útil el examen de las membranas mucosas, sobre todo de la que tapiza la boca, pues fácilmente se verá que aun cuando parezcan coloradas, lo están algo menos que en los sujetos verdaderamente sanos. Suele cometerse el error, que tratamos de evitar, y todos los días quizá, visitando á señoras embarazadas. Bien sabido es que al llegar la preñez á cierta época, muchas de aquellas experimentan palpitaciones, ahogos, vértigos, llamaradas, bochornos instantáneos, zumbidos de oídos, soñolencias y dolores varios: estos accidentes, coincidiendo muchísimas veces con un pulso duro y lleno, son general y esclusivamente calificados de pleóricos, mientras que tal vez dependen de verdadera anemia, y en muchas mas ocasiones de hidrohemia. Por la sencilla razon de haber en el último caso mayor cantidad de sangre, parece que la sangría alivia, mas tal alivio es transitorio, momentáneo, y los accidentes reaparecen con mas intensidad, no pudiendo definitivamente calmarse hasta que se han administrado los preparados ferruginosos. Para penetrarse de la naturaleza anémica de los accidentes, obsérvese la piel que en vez de estar animada como en la plétora, carece de sano color, escúchense los ruidos del corazon y de las arterias que no suelen ser compañeros del estado pleórico, atiéndase á los dolores neurálgicos y á los desórdenes digestivos. El arte debe estar sumamente agradecido á M. Cazeaux, quien en su *Traité d'accouchement* ha llamado sobre estos hechos la atencion de los facultativos.

Finalmente, el punto mas oscuro del diagnóstico, consiste en investigar si la anemia es idiopática ó sintomática de alguna alteracion visceral; y esto se conseguirá estudiando todas las funciones, explorando todos los órganos, y atendiendo al modo de sucesion y al curso de todos los síntomas.

*Pronóstico.*—Si la anemia no ha sido producida ni sostenida por una enfermedad incurable, su pronóstico nada tendrá de grave, esceptuando, sin embargo, aquellos casos en que la debilidad es excesiva y los síncope frecuentes.

*Causas.*—La anemia afecta con especialidad á los jóvenes, á las mujeres y á las niñas: los individuos linfáticos, se hallan mas predispuestos á ella que los que gozan de otros temperamentos. Muchas veces proviene la enfermedad de causas debilitantes, como las penas morales, una alimentacion grosera ó insuficiente, una permanencia demasiado larga en parajes húmedos, bajos, sin ventilacion y privados de luz, cuyas condiciones reunidas, esplican el desarrollo de la enfermedad en un gran número de individuos á la vez, y asi se ha observado al principio de este siglo en los mineros de Anzin, y en el siglo último en Sehmnitz en Hungría. Las hemorragias traumáticas ó espontáneas son las causas mas directas de la anemia, resultando esta principalmente de las hemorragias intestinales, de las gastrorragias y metrorragias. El mismo efecto producen el abuso de las sangrías en el tratamiento de las enfermedades y una dieta prolongada.

Hemos dicho que, la anemia podia depender de causas orgánicas, y en efecto, ciertas lesiones viscerales graves, y especialmente los tubérculos pulmonales é intestinales, la enfermedad de Bright, la cirrosis y ciertos cánceres, pueden empezar produciendo la anemia á causa de la modificacion profunda que inducen en la nutricion. Lo mismo puede decirse de las calenturas intermitentes prolongadas, y de la sífilis constitucional. Tambien las emanaciones del plomo y las del mercurio determinan en los operarios espuestos á su influencia todos los accidentes de la anemia.



De esta, y tal vez mas de la hidroemia, suele ser causa el estado de preñez, como está probado por el análisis verificado por MM. Andral, Gavarret, Becquerel y Rodier. Este hecho ha sido ademas completísimamente demostrado por M. Regnaud, agregado á la facultad. Probó este hábil químico en la tesis que sostuvo en 1847, que el número de los glóbulos de la sangre disminuía al principio del embarazo, y que la disminucion, con frecuencia considerable ya en el segundo mes, era mucho mayor en el quinto y en el noveno, en términos de representarse en esta última época su número medio por 101,4. La cantidad de fibrina se conserva normal hasta el sexto mes, aumentando en seguida progresivamente hasta la época del parto: la albúmina se disminuye, y por fin, el suero peca en cantidad y calidad, pues la primera aumenta y se malea la segunda perdiendo parte de las sustancias sólidas que el suero contiene. De tal análisis resulta que la alteracion de la sangre, que caracteriza la anemia y la clorosis, existe en las mas de las mujeres de avanzada preñez.

*Tratamiento.*—Para tratar convenientemente la anemia, debe empezarse por alejar las causas que han producido la enfermedad. En este concepto, si existe una hemorragia, es preciso hacerse dueño de ella, y si la anemia depende de las malas condiciones higiénicas, variarlas inmediatamente. En seguida deberá procurarse reparar la sangre y aumentar su masa y la proporcion de sus principios vivificantes, lo cual se conseguirá por medio de un régimen analéptico gradual y proporcionado á las fuerzas del estómago. Los enfermos deben habitar en un paraje seco, ventilado y espuesto al sol. Deben escitarse las funciones de la piel por medio del sobamiento (*massage*), de las fricciones secas y aromáticas, con los baños de mar, los baños sulfurosos y los ferruginosos. Tambien se han aconsejado al interior muchos medicamentos tomados todos de la clase de los tónicos, como la quina, la genciana, la goma kino, la corteza de encina y los vinos generosos, pero despues del régimen, las preparaciones ferruginosas son el medio mas eficaz para combatir la anemia; empleando con preferencia las limaduras, el hierro reducido por el hidrógeno, el subcarbonato, el tartrato férrico potásico ó el lactato. En estos últimos tiempos se han elogiado mucho las píldoras de Vallet, que no son mas que una mezcla de: sulfato de hierro cristalizado puro 16 onzas; de carbonato de sosa 20 onzas, miel 10 onzas, y jarabe de azúcar cantidad suficiente, para hacer píldoras de 4 granos, que se toman de 2 á 40 por dia. Muchos prefieren las píldoras del doctor Blaud, formadas de una mezcla á partes iguales de sulfato de hierro y subcarbonato de potasa (ana. media onza, goma tragacanto cantidad suficiente, divídase en 48 píldoras para tomar de 1 á 30 por dia).

Todos los preparados que acabo de indicar pueden indiferentemente emplearse, pues son poco mas ó menos iguales sus efectos curativos: los numerosos ensayos comparativos que he practicado, me autorizan para hablar con esta certeza.

En estos últimos tiempos, un médico extranjero, M. Von Mauthner, ha aconsejado para el tratamiento de la anemia, sobre todo de los niños, el extracto de la sangre de buey á la dosis desde 10 á 80 granos (1). M. Marchal

(1) *Annales de la Flandre occidentale*, 1851. Para preparar este extracto, se tamiza sangre de buey y á beneficio del baño-maria se evapora hasta que quede seca.

(de Calvi) ha propuesto que las sustancias alimenticias de que se haga uso, contengan mucha sangre, por manera que encarga que los enfermos coman morecilla en abundancia. Son todavía insuficientes los hechos presentados hasta ahora para apreciar el grado de utilidad de semejante método. Se ha creído que la sangre ordenada segun se acaba de decir, ha de obrar tan solo por la pequeña cantidad de hierro que contiene. Si es cierta esta creencia, preferible consideramos la administracion del metal puro ó de alguno de sus preparados, al molesto y tal vez repugnante uso de la sangre.

MM. Vanden Corput; Hanon y Petrequin han señalado recientemente el manganeso como precioso sucedáneo del hierro, y lo ordenan del mismo modo y á las mismas dosis que se administra este. Se ha empleado el carbonato, el tartrato, el sulfato de manganeso, ora solos, ora mezclados con hierro. Los hechos para poder emitir un juicio acerca de las ventajas de esta medicacion, son aun insuficientes: sin embargo, cuando las anemias y clorosis se muestren rebeldes á la accion de los ferruginosos, me parece que no puede haber inconveniente en tratarlas con el manganeso, habida razon de lo que aseguran varones muy respetables.

Los ferruginosos no solo remedian el estado anémico, sino que forman tambien el tratamiento mas eficaz contra los accidentes nerviosos, y particularmente contra los dolores neurálgicos de la cabeza y los calambres del estómago. Las hemorragias pasivas que á veces sobrevienen podrán muy bien indicar el uso momentáneo de algunos otros agentes; pero solo los ferruginosos pueden precaver la repeticion, reformando el estado de la sangre que las produce. Debe evitarse cuanto sea posible el sangrar á los anémicos, y sobre todo conviene abstenerse de este medio para combatir los accidentes propios de la anemia misma: si alguna flegmasia grave indicara su uso, siempre deberá emplearse con mesura, y de un modo proporcionado á las fuerzas del sugeto. (Para complemento de este artículo V. el siguiente).

## DE LA CLOROSIS.

SINONIMIA.—Colores pálidos.—Cloro-anemia.—*Morbus virgineus*, ó *morbus virginum*, *febris alba*, opilacion.

De las investigaciones históricas que el doctor Hoefler consignó en su tesis (París 1840), debe deducirse, que desde Hipócrates hasta el siglo XVI, la clorosis no recibió ninguna denominacion. Los Griegos, los Latinos, los Arabes, y los médicos de la edad media, describieron con referencia, á la supresion del flujo menstrual, todos los síntomas propios de la clorosis, menos el ruido de las carótidas. De 1520 á 1530 recibió esta enfermedad el nombre de *morbus virgineus*, habiendo sido J. Lange el primero que así la llamó. Figuró desde entonces como una dolencia distinta de todas las demás, y por último Varandé sobre el año 1600 le dió el nombre de clorosis que todavía conserva.

*La clorosis y la anemia no son dos enfermedades distintas.*—No hay razon para que la mayor parte de los médicos consideren todavía la clorosis como una afeccion distinta de la anemia; por nuestra parte, no hallamos entre estas dos afecciones ninguna diferencia capital. En efecto, segun el testimonio de todos los autores, obsérvase en la clorosis la flacidez de las carnes, la palidez verdosa ó amarillentas de la piel, que tambien se ha comparado al color de la cera



blanca cuando es añeja. Hay en esta enfermedad sofocacion, palpitaciones, un ruido de fuelle en la region del corazon, otro ruido simple ó musical, y un ronquido ó ruido de diablo en las arterias principales; el pulso es pequeño y las mas veces dilatado y duro, como en la hidrohemia, hay lipotimias y sincopes. El apetito está disminuido, pervertido ó depravado, hay dispepsia, acedias, dolores neurálgicos en la cabeza, en las sienas, y en el pecho, y principalmente en el estómago se sienten tracciones y calambres. Estos dolores son notables por su movilidad y su inconstancia; las enfermas están tristes, abatidos, indolentes, y evitan toda especie de movimiento. Algunas han sido atacadas de verdadera manía. La sangre ofrece en su composicion todas las alteraciones que anteriormente hemos hallado en la anemia. De modo que nadie podrá desconocer en este cuadro los caracteres de la anemia tales como los acabamos de trazar. Solo habiendo hecho de la clorosis una enfermedad especial de la mujer, y que afecta de preferencia á las jóvenes apenas nubiles, han podido notarse como constantes ciertos trastornos uterinos, tales como la amenorrea, la dismenorrea y los flujos leucorréicos; sin embargo, no es raro encontrar la menstruacion perfectamente regular, sin otro cambio que alguna palidez de la sangre que sale; y en fin, en algunos casos hay de cuando en cuando verdaderos flujos, cuyo efecto es siempre aumentar el estado anémico. Estos trastornos de la menstruacion y estos flujos blancos, escitan los accidentes nerviosos, desarrollados ya por el empobrecimiento de la sangre y que en este caso deben ser tanto mas marcados, cuanto que el sexo y la constitucion predisponen mas á ellos. Pero ya se advierte que en esto no hay nada que sea característico de una afeccion distinta. Diremos en fin, como última prueba de la identidad de las dos enfermedades, que la clorosis camina y se desarrolla bajo la influencia de las mismas condiciones y exige el mismo tratamiento que la anemia: en efecto, las preparaciones ferruginosas son el remedio específico de esta como lo son de aquella.

En resumen, es incontestable que la clorosis no pasa de ser una simple variedad de la anemia; y por consiguiente consiste como esta, en un empobrecimiento de la sangre y en la disminucion de los glóbulos. Los que han hecho de ella una afeccion distinta de la anemia, aunque sin poder fijar su diagnóstico diferencial, han intentado probar, que la clorosis era un estado morboso consecutivo á los trastornos de la menstruacion; pero hechos mejor observados han demostrado que estos accidentes no son constantes, y que la amenorrea, la dismenorrea, y los flujos blancos, lejos de ser la causa de la clorosis, son por el contrario, una consecuencia de ella. Fácilmente se concibe en efecto que estando la sangre depauperada y en cantidad insuficiente, ha de dejar de dirigirse hácia los órganos genitales en las épocas acostumbradas. La manifestacion de la clorosis consecutivamente á un trabajo de la menstruacion, como lo seria por ejemplo la supresion repentina de las reglas, nada probaria contra la opinion que sosten-go, puesto que asi la clorosis como la anemia, pueden sobrevenir indiferentemente despues de toda especie de estado morboso. No creemos deber discutir las demás hipótesis ideadas con el fin de esplicar la naturaleza de la clorosis, que unos hacen depender de la astenia de los órganos genitales (Roche), otros de la del gran simpático (Copland), otros de los órganos digestivos (Hoffmann), porque ninguna de estas teorías se apoya en datos positivos. En la clorosis vemos

el padecimiento de todos los órganos, la languidez ó perversión de todas las funciones, porque la sangre es menos abundante y sus principios estimulantes han disminuido de proporcion: esta es la única lesión material que nos es dado comprobar. (1) En cuanto á la causa interna que impide la sanguificación, nos es casi siempre desconocida, porque de ordinario es puramente orgánica. Las hipótesis precedentes, por mas ridículas que sean, han ejercido y ejercen todavía una grande influencia en la práctica de muchos médicos.

En efecto, unos emplean los emenagogos y la aplicacion de sanguijuelas á los muslos para atraer las reglas, cuya supresion les parece ser causa de la enfermedad, otros aconsejan el matrimonio para despertar la actividad de los órganos genitales. y algunos á imitación de Hamilton, administran los drásticos. Pero ninguno de estos medios remedia el verdadero mal, y muchos de ellos le agravan, tales son principalmente los evacuantes y las emisiones sanguíneas que aumentan el empobrecimiento de la sangre. En cuanto al matrimonio, solo puede ser ventajoso cuando la joven, habiéndose puesto clorótica á causa de un amor contrariado, se une al objeto de este amor; en tal caso preciso es convenir que la satisfaccion del corazón debe influir mucho mas en el restablecimiento de la salud que la union sexual, que muchas veces obra mas como debilitante que como escitante.

Hemos dicho que el hierro era del mismo modo que para la anemia simple, el soberano remedio. Se escogerá cualquiera de los preparados de que se habló ya, pues en los mas de los casos parece bastante indiferente la eleccion de este ó aquel ferruginoso: no faltan sin embargo enfermos que toleran unos mejor que otros: téngase presente, que ningun hecho clínico autoriza la preferencia de alguno de dichos preparados sobre los demás. Nada tiene pues de extraño, que cada práctico loemplee diferentes: Sydhenam por ejemplo, preferia las limaduras de hierro, Cullen el carbonato: yo me valgo casi esclusivamente de aquellas y de este, y en atencion á su escaso precio debemos ordenarlos siempre á las enfermas pobres. Sea el que fuere el medicamento ferruginoso que hayamos elegido, lo ordenaremos en dosis pequeñas: v. gr. de seis á diez granos sea polvo de hierro, este reducido ó sub-carbonato. Trato constantemente de no imitar la práctica de muchos médicos que ordenan 40, 60 y tambien 80 granos de los mismos medicamentos. La esperiencia me ha enseñado que las altas dosis de las sustancias ferruginosas, no son toleradas debidamente y ademas causan cólicos y diarrea con harta frecuencia. Por otra parte, toda escesiva cantidad de hierro, es arrojada del organismo con el residuo de la digestion, por manera que entonces no se desarrolla la medicacion; es como si no se hubiese tomado el medicamento. Conviene tener presente, que el catedrático de Pavía, M. Corneliani, logró probar que la economía humana no absorve jamás una cantidad de hierro superior á la de 5 ó 6 granos por grande que sea la que se administre.

La medicacion ferruginosa, ha de continuarse hasta que se hayan enteramente desvanecido todos los síntomas de la clorosis. Acostumbrándose la economía al remedio, por ley del hábito dejaria de experimentar sus saludables efectos, de aquí nace la necesidad de variar el preparado ferruginoso si la clorosis se sostiene

(1) M. Beau profesa una opinion contraria, pues considera la clorosis y la anemia como *polyemias*, esto es como enfermedades con exceso de la masa sanguínea. Dudo que M. Beau á pesar de su grande talento, llegue jamás á probar una proposicion tan paradójica.



estacionaria: entonces se sustituye á un medicamento soluble otro insoluble y reciprocamente. Lograda la curacion, se suspende el uso del hierro sin olvidar empero que la clorosis es de las enfermedades en que mas recidivas se notan y por lo tanto apenas quiera de nuevo asomarse, apenas principien los tejidos á perder su color, apenas los accidentes nerviosos se inicien, vuélvase al uso de los preparados marciales que se continuarán por espacio de muchas semanas á fin de asegurar una definitiva curacion.

Por lo que respecta á ciertas clorosis rebeldes, es presumible que sean muy útiles los viajes á paises donde haya manantiales de aguas ferruginosas. Asi aconsejaremos las de Spa (Bélgica), las de Pymont (Westfalia), las de Forges, Cransac, Passy (Francia), etc. Diversos accidentes obligan á veces a hacer algunas modificaciones en el tratamiento; así cuando la irritabilidad del estómago sea tal que no puedan soportarse las preparaciones de hierro ó que causen diarreas, será preciso asociarlas á un extracto amargo, como el de gen-ciana, ó á un polvo aromático como el de canela (un escrúpulo por dos de hierro). Finalmente, podrá suspenderse momentáneamente el hierro y combatir entonces los accidentes nerviosos con el opio, el sub-nitrato de bismuto, con el colombo ó con el diascordio; estos tres últimos á la dosis de cinco á diez granos antes de comer. Calmados dichos accidentes, se vuelve al uso de los ferruginosos, empezando por dosis muy corta. Si hay una constipacion muy rebelde, se la combatirá con lavativas ligeramente laxantes, ó bien se administrarán unas píldoras ferro-aloéticas formadas de una masa pilular que contenga uno ó dos granos de aloes para doce del preparado ferruginoso, y que podrán tomarse al tiempo de comer. Si la clorosis estuviese acompañada de metrorragia, el uso del aloes estaria contraindicado, y entonces pudiera reemplazársele por el ruibarbo ó la magnesia, que deberian tomar las enfermas al acostarse. Esta última sustancia es tambien muy conveniente en la pirosis; esto hace que algunas veces no sea bien tolerado el hierro. Hemos dicho que la clorosis puede complicarse con la menorragia; este accidente, sobre el cual Trousseau ha sido el primero que ha llamado la atencion de una manera especial, no nos puede suministrar mas que una indicacion secundaria; la indicacion principal y la primera la suministra el estado clorótico. Si no sobreviniese la menorragia mas que en la época de las reglas, debería aprovecharse el intervalo de dos épocas para prescribir los ferruginosos en alta dosis; porque el único medio de precaver una nueva hemorragia es hacer la sangre mas rica de glóbulos. Sin embargo, si fuese demasiado considerable el flujo sanguíneo, se procurará moderarle por los medios que daremos á conocer mas adelante (V. *Menorragia*).

Opina M. Trousseau que los preparados de hierro están contraindicados por los tubérculos de los pulmones (*Gazette medicale* 1845), esto es, que no deben emplearse cuando la clorosis se presenta complicada de dichos tubérculos. Los hechos alegados por tan sabio catedrático, son pocos, y por otra parte nada á propósito para sostener con ellos su opinion. Diré tambien que los creo contrarios á los que yo he observado y á los que han sido comprobados por otros muchos médicos, entre quienes cito de preferencia á M. Louis. Yo debo asegurar que jamás he visto que el hierro fuese perjudicial en el caso que nos ocupa; al contrario, pues sus efectos fueron unas veces provechosos é indiferentes otras.

El hierro en el tratamiento de la clorosis y anemia no obra instantáneamen-

te: hasta despues de una ó dos semanas no se notan por las enfermas sus primeros efectos: dice M. Corneliani que tan solo despues de un mes de estarlo administrando, principia el suero á disminuir y el elemento globuloso á aumentar; de modo que la sangre no ha adquirido su composicion normal, sin que hayan pasado dos meses de continuo tratamiento. El catedrático de Pavía tiene probado experimentalmente, que el aumento de los glóbulos se origina del hierro, y por ningun estilo de los alimentos animales tomados por las enfermas: tiene probado ademas que durante la digestion el hierro se trasforma en lactato; semejante trasformacion se opera con tanta mas actividad, cuánta mayor es la cantidad de ácido láctico contenida en el estómago de las cloróticas, quienes, segun el parecer del mismo autor, tienen siempre mas que las otras personas. (*Annal. univ. de méd.*, 1843).

#### ANEMIA DE LOS ÓRGANOS EN PARTICULAR.

Es probable que conforme la sangre afluye muchas veces á los órganos en mayor abundancia, pueda tambien dirigirse á ellos en menor cantidad que en el estado fisiológico; de aquí resultan necesariamente desórdenes funcionales. Se sabe, por ejemplo, que cuando la sangre deja de llegar al cerebro, por estar detenidas las contracciones del corazon, sobrevienen el síncope ó muerte aparente; pero no puede este estado morboso tener cabida en este lugar, porque siendo la anemia del cerebro efecto de una afeccion del corazon, reservamos el ocuparnos de ella para cuando tratemos de las neuroses de esta víscera. Se han esplicado ciertas disneas, por ejemplo, las de las cloróticas, por una anemia de los pulmones; pero nada justifica esta suposicion, y en el estado actual de la ciencia, no sabemos absolutamente nada sobre las anemias parciales; por eso nos abstendremos de hablar mas de ellas.

## TERCERA CLASE DE ENFERMEDADES.

### DE LAS INFLAMACIONES.

#### DE LA INFLAMACION EN GENERAL.

Las palabras *inflamacion*, *flegmasia*, *flogosis*, son espresiones metafóricas (1), destinadas en la ciencia desde tiempo inmemorial para denotar un estado morboso, el mas comun de todos, que puede afectar casi todos los tejidos vivientes, y que está caracterizado localmente por la rubicundez, el dolor, el calor y la tumefaccion de una parte, en la cual se produce tambien casi siempre alguna modificacion importante del trabajo nutritivo, y muchas veces una

(1) Inflamacion, de *inflammare*, sea á causa del calor de las partes (Van Swieten), ó por la semejanza que se ha hallado entre esta enfermedad y los efectos de la quemadura (Borsieri).—Flegmasia, *φλεγμασις* (Πιρόcrates), de *φλέγω*, yo quemo;—Flogosis, *φλόγωσις* (Galeno), de *φλοξ*, llama.



secrecion anormal. Esta enfermedad, por poco que se estienda ó afecte algun órgano importante, escita un aparato febril mas ó menos intenso, y en este caso, produce constantemente un aumento de la fibrina de la sangre.

*Fenómenos locales de la inflamacion.*—1.º *Rubicundéz.*—La rubicundez que forma uno de los caracteres de la inflamacion, varia desde un ligero color de rosa hasta el de púrpura mas subido, y aun hasta el rojo azulado y vinoso. Es generalmente tanto mas intensa, cuanto mas violenta es la flegmasia y mas vascular el órgano afectado. Limitada primero á un pequeño espacio, se hace en seguida mas ó menos difusa, ó bien se presenta bajo la forma de chapas, de zonas, de arborizaciones, ó de un salpicado mas ó menos fino. El color rojo puede ser igualmente vivo en todas partes y desaparecer repentinamente; pero, mas pronunciado las mas veces en un punto que en los demás, va disminuyendo poco á poco, hasta que las partes vuelven á su color natural. Cuando la inflamacion afecta á un tejido membranoso, como la piel ó una membrana mucosa, la presion del dedo hace desaparecer al momento la rubicundez, que vuelve á manifestarse casi inmediatamente des pues que se ha dejado de comprimir. La rubicundez en la inflamacion, se esplica por el mayor aflujo de sangre, de donde resulta un aumento de volúmen de los capilares sanguíneos, y el que sea mayor el número de los que se hacen permeables: esto es lo que ha demostrado Hunter en su admirable *Tratado sobre la inflamacion*. Habiendo matado un conejo, despues de haber inflamado considerablemente una de sus orejas, inyectó la cabeza del animal, y se aseguró despues de la desecacion, que la oreja que no habia sido inflamada estaba trasparente, y se podian ver perfectamente los vasos que se ramificaban en su tejido, al paso que la otra estaba engrosada, y tenia arterias mucho mas considerables. Vogel en su *Anatomie pathologique* da una idea de la cantidad de sangre que acude á los tejidos inflamados, diciendo que los capilares se ponen dos ó tres veces mayores y que en ellos se aumenta de tal manera el número de los glóbulos sanguíneos que llega á ser ocho ó diez veces mas considerable que en el estado normal. La rubicundez inflamatoria depende tambien en concepto de M. Lebert de la pérdida de materia colorante que experimentan los glóbulos reunidos y apilados en los vasos capilares: recibe el suero dicha materia colorante y atravesando las paredes vasculares, se filtra en los tejidos y les comunica una rubicundez difusa.

2.º *Dolor.*—El dolor que acompaña á la inflamacion, varia desde el mas ligero aumento de la sensibilidad, hasta los mayores tormentos; su carácter es muy diferente segun los órganos afectados. Asi sucede que es generalmente pungitivo y muy agudo en la inflamacion de las serosas, obtuso y gravativo en la de los parenquimas, menos vivo en la de las mucosas que en la del tejido celular, donde tiene un carácter lancinante, asi como en la de la piel, donde es notable por una sensacion mista de quemadura y de prurito. Rara vez intermitente, casi siempre continuo, ofrece exacerbaciones y remisiones, que no tienen generalmente regularidad alguna. Ninguna relacion hay entre la sensibilidad normal de una parte, y la sensibilidad morbosa que adquiere mientras está inflamada. Es tambien notable que algunos órganos, que en estado de salud no son sensibles ó apenas lo son, se hagan el asiento de dolores agudísimos cuando están inflamados, lo que se observa principalmente en las mem-

branas serosas. En la inflamacion se esplican los dolores por la distension, la presion, ó cualquier otro cambio desconocido aun, que experimentan los filetes nerviosos de la parte enferma. Ademas de los dolores propios de la inflamacion, sienten los enfermos en la parte afecta, latidos arteriales mas fuertes que de costumbre; pero no es cierto, como se ha dicho algunas veces, que estas pulsaciones sean mas numerosas que las contracciones del corazon. La fuerza insólita de los latidos depende del mayor volumen de la columna sanguínea, y probablemente tambien de un aumento de la accion propia de las arterias. Por último, en las flegmasias, la sensibilidad especial de los órganos inflamados, está en general mas ó menos completamente abolida; asi es que en el coriza deja el enfermo de percibir los olores. En otras partes, por el contrario, la sensibilidad especial está muy exaltada; asi en la oftalmia, y sobre todo en la iritis y en la retinitis, la impresion de la luz causa los dolores mas vivos.

3.º *Calor*.—Esperimenta el enfermo en las partes afecta s la sensacion de un calor, que el médico aprecia por el tacto, y que se mide exactamente por el termómetro. No obstante, la aplicacion de este instrumento no ha dado resultados muy uniformes. No hablaré en este lugar de los esperimentos de Hunter, el cual es cierto que no tuvo mas que instrumentos groseros, y sin embargo, dió á conocer una elevacion real de la temperatura; solo fijaré la atencion en los resultados de Andral y Gavarrret, que han observado que la temperatura de las parte inflamadas se aumentaba, pero que no diferia de la que tienen las *partes profundas*. Asi un termómetro, aplicado alternativamente sobre un dedo afectado de panadizo y en la axila, se elevaba á la misma altura, mientras que, puesto comparativamente en el dedo enfermo y en un dedo sano, se observaba mayor calor en el primero que en el segundo. Los esperimentos de Becquerel y Breschet, publicados en la *Gazette médicale* de 1855, tenderian igualmente á hacer creer en una elevacion bastante considerable de la temperatura en las partes inflamadas. Es un hecho comprobado tambien por M. Roger con muy numerosas investigaciones espuestas en 1845 en los *Archives*. Me parece inútil advertir que si la infla macion llega á producir calentura, se aumenta el calor general, pero si los enfermos son raquíticos ó muy débiles, sea por la causa que fuere, la temperatura, dice M. Roger, rarísima vez se elevará al grado mas alto que se nota en las personas vigorosa s cuando se encuentran en igual caso. No solamente es mas ó menos elevada la temperatura en el estado inflamatorio, sino que Hunter ha probado con un esperimento decisivo, que la inflamacion comunicaba á la parte que afecta una gran caloricidad, y por lo tanto mucha resistencia al enfriamiento. Habiendo hecho congelar este célebre observador la oreja de un conejo, en seguida produjo en ella un trabajo infla-matorio, la espuso despu es á un frio tan intenso y prolongado, como la primera vez, y no pudo llegar á congelarla de nuevo. La elevacion de la tempe-ratura de las partes inflamadas, que nunca es tan considerable como lo haría creer la aplicacion de la mano y las sensaciones que esperimenta el enfermo, se explica mas naturalmente por el aflujo de sangre á las partes afectas, que por una accion oculta de la fuerza vital. Nada diremos del estado eléctrico de las partes inflamadas, porque los esperimentos que se han hecho hasta el dia no presentan aun grado alguno de certeza.

4.º *Tumefaccion*.—La tumefaccion, poco manifiesta en los tejidos mem-



branosos, como la piel y las membranas mucosas, y aun nada en la inflamacion de las serosas, es considerable en la que afecta al tejido celular ó á los órganos parenquimatosos; depende al principio de la mayor cantidad de sangre que contienen las partes, y luego de la infiltracion de los tejidos subyacentes, por la serosidad ó por una substancia albúmino-fibrinosa llamada *linfa coagulable*.

5.º *Modificaciones del trabajo nutritivo*.—Los órganos inflamados aumentan de volúmen, como hemos visto, y son mas pesados y mas duros al tacto por la infiltracion y derrame de la linfa coagulable en los intersticios y mallas del tejido. Aunque sean mas considerables la dureza y la resistencia, el tejido se muestra quebradizo, friable ó notablemente reblandecido y mas ó menos desorganizado. Esta desorganizacion es mas patente y veloz, cuanto menos tejido celular haya en el órgano inflamado, como mas adelante veremos que sucede en el cerebro por ejemplo.

Debe mos igualmente indicar aquí la ruptura de los capilares y la presencia de la sangre en muchos productos escretados, que es lo que acontece principalmente en la pulmonía y disenteria.

6.º *Secreciones morbosas*.—El primer efecto de la inflamacion de los órganos secretorios, es el de disminuir ó suspender su secrecion natural; asi es que la piel, las mucosas y las serosas presentan un estado de sequedad muy notable al principio de las flegmasias; los riñones dejan de segregar la orina, etc. Pero al momento se reanima el trabajo de secrecion ó de exhalacion, y puede llegar á ser excesivo, en cuyo caso, ó son los humores naturales los que han sufrido ciertos cambios, ó las mas veces son productos nuevos, nacidos del trabajo inflamatorio, ó tambien puede exhalarse sangre ó alguno de sus elementos, como la materia colorante ó la fibrina. Pero en la mayor parte de las flegmasias hay produccion de una linfa plástica, fibrino-albuminosa, que se presenta bajo diferentes aspectos segun los tejidos; asi es que en las serosas, forma masas en forma de copos, que nadan en una serosidad turbia; en las mucosas se concreta bajo la forma de chapas membranosas; en fin, derramada en lo interior de los parenquimas, aumenta su espesor y densidad, y hace que cuando se cortan estas partes, se asemeje la superficie de la seccion á la de un limon. Cuando la inflamacion sigue su curso, se produce otro líquido que importa mucho conocer, y es el *pus*, del que hablaremos luego.

De todos los fenómenos locales que acabamos de examinar, ninguno hay, excepto la produccion de la linfa plástica y del pus, que puedan caracterizar una inflamacion; porque cada uno de ellos puede existir independientemente de todo estado inflamatorio. Para acabar ahora con todo lo relativo á los fenómenos locales de la inflamacion, daremos á conocer los resultados que suministra el exámen microscópico.

*Experimentos microscópicos*.—El primero que los practicó fue Wilson Philips (1), luego Tompson (2), despues Carlos Hastings (3) y sucesivamente Kaltenbrunner (4), Koch (5); por fin en época muy reciente M. Lebert (6) y

(1) *A treatise of febrile diseases.*

(2) *Traité de l'inflammation*, trad. de Jourdan et Boisseau.

(3) *Archives de médecine*, 1823.

(4) *Répert. d'anat. et de physiol.*; de Breschet, t. IV.

(5) Ext. dans *Archives*, 1833.

(6) *Physiol. patholog.*, t. I.

Dubois de Amiens (1). Todos estos observadores están acordes en lo que respecta á los fenómenos microscópicos que en el principio de las inflamaciones tienen lugar y son los que hemos dicho anteriormente pertenecer á todas las congestiones, tales como la contraccion de los vasos capilares cuyo calibre disminuye mas de un tercio, segun Lebert, la aceleracion de las corrientes sanguíneas y luego despues la dilatacion de los mismos vasos y consecuente lentitud del curso de la sangre, finalmente éxtasis sanguíneo. M. Dubois despues de haber estudiado esta cuestión con todo el cuidado que se merece, se ha convencido de que al formarse una inflamacion, no está siempre como se habia pretendido, sino solo algunas veces, acelerada la circulacion capilar; despues, y en todos los casos, se observa que esta misma circulacion se hace cada vez mas lenta, y mas adelante, en fin, se nota en el movimiento circulatorio una resistencia mas ó menos marcada. Asi, en lugar de una proyeccion uniforme y continua, los glóbulos sanguíneos avanzan por sacudidas isócronas al movimiento del corazon, y despues se detienen un instante para avanzar de nuevo. Pero llega un momento en que la columna sanguínea, como dejó sentado perfectamente Kaltbunner, experimenta movimientos de oscilacion, ó de vaiven, isócronos al sístole y al diástole; no obstante, aun en este período, la sangre continúa todavía avanzando, pero bien pronto se hacen cada vez menos perceptibles las oscilaciones, y despues cesa todo movimiento en aquella parte del sistema capilar, en que los glóbulos se acumulan y amontonan. Estos resultados, por medio de los cuales nos elevamos fácilmente á una teoría de la inflamacion, se obtienen colocando debajo de un microscopio el mesenterio ó la membrana interdígital de una rana que se irrita con el amoniaco, la sal, el agua hirviendo, etc., lo que, para decirlo de paso, demuestra cuán poco fundada es la opinion de Robert-Latour, que ha pretendido probar que no podia desarrollarse la inflamacion en los animales de sangre fria. La inspeccion microscópica manifiesta tambien en las partes enfermas la formacion de nuevos vasos. Kaltbunner principalmente ha estudiado con atencion el modo de desarrollarse estos vasos. Segun este observador, se verian, cuando la circulacion es acelerada, salir á un tiempo algunos glóbulos sanguíneos de un conducto capilar, caer en el parenquima de los órganos, abrirse camino, y llegar á cualquier otro vaso capilar. Este nuevo conducto se forma muchas veces en pocos instantes, y repitiéndose el fenómeno en varios puntos, acaba por formar una gran red de nuevos capilares.

Esta formacion de nuevos vasos capilares es necesaria para reemplazar á los que la inflamacion inutiliza obliterándolos y dejándolos impermeables para siempre. La obliteracion es causada por una masa rojiza en la que se descubren aun los contornos de los glóbulos, pero muy pegados los unos á los otros por medio de un líquido fibro-albuminoso. A medida que el éxtasis se prolonga, dejan de percibirse los glóbulos sanguíneos (Lebert).

*Sintomas generales y simpáticos de la inflamacion.*—La inflamacion, por poco intensa ó estensa que sea, excita un movimiento febril, que ofrece caracteres muy variados en los diversos géneros de flegmasias, como nos vamos á convencer de ello inmediatamente. El aparato febril precede en algunos casos á

(1) *Prelezons de pathologie expérimentale.*



la alteracion local; esto es lo que acontece, por ejemplo, en algunas erisipelas y anginas, pero casi siempre la calentura nace consecutivamente á la lesion local, y en fin, otras veces hay simultaneidad; esto es lo que comunmente se verifica en las inflamaciones de las serosas y del pulmon. Ademas de los desórdenes funcionales que acompañan á todo movimiento febril, pueden observarse en él algunos especiales y dependientes de la influencia simpática que ejerce el órgano inflamado sobre tal ó cual parte. Las fuerzas vitales estan, ya exaltadas, ya debilitadas: en el primer caso, se observa el aparato de síntomas de la calentura inflamatoria, y en el segundo, caen los enfermos en la dibilidad y postracion que acompañan al estado tifoideo. Esta distincion es sin disputa importante para el tratamiento; pero sin embargo, no debe creerse que la enfermedad haya cambiado por esto de naturaleza. En efecto, esta es siempre una inflamacion; pero á consecuencia de cualquiera complicacion ó de un estado anterior del sugeto, se presenta con una fisonomía especial y acompañada de síntomas particulares.

*Estado de la sangre.*—Hunter, Thomson, Scudamore, Thackrah y muchos otros autores enseñaron desde largo tiempo que en toda inflamacion la cantidad de fibrina de la sangre se aumentaba. Casi nadie tenia presente un hecho de tantísima importancia, cuando MM. Andral y Gavarret lo hicieron nuevamente público, pues con el saber que les distingue han comprobado hace poco tiempo, que toda inflamacion aguda aumenta constantemente la proporcion de fibrina de la sangre. En efecto, este principio, que, como hemos dicho, no entra en mas proporcion en la sangre normal que en la de tres partes entre mil, puede llegar hasta 5, 7, 9, y aun hasta 10; oscila ordinariamente entre 6 y 8, y rara vez pasa de 9; en fin, Andral ha visto que el guarismo mas inferior del estado inflamatorio, era 4. Este aumento de la fibrina, que se halla constantemente en las flegmasias que afectan al hombre y á los animales de las clases superiores, se verifica independientemente de toda condicion de edad, sexo, constitucion, temperamento y fuerza; está generalmente en relacion con la intensidad de los síntomas generales y locales, y parece que es, al menos en la mayor parte de los casos, consecutivo á la alteracion local; porque habiendo Andral y Gavarret examinado la sangre de individuos que contrajeron una inflamacion, al dia siguiente de haberla analizado, se observó que este líquido, que no estaba alterado en la primera sangría, ofrecia en la segunda, practicada pocas horas despues de la invasion de la flegmasia, un notable aumento de la fibrina. Por el contrario, el elemento globular no experimenta cambio alguno en las flegmasias; pero no obstante, disminuye algunas veces, lo que se esplica por el tratamiento debilitante á que se somete á los enfermos; en fin, la albumina suele aumentar, pero no necesariamente. Los estudios analíticos de MM. Becquerel y Rodier nos enseñan lo mismo con cortísima diferencia. Estos hábiles experimentadores señalan como un hecho nuevo el aumento de la colessterina, de modo que llega á veces á ser doble la cantidad de esta sustancia, y la disminucion de la albumina (*Cazette médicale*, 1844).

Se ve, pues, que la única alteracion constante de la sangre consiste en el aumento de la fibrina. Esta alteracion merece que se tome en consideracion, porque pueden acaso esplicarse por ella los diversos desórdenes del organismo, consecutivos á la alteracion local, y que generalmente se atribuyen á irradia-

ciones simpáticas. Este exceso de fibrina relativamente á los glóbulos, explica tambien las propiedades físicas que presenta en las inflamaciones la sangre que se ha estraído de una vena; así, mientras que en las pirexias hemos visto que el coágulo es voluminoso, blando é incompletamente separado del suero, en las flegmasias, por el contrario, le hallamos retraído, mas consistente, denso, y cubierto de una costra gruesa, con tal que haya salido la sangre como corresponde. La costra tiene un gran valor semeiológico. En efecto, resulta de las investigaciones de Andral, que de mil ochocientas sangrías que ha hecho practicar en el curso de afecciones las mas diversas, no ha encontrado la costra sino en dos estados morbosos, en las flegmasias, donde es constante, y en la anemia y la clorosis, donde se la observa con frecuencia. Anteriormente hemos dicho cuál es la circunstancia á que debia atribuirse la formacion de la costra en estas dos últimas afecciones (1). De lo que precede, se infiere, que si la costra no es absolutamente un signo seguro de inflamacion, constituye sin embargo un excelente carácter para denotar la existencia de este estado morbooso, puesto que si el sugeto no se halla anémico, debe suponerse, cuando existe, que hay en alguna parte un trabajo inflamatorio. No obstante, la falta de la costra en el coágulo, no debe inducirnos á creer que el enfermo está libre de toda flegmasia, puesto que puede no formarse la costra en las inflamaciones mas intensas, por haber salido mal la sangre, formando un chorro muy delgado, ó cayendo de demasiada altura, ó tambien por ser el vaso demasiado estrecho y profundo; circunstancias que hacen que cada molécula de sangre se coagule aisladamente, y no tenga tiempo la fibrina de separarse de los glóbulos y de concretarse encima de ellos, para constituir la costra, cuya naturaleza fibrinosa está igualmente demostrada por el análisis químico y por el exámen microscópico.

La produccion espontánea de un exceso de fibrina en la sangre, es independiente, como lo ha probado Andral, de los diversos estados en que puede hallarse la economía de los individuos afectados de flegmasia aguda; así, hemos visto que podia sobrevenir aun en la afeccion tifoidea, es decir, en una enfermedad que, al contrario de la inflamacion, tiende á disminuir la proporcion de fibrina. Pero como en estos casos concurre la accion de dos fuerzas contrarias, de aquí proviene que la flegmasia intercurrente, no produce jamás un aumento tan considerable del elemento fibrinoso como si la inflamacion hubiese sobrevenido fuera del estado tifoideo. Efectivamente, nunca ha encontrado en estos casos su máximum Andral, mas que en la proporcion de  $5 \frac{1}{2}$ , que es una de las inferiores del estado inflamatorio.

El exceso de fibrina en la sangre persiste por un tiempo variable; se la observa generalmente mientras dura el estado febril, á menos sin embargo que, persistiendo largo tiempo la enfermedad, produzca un alto grado de marasmo. En un caso semejante ha visto Andral aumentarse primero la fibrina, y volver

(1) Se ha notado tambien hace mucho tiempo, la frecuencia con que se observa la costra en las mujeres embarazadas. No obstante, como ha notado Rasori, este fenómeno no es tan comun como se cree. Las recientes investigaciones de Andral y Gavarret, han probado ademas, que la formacion de la costra en el estado de preñez, dependia de un exceso de la fibrina, que conservando al principio la proporcion en que se halla en el estado fisiológico, y disminuyendolo algunas veces su cantidad, se aumenta en los tres últimos meses, y llega en la época del parto al guarismo de 4, 5. La costra de la sangre de muchas embarazadas depende de un estado clorótico.



después á la proporcion normal. La sangre, á lo que parece, no experimenta cambio alguno notable en las partes inflamadas; esto es al menos lo que Hunter ha sentado experimentalmente. Es acaso algo mas roja que la que circula por una parte sana, lo que sin duda proviene de la mayor cantidad de sangre arterial, contenida en los vasos capilares del tejido inflamado.

*Estado de la linfa.*—El eatedratíco Bouisson ha sentado en una Memoria leida en 1843 á la Academia de medicina, que la linfa que circula por un órgano inflamado experimenta modificaciones importantes. Adquiere materia colorante roja y fibrina; su cantidad se aumenta notablemente: De aquí resulta la tumefaccion de los ganglios y la formacion de depositos plásticos en el trayecto que el líquido linfático alterado recorre.

*Curso de las inflamaciones y modos de terminacion.*—Los síntomas locales y generales de la inflamacion, tienen como en todas las enfermedades, su periodo de incremento, de estado y de declinacion; períodos que se distinguen con el auxilio de los síntomas generales y locales, porque en la mayor parte de casos hay íntima correlacion entre unos y otros. Por regla general, debe mas bien juzgarse de la intensidad y del curso de las flegmasias por los síntomas de reaccion, que por el estado local; este, en efecto, permanece algunas veces estacionario en la apariencia, aunque la calentura disminuya ó desaparezca, lo que veremos principalmente en la pleuresia y en la pulmonía. Muy rara vez se verifica lo contrario, y aun podemos dejar sentado que cuando la calentura aumenta al mismo tiempo que disminuyen los síntomas locales, casi siempre es la causa de esto una enfermedad intercurrente. El exámen de la sangre podria tambien, independientemente de la calentura, darnos á conocer el grado de la flegmasia, puesto que vemos que la cantidad de fibrina aumenta cuando la enfermedad progresa, queda estacionaria cuando la lesion local deja de tomar incremento, y vuelve, en fin, progresivamente á su proporcion normal, desde la declinacion de los accidentes hasta la convalecencia.

Comenzando generalmente la inflamacion en un punto circunscrito, se estiende después casi siempre á las partes inmediatas; es mas raro verla empezar simultáneamente en varios puntos diversos y distantes, los que estendiéndose, convergen los unos hácia los otros, y acaban por reunirse. La estension se verifica unas veces en superficie, otras en profundidad, y no pocas en uno y otro sentido; esto es lo que se observa especialmente en los parenquimas, mientras que en algunos tejidos membranosos, como las serosas, no se estiende la flegmasia mas que en la superficie, sin propagarse á los tejidos subyacentes. Segun que la inflamacion ocupa un pequeño espacio, ó invade superficies estensas, se llama *circunscrita* ó *difusa*. Es imposible conocer por qué mecanismo se estiende, ni por qué y cómo se circunscribe. No obstante, parece que diferentes causas naturales limitan algunas veces una inflamacion, que debia al parecer extenderse todavia; así se observa con frecuencia, que esta se circunscribe por surcos ó cavidades que la naturaleza ha dispuesto en la superficie de algunos órganos, como el pulmon, el hígado, etc.; en otras partes sirven de barrera una aponurosis, ó una porcion de tejido celular condensado. Puede decirse tambien que generalmente, cuando la flegmasia se desarrolla en órganos compuestos de partes desemejantes, queda muchas veces limitada al tejido primitivamente afectado, sin comunicarse á los demás. Esto es lo que se observa,

por ejemplo, en los intestinos, cuyas tunicas, mucosa y serosa, pueden estar, y están casi siempre aisladamente inflamadas. El contacto es tambien una causa que limita muchas inflamaciones; asi es que varias veces hemos conseguido limitar una flebitis, comprimiendo la vena á cierta distancia, de modo que se aproximen y toquen sus paredes. Sin embargo, en algunos casos, el contacto de dos superficies inflamadas tiene el inconveniente de prolongar la inflamacion indefinidamente; asi ciertas posthitis (inflamacion del prepucio), y vaginitis con secrecion purulenta abundante, están seguramente sostenidas por el contacto de la mucosa consigo misma, porque basta impedirle, interponiendo un pedazo de lienzo seco, para agotar rápidamente la secrecion, y hacer desaparecer la rubicundez y los demás caracteres de la flegmasia.

Despues de haber recorrido todos los períodos mas ó menos rápidamente, se termina la inflamacion por *delitescencia* ó por *resolucion*, ó bien produce diversos efectos morbosos, que se han descrito impropriamente bajo el nombre de terminaciones. Estos fenómenos consecutivos son: la supuracion, la gangrena, la ulceracion, la induracion y el paso al estado crónico.

La resolucion es la única terminacion feliz de la enfermedad. Puede definirse, con Thomson, una terminacion en la que todos los síntomas locales y generales van disminuyendo gradualmente, sin que se verifique ninguna evacuacion sensible; la parte inflamada vuelve entonces á su estado normal, sin ningun desórden en su organizacion ni en sus funciones. La resolucion repentina de la inflamacion, su aborto, cuando no ha recorrido aun sus períodos, y su rápida desaparicion sin dejar vestigio alguno en los tejidos, ha recibido el nombre de delitescencia. Si en estos casos se ve desarrollarse en un punto mas ó menos distante de una enfermedad análoga ó cualquier otro accidente, se dice que ha habido *metástasis*. La delitescencia no es mas que una terminacion por resolucion, y que solo sobreviene mucho mas rápidamente que de costumbre, pero exige, sin embargo, cierto tiempo para efectuarse. Declaramos, pues, que no admitimos la delitescencia tal cual se la define generalmente, es decir, como capaz de ser un modo de terminacion de la inflamacion *verdadera ó confirmada*. En efecto, no es posible que un tejido hinchado, endurecido ó reblandecido, vuelva de un instante á otro á su estado fisiológico; la delitescencia no puede efectuarse sino muy al principio, y cuando existe mas bien hiperemia que una inflamacion verdadera.

La *supuracion* es una consecuencia muy frecuente de la inflamacion en cualquiera parte del cuerpo que esta se desarrolle; está caracterizada por la formacion de un líquido particular, llamado pus, que unas veces es exhalado en la superficie de las membranas libres, como las mucosas, las serosas, la cavidad de los vasos, y mas frecuentemente producido en el espesor de los tejidos, donde forma una coleccion mas ó menos considerable, que ha recibido el nombre de *absceso*. Creen generalmente los autores que la formacion del pus se anuncia por un acrecentamiento del dolor, el cual se hace pulsativo de tal modo, dice Hunter, que puede contar el enfermo su pulso, con solo fijar su atencion en la parte inflamada. Una vez declarada la supuracion, el dolor se disipa en parte, se hace obtuso, y se presentan escalofrios. Estos fenómenos acontecen en efecto en las inflamaciones francas del tejido oelular; no asi en todos los casos de inflamacion membranosa, y aun en casi todas las flegmasias



de los parenquimas ; porque esceptuando la hepatitis y ciertas formas de la nefritis, enfermedades en que la supuracion produce los síntomas ordinarios del flemon, en las demás no se observan los dolores lancinantes como indicio de una supuracion incipiente ; lo que veremos especialmente en la inflamacion de los pulmones y del cerebro.

El pus que proviene de una inflamacion franca , es de un blanco amarillento mas ó menos opaco , homogéneo, compuesto de un líquido incoloro , que sirve de vehículo á glóbulos blancos, esféricos, algo franjeados en sus bordes, como tomentosos en su superficie , que parece dentada con puntitas ó arrugas. Tienen segun M. Donné, un céntimo de milímetro de diámetro, y se diferencian, por consiguiente, de los glóbulos de la sangre que son aplastados, por su volumen y forma, y de los de la leche por su falta de transparencia en el centro. Ademas de los glóbulos, contiene tambien el pus pequeñas granulaciones, que los unos consideran como núcleos de glóbulos, y segun otros, deben ser fragmentos de albúmina solidificada. El pus tiene un peso específico de 1050 á 1055, y por consiguiente, menos densidad que la sangre, y algo mas que el suero. Insoluble en el agua y en el alcohol, soluble en el amoniaco, contiene en 100 partes, de 80 á 90 de agua y de 10 á 15 de substancias solidas como fibrina, albúmina, grasa colessterina, sales de cal, magnesia, sosa y vestigios de hierro , es generalmente inodoro, cuando aun no ha estado al contacto del aire, esceptuando, sin embargo, el que proviene de abscesos situados cerca de las vias digestivas desde la boca hasta el ano. En efecto, aunque estas collecciones no tengan en la apariencia comunicacion alguna directa ó indirecta, ni con la atmósfera, ni con los gases contenidos en los órganos digestivos, contienen, no obstante, un pus fétido, que exhala enteramente un olor estercoráceo de los mas repugnantes. Es probable, sin embargo, que en estos casos haya debido verificarse algun fenómeno de endosmosis al través de las membranas que cubren al foco. El pus contiene muchas veces accidentalmente diversas sustancias, y son : la materia colorante de la sangre, ó este mismo líquido, restos del tejido celular ó de los órganos en que se ha formado, y tambien diversos productos de secrecion natural ó morbosa, etc. El pus fétido contiene ademas hidrógeno sulfurado (Bonnet de Lyon), amoniaco é hidrosulfato de amoniaco ; y entonces es alcalino, aunque naturalmente sea neutro. Hay, en fin, un pus particular que no se diferencia del pus ordinario, ni por el microscopio, ni por los reactivos químicos, aunque contiene un principio virulento : tal es el pus del muermo, de la sífilis, de las pústulas de las viruelas y de la vacuna, etc. Se ha discutido mucho sobre el origen del pus, pero la opinion mas razonable consiste en considerar á este líquido como un producto de secrecion, formado por las superficies inflamadas ; no resulta, pues, como se ha dicho, ni de la licuacion de los sólidos, ni de una trasformacion de la sangre, y sobre todo de sus glóbulos ó del tejido adiposo. Pero, como se verifica en todas las secreciones del cuerpo, la sangre es la que suministra los materiales del pus á espensas del suero, que, trasudando al través de las paredes de la red capilar, experimenta al instante la modificacion que le trasforma en pus. Todo induce á creer que los glóbulos están formados á espensas de la fibrina que se halla disuelta en el suero.

Hemos dicho anteriormente que el pus está unas veces infiltrado y otras reunido en uno ó varios focos. Los abscesos que encontramos en algunas víscer-

ras son notables, sobre todo por la rapidez con que se enquistá el pus; en efecto, apenas data el absceso de una semana, cuando muchas veces se hallan ya las paredes tapizadas por una membrana piogénica, muy densa, y formada á espensas del tejido celular y de la linfa coagulable, que se ha derramado en el primer período de la inflamacion. Es inútil decir que se la encuentra siempre en las colecciones que han seguido una marcha crónica. Los abscesos que corresponden á la patología interna en razon de su asiento profundo, se abren paso quizás con menos frecuencia directamente hácia afuera, que por el intermedio de un órgano hueco. En algunos casos muy raros, el pus infiltrado ó aun reunido en foco, puede ser reabsorbido; no es decir que admita en este caso que los glóbulos son reabsorbidos en especie, suposicion inadmisibile si se atiende á su volúmen considerable; pero hay probablemente, como cree Berard, un trabajo de disolucion, que los licua y permite su absorcion. El pus contenido en vastos focos, ó bien la supuracion que continúa haciéndose en focos abiertos, puede acarrear la muerte, produciendo todos los síntomas de la calentura héctica.

*Gangrena.*—La gangrena es una terminacion bastante rara de las inflamaciones que son del dominio de la patología médica. Se explica algunas veces por la intensidad de la flegmasia, ó por el obstáculo que una compresion exterior ha puesto á su desarrollo; pero casi siempre es necesario recurrir á la accion de una causa especial ó específica (V. el artículo *Gangrena*).

*Ulceracion.*—Es una lesion consecutiva de las flegmasias, que Hunter ha estudiado el primero cuidadosamente. La ulceracion consiste en una solucion de continuidad producida casi siempre en los tejidos membranosos (piel y mucosas), por una absorcion intersticial. Se puede decir de la ulceracion lo que hace un momento deciamos de la gangrena: que rara vez es efecto de una inflamacion franca. Efectivamente, casi nunca se verifica la ulceracion, sino cuando la flegmasia sobreviene en el curso de ciertas diatesis, ó bien cuando su naturaleza tiene algo de específica.

*Induracion.*—La induracion no es mas que una resolucion incompleta de la hinchazon inflamatoria. El dolor cesa ó entonces es menos continuo; y sobre todo menos vivo; desaparecen los signos de reaccion, y pueden volver los enfermos á su estado habitual de salud, á menos que la lesion ataque un órgano importante. De todas las flegmasias pertenecientes á la patología médica, la inflamacion del útero es acaso la que mas á menudo termina por induracion.

Por fin, la contraccion es un efecto frecuente de la flegmasia, como lo ha demostrado perfectamente M. Gerdy (1). Las contracciones de los tejidos blandos dependen muchas veces tambien de la reduccion que experimentan las sustancias organizables derramadas en su espesor. Así es que Delpech, otra de las glorias de la Facultad de Medicina de Montpellier, probó que los tejidos de las cicatrices y las falsas membranas, siendo muy contráctiles, se convertian en causas de infinitas deformidades de los miembros, de muchas obstrucciones de los conductos, etc. Son especialmente las inflamaciones crónicas las que dejan por resultado, los tejidos apretados, endurecidos y cortos.

*Variedades de la inflamacion.*—Las variedades de la inflamacion son relativas á su curso, á su naturaleza específica ó no, y á su asiento.

(1) *Chirurgie pratique*. t. II. pag. 61 á 108.



1.º *Relativamente á su curso*, la inflamacion se divide en *aguda* y *crónica*. La aguda es notable por la intensidad de los síntomas generales y locales, y por la rapidez con que corre todos sus períodos: á ella debe referirse cuanto hemos dicho hasta el presente; pero se han distinguido además otros dos grados en la inflamacion, designados con los nombres de inflamacion *sobre-aguda* y *sub-aguda*. La primera no es mas que el grado mas alto de la inflamacion, es decir, caracteres anatómicos muy marcados, intensidad de los síntomas, curso de los mas rápidos. Hemos visto anteriormente un ejemplo de ella en la peritonitis consecutiva á la perforacion intestinal. Se llama por el contrario *sub-aguda*, cuando los síntomas son poco intensos, y su curso menos rápido que en las inflamaciones ordinarias. El estado sub-agudo forma, por decirlo así, la transicion de la inflamacion aguda á la crónica.

La inflamacion crónica es aquella cuyo curso es lento, y los síntomas generales y locales muy moderados. Unas veces primitiva y otras consecutiva á la forma aguda, la inflamacion crónica constituye un estado morboso del cual se ha hablado mucho y al que se ha referido por largo tiempo la mayor parte de las lesiones de nutricion, las trasformaciones de los tejidos y casi todas las producciones morbosas: sin embargo, nada hay peor definido que estas palabras: *inflamacion crónica*. Esto explica por qué unos la ven casi en todas partes, mientras que otros, igualmente imprudentes, no la encuentran en ninguna y aun disputan hasta su existencia. Es imposible hacer que cese semejante incertidumbre en el estado actual de la ciencia. Solamente diremos que durante la vida, la inflamacion crónica, cuando es simple, no produce un aumento de la fibrina; la calentura no existe muchas veces ó es poco intensa, sujeta á numerosas variaciones, y cuando existe de una manera permanente, ofrece los fenómenos y el curso que hemos descrito antes al hablar de la calentura hética. La inflamacion crónica desarregla constantemente las funciones del órgano á que afecta; pero estos desórdenes no tienen en general nada de patognomónico, porque pueden ser producidos por lesiones muy diferentes. Sucede lo mismo con el dolor que puede faltar ó ser intolerable, sin que por sí solo suministre ninguna indicacion bien precisa para el diagnóstico. En fin, la marcha de los accidentes nada ofrece de característico, y no puede dar margen mas que á presunciones. La mayor parte de los tejidos inflamados de un modo crónico, pierden su color natural; están ordinariamente negruzcos, azulados ó de un gris apizarrado; pero, lo mismo que la rubicundez del estado agudo, las diversas coloraciones no pueden jamás caracterizar una flegmasia existente, y sí solo significar que la parte ha sido, en una época mas ó menos remota, el asiento de una gran hiperemia y probablemente de una inflamacion aguda, porque el color azul ó negro es una trasformacion del color rojo, y resulta como ha probado Hunter, del cambio que sufre la sangre siempre que deja de moverse. Todos los tejidos en que existe una inflamacion crónica, experimentan algun cambio importante en su nutricion, y la mayor parte aumentan de volumen; se hallan endurecidos, mas resistentes, pero frágiles y á veces ulcerados, aunque siempre se encuentran todos los elementos constitutivos del órgano, y aun es posible reconocerlos y determinar su estructura. Bajo este aspecto, los desórdenes producidos por la inflamacion crónica, son esencialmente diferentes de los que producen ciertas trasformaciones orgánicas que destruyen el órgano y le reem-

plazan por un producto accidental. Por último la inflamacion crónica puede producir la supuracion y en este caso el pus está siempre reunido en foco.

Se ha dividido tambien la inflamacion en *simple* y *específica*. Es *simple* una inflamacion, dice Thomsom en su *traité de l'inflammation*, cuando no hay nada de particular en la constitucion de la persona á quien afecta, ni en la naturaleza ó el modo de accion de las causas escitantes que la han producido. En el caso contrario, la inflamacion se llama *específica*: así las pústulas variolosas y las úlceras sifilíticas, pueden considerarse como flegmasias específicas, en razon de la causa que les da origen, de su curso y de la propiedad contagiosa del pús que producen. Las flegmasias difteríticas, como la angina pultácea, deben colocarse tambien entre las flegmasias específicas, no solamente en razon de la produccion pseudomembranosa, que es ya por sí sola un fenomeno insólito, sino tambien del curso de la afeccion, de los síntomas generales que la acompañan, de su propiedad contagiosa, de su fácil reproducción y de la eficacia de ciertas medicaciones. Así es como tambien, en razon de la causa que las produce, de su curso y del tratamiento que reclaman, deben mirarse como específicas las inflamaciones que acompañan á las calenturas intermitentes anómalas que siguen el mismo curso que ellas, y son atacables con la misma medicacion. Así las inflamaciones específicas, en cuyo número debe tambien comprenderse la disenteria y acaso algunas otras, son notables porque no pueden nunca deber su origen á las causas generales de las inflamaciones ordinarias; algunas tienen un curso determinado, una terminacion invariable, y jamás son modificadas por el tratamiento, que tiene buen éxito, generalmente en la mayor parte de las flegmasias. ¿Pero se debe tambien, como cree Thomson, colocar entre las flegmasias específicas, las que, producidas durante ciertos estados constitucionales ó bajo su influencia, reciben de estos algunos caracteres especiales y exigen modificaciones en el tratamiento? No lo creemos, porque nada prueba que la inflamacion sea de distinta naturaleza que las flegmasias simples. Nada en efecto ha cambiado su esencia: solo su fisonomía ofrece ciertas particularidades por causa de la alteracion general, de un estado constitucional ó de una diatesis; solamente hay una complicacion, pero no precisamente cambio de naturaleza.

Tambien se diferencian mucho entre sí las inflamaciones, relativamente á sus síntomas y á su curso, segun los tejidos y los órganos á que afectan, como hemos podido ver anteriormente y de lo cual nos convenceremos mejor en adelante. Debiendo desviarnos de nuestro objeto algunas consideraciones sobre este punto, nos limitaremos en este lugar á dar á conocer las diferencias *anatómicas* que distinguen las inflamaciones en algunos de los principales tejidos donde las estudiaremos mas adelante.

En las membranas mucosas, la inflamacion produce siempre una coloracion insólita, de un rojo mas ó menos vivo cuando la flegmasia es aguda, y negro violado ó pardusco, si es crónica. Este es permanente y no le disminuye la muerte, mientras que (y esto es incontestable) el color rojo puede disminuir mas ó menos en los últimos momentos de la vida, de modo que apenas se le percibe en el cadáver. Pero por poco que haya durado la inflamacion, la acompañan diversas alteraciones de nutricion del tejido membranoso, el cual se halla friable, reblandecido, á veces adelgazado y con mas frecuencia engrosado, granuloso,



mamelonado en su superficie, ó tapizado por una exudacion cremosa, pultácea ó purulenta. En fin, pueden existir ulceraciones que unas veces tienen su asiento en el mismo tejido membranoso, y otras no afectan mas que á los folículos. Es hoy dia incontestable que las membranas mucosas pueden segregar pus sin estar ulceradas; pero no producen todas este fluido con la misma facilidad: las hay que, fuera de los casos en que están ulceradas, no permiten acaso nunca que se exhale el pus: tal es, por ejemplo, la mucosa de los órganos digestivos. Por el contrario, el conducto auditivo, la caja del tambor, los senos de la cara, las vías aéreas, la conjuntiva, la vagina y sobre todo la mucosa uretral, segregan pus con gran facilidad.

La inflamacion de las mucosas no determina probablemente nunca adherencias preternaturales: estas solo se verifican cuando se ha formado alguna solucion de continuidad. Hunter parece que contradice la exactitud de esta proposicion, puesto que ha sostenido que cuando la flegmasia es violenta produce una exudacion de linfa coagulable que hace adherirse entre sí las paredes mucosas. Dice haberlo observado varias veces en el intestino, especialmente en la cara interna de una asa que habia sido estrangulada en una hernia: ¿Pero está bien probado que no hubiese sufrido en tal caso la mucosa una solucion de continuidad?

Las membranas mucosas, destruidas por la inflamacion, pueden reproducirse á espensas del tejido celular sub-yacente. La nueva membrana, mas pálida ó bien azulada, jamás tiene el color de aquella á quien sustituye, está desprovista de vellosidades y de folículos, es lisa y se asemeja á una membrana serosa. Pero al cabo de mas ó menos tiempo adquiere todas las propiedades de las mucosas, y llega á ser imposible distinguir entonces la membrana de nueva formacion de las partes circunvecinas. Así pues la cicatrizacion de las ulceraciones de las mucosas, nunca se verifica por aproximacion de los bordes, de manera que se estreche la estension de la cavidad. No se cicatrizan de este modo sino cuando la pérdida de sustancia se estiende al mismo tiempo á los tejidos sub-yacentes, como sucede por ejemplo en los intestinos y en el estómago, cuando se destruyen sus túnicas musosa, celular y muscular.

La inflamacion de las membranas serosas, está esencialmente caracterizada por la sequedad y despues por la secrecion de un líquido purulento, ó de una serosidad turbia que contiene en mayor ó menor abundancia una matéria albumino-fibrinosa. No hay engrosamiento ni rubicundez. Se ha creido que algunas veces existia el engrosamiento; pero no es mas que aparente, y depende de la concrecion del material derramado; hasta en efecto desprenderla, para encontrar debajo de ella la serosa perfectamente lisa y tersa. Si se examina la membrana en su lugar, parece que está verdaderamente roja é inyectada; pero esta coloracion no la pertenece: efectivamente, depende del tejido celular sub-yacente, porque si se desprende con cuidado la serosa sin que lleve consigo el tejido celular que la cubre, no se puede llegar á descubrir ninguna red vascular. No afirmaré sin embargo que suceda siempre así, porque muchas veces me ha parecido que la inyeccion sanguínea habia penetrado el tejido mismo de la membrana; esto se nota principalmente en las flegmasias crónicas. Además, resulta de una pieza anatómica vista por Roux en Italia, y de las recientes investigaciones de Bourgery, que las membranas serosas son susceptibles de in-

yeccion, es decir que se pueden ver claramente vasos sanguíneos en su espesor. (Dubois d' Amiens). La inflamacion que hace á algunas serosas friables y frágiles (aracnoides, peritoneo) no altera la consistencia de algunas otras (pleura y acaso pericardio). La flegmasia de las serosas es esencialmente adhesiva. Las adherencias se hacen por medio de la materia fibrino-albuminosa, la cual se concreta, y se penetra rápidamente, á veces á los pocos dias, de vasos sanguíneos, experimenta á la larga diversas trasformaciones, y acaba en fin por formar bridas celulosas y fibrosas que reunen entre sí los puntos opuestos de la serosa. Otras veces, no forman mas que chapas opacas que tienen mucha analogía con la albúmina del huevo, y las cuales no suelen estar mas que aplicadas á la membrana porque se las puede levantar y desprender enteramente sin destruir la lisura de la serosa. Las inflamaciones de que hablamos son tambien notables por la intensidad de sus síntomas, por su curso rápido y por su poca tendencia á terminar por ulceracion ó por gangrena.

Creemos no deber detenernos mas en el estudio de la inflamacion de cada tejido, porque despues dedicaremos artículos especiales á las flegmasias de los tejidos nervioso, arterial, venoso, muscular, etc. Las inflamaciones parenquimatosas se presentan con caracteres tan variados, en razon de la diversidad de organizacion de las partes, que no pueden prestarse á ninguna generalidad. En fin, la inflamacion de otros varios tejidos, como el de los huesos, no debe ocuparnos, y entra en el dominio de la cirugía.

*Diagnóstico.*—Las flegmasias exteriores son siempre de un diagnóstico fácil; cosa que no acontece con las que están profundamente ocultas; porque algunas veces no manifiestan su existencia mas que por desórdenes simpáticos, como la calentura, sin escitar síntomas locales. En estos casos oscuros, puede sacarse grande utilidad de las investigaciones de Andral y Gavarret sobre la sangre: asi, cuando se observe que es mas considerable la proporcion de la fibrina, y no estando clorótico el sugeto se vea al coágulo cubrirse de una costra espesa, se debe inferir que existe una flegmasia en alguna parte y es necesario entonces procurar fijar su asiento por medio de la exploracion atenta de todos los órganos y funciones.

En el cadáver, no debemos de ningun modo creer en la existencia de una inflamacion, atendiendo á un solo carácter: hemos dicho y repetimos tambien ahora, que la rubicundez, por viva que sea, es un signo falaz y siempre insuficiente. Al contrario, una exudacion plástica, fibrino-albuminosa, es un signo cierto, patognomónico. No diremos otro tanto de la supuracion; porque el pus no indica la preexistencia de un trabajo inflamatorio en la parte adonde se halla. En efecto, algunas veces parece no haber sido mas que depositado allí; esto es lo que se observa en muchísimos abscesos sintomáticos.

Esta seria la ocasion de decir en qué difiere la inflamacion de la irritacion, palabra que durante quince años ha sido el patrimonio de un sistema: La irritacion fue definida por Broussais, *la contraccion llevada mas allá de ciertos límites*; y por Roche, uno de sus discípulos mas distinguidos, *un aumento de la accion orgánica molecular de un tejido*. Era la irritacion un estado morbozo que resultaba de la propiedad que tienen los tejidos vivientes de ser impresionados por los estimulantes: asi, cuando se introduce un grano de emético en el estómago, cuando se escita la secrecion folicular de la mucosa y la contraccion de la túnica



muscular, se produce el fenómeno de la irritacion. La irritacion era un estado patológico primordial que donde quiera se veia, y que todo lo esplicaba segun el punto donde se le hacia obrar. La irritacion no era todavía la inflamacion pero constituia su primer grado, porque si obrando sobre los capilares sanguíneos, determinaba los fenómenos locales que caracterizan la inflamacion, se decia que la irritacion era inflamatoria. La inflamacion era, en otros términos, la irritacion con aflujo mas considerable de sangre que de los demás fluidos; mientras que la sub-inflamacion era la irritacion con mayor aflujo de fluidos blancos que de los demás. No proseguiremos la demostracion de estas ideas, que han envejecido ya, y que no pueden figurar mas que en la historia de los errores de la ciencia. Hemos querido solamente definir á los que emprenden la carrera, una palabra que sirvió á un hombre de un talento prodigioso para introducir una revolucion en toda la medicina; palabra que oirán pronunciar todavía muchas veces á alguno que otro adepto; pero hoy dia en que se exige tanta severidad en las investigaciones y en el lenguaje científico, no debemos servirnos ya de la palabra irritacion, que es muy vaga, solo por haberla aplicado á todos los fenómenos patológicos..

*Pronóstico.*—El pronóstico se calcula principalmente por la importancia del órgano afectado, la estension de la flegmasia, su naturaleza y su tendencia á tal ó cual terminacion. En fin, se tendrá tambien en cuenta el estado de las fuerzas, la violencia de los síntomas generales y simpáticos, la edad y constitucion de los sujetos, y la época en que ha empezado el tratamiento.

*Causas de la inflamacion.*—Las causas de las inflamaciones son muy numerosas; las unas obran directamente, tales son todas las violencias esterores, y la aplicacion de las sustancias irritantes ó cáusticas; las otras indirectamente, y de una manera casi inesplicable, como por ejemplo el enfriamiento de los piés, determinando la angina, la coriza, etc. Entre estas causas indirectas, deben tambien colocarse todas las sustancias que, tomadas interiormente, van á obrar lejos del punto á que han sido aplicadas, como el mercurio, que tomado en pequeñas dosis puede inflamar la mucosa bucal. Otras veces es difícil decir si estas sustancias obran consecutivamente á su absorcion, ó si la inflamacion que provocan resulta de la accion simpática que ejerce el órgano con que se han puesto en contacto; tales son, por ejemplo, todas las afecciones inflamatorias de la piel, que nacen despues de la ingestion de ciertas frutas ó de ciertos mariscos ó pescados. Contaremos tambien entre las causas indirectas, todos los venenos morbosos, como la mayor parte de los virus; es verdad que los hay, como el pus de las viruelas, que pueden obrar sobre el punto de contacto, pero sin embargo, sus mayores efectos se observan inmediatamente despues de su absorcion. La mayor parte de las inflamaciones ordinarias y no específicas, se originan sin el concurso de ninguna causa determinante apreciable, en cuyo caso se las llama espontáneas. Algunos reconocen por el contrario, la intervencion de una causa escitante. Los escesos en el régimen, las fatigas escesivas, la grandes emociones morales, y sobre todo la accion repentina del frio estando el cuerpo acalorado, son circunstancias á que recurriremos las mas veces, para esplicar el desarrollo de las flegmasias. El frio es en efecto la causa ocasional mas frecuente, y una de las mas poderosas; pero muchos han exagerado tambien su importancia, atribuyéndole la produccion de todas las

flegmasias del aparato respiratorio. He probado en la página 148 de mi *Tratado de la pulmonía* que dependia este error de un interrogatorio insuficiente ó mal dirigido. En efecto, si se pregunta á los enfermos afectados de una flegmasia, si se han enfriado, responderán las mas veces con la afirmativa; pero precisando mas las preguntas, no tardaremos en convencernos de que muchos confunden el frio con el calofrío de invasion, que tan frecuentemente señala el principio de muchas flegmasias; otros confunden con el enfriamiento la mayor sensibilidad al frio exterior en la invasion ó durante los prodromos de las enfermedades agudas. En fin, induce tambien á error la opinion de muchos enfermos, que teniendo un dolor de garganta, un catarro ó una pulmonía, quieren á todo trance esplicar su enfermedad por un enfriamiento, del que sin embargo no han tenido conocimiento; porque no conciben que su enfermedad pueda reconocer otra causa que la accion del frio. Pero el médico instruido no participará de estas preocupaciones; procurará llegar al conocimiento de la verdad, interrogando los antecedentes del enfermo, y si reconoce la accion del frio, deberá tener presente que esta causa no ha podido obrar sino en virtud de una predisposicion anterior del sugeto, y lo que prueba esto es, que se habia espuesto muchas veces á la accion de la misma causa, sin experimentar la mas leve impresion.

La inflamacion reconoce un gran número de causas predisponentes; asi que veremos que la edad, el sexo y los climas, predisponen á diferentes flegmasias. Se ha creido por mucho tiempo que una constitucion fuerte y robusta, y el estado plétórico predisponian en gran manera á las flegmasias; pero una observacion mas exacta ha demostrado que esta creencia era errónea, y está hoy dia reconocido que la debilidad predispone mucho mas á las inflamaciones que el estado opuesto, probablemente, porque en el primer caso los individuos son mas impresionables y resisten menos á las causas. Pero si el estado de robustez y de plétora no predispone á la inflamacion, esta circunstancia aumenta la intensidad de los síntomas de reaccion. En fin, hay predisposiciones que dependen del órgano mismo, de su posicion, y de la naturaleza de sus funciones y está ademas demostrado, respecto de muchas flegmasias, que un órgano está tanto mas dispuesto á ellas, cuanto mayor número de veces las ha contraido.

*Tratamiento.*—Las primeras indicaciones que hay que satisfacer en el tratamiento de toda inflamacion, consisten en separar siempre que se pueda, las causas escitantes que han producido la enfermedad, y en someter al órgano afectado al reposo mas absoluto, procurando despues combatir la flegmasia. Los antiflogísticos son los agentes mas eficaces, y los que, modificados de diversas maneras, son aplicables á casi todos los casos. Las sangrías generales y locales son la base de la medicacion antiflogística. Las primeras convienen siempre que la flegmasia es bastante estensa y grave, para escitar un movimiento febril algo intenso. Sin embargo, la intensidad de la calentura no debe ser la única guia del médico, sino que tambien se tendrá en consideracion la importancia del órgano afectado. Asi, dados dos enfermos que ambos tengan una calentura moderada, y esten afectados, el uno de neumonia y el otro de erisipela de la cara, habrá por lo comun necesidad y aun urgencia de sangrar al primero, mientras que las mas veces se podrá dispensar al segundo de la sangría. Es preciso que desde ahora quedemos bien persuadidos de que no es remedio aplicable ó necesario en todas las



enfermedades; las hay en efecto, que se curan tan bien, y aun mejor sin su intervencion; así debemos dispensarnos de su uso; porque es necesario acostumbrarse á considerar la sangría como un medio eficaz, pero peligroso, del cual se abusa fácilmente, y cuyos efectos no se pueden remediar, cuando se le aplica inoportunamente. Es pues preciso no recurrir á este medio, mas que cuando la indicacion sea bien clara. Acontece ademas con la sangría, lo que con todos los remedios que llamaremos *racionales*, los cuales no están dotados, relativamente á la enfermedad contra la que se las dirige de ninguna virtud especifica, y que pareciendo indicados por la naturaleza de la afeccion así como por el aparato sintomático, son inútiles, sin embargo, y aun manifiestamente perjudiciales en ciertos casos, al paso que con otras medicaciones se consiguen buenos resultados. Esta inconstancia del remedio, depende del diferente género de las constituciones médicas, cuya influencia, y hasta cuya existencia, se ha negado infundadamente. No obstante, las constituciones médicas dominan la terapéutica; esta es una verdad que los teóricos ó los ignorantes han podido desconocer, pero que ha sido siempre proclamada por los grandes prácticos. Así pues debemos contar con que en ciertos casos, y durante varios meses seguidos, veremos que la sangría es inútil ó perjudicial contra ciertas flegmasias, en las que estamos acostumbrados á verla producir buenos efectos. El uso de este medio puede hallar ademas contraindicaciones dependientes del individuo; así que una escesa debilidad, una edad muy tierna, una constitucion deteriorada; ó un estado clorótico, pueden servir á veces de obstáculo á toda emision sanguínea; pero lo mas frecuentemente estas circunstancias indican solo que la usemos con mas prudencia y circunspeccion. Se concibe fácilmente que es imposible dar ninguna regla fija sobre este punto, porque todo está subordinado al tacto del médico. Hay sin embargo circunstancias, en que vacilan los mas experimentados: acontece en efecto frecuentemente, que en presencia de un enfermo atacado de un flegmasia grave, y cuyas fuerzas están postradas, no se sabe si esta adinamia es *real* ó solo *simulada y aparente*. Se duda entonces entre sacar sangre y administrar los tónicos. Para dirigirse en un caso tan árduo, deberán tenerse en consideracion las circunstancias siguientes. Si se trata de un individuo debilitado antes de la invasion de la flegmasia por una enfermedad anterior, por vigiliass, pesadumbres etc., es casi seguro que la adinamia que se observa es verdadera, porque la simple opresion de fuerzas se presenta generalmente en condiciones opuestas, es decir, en sujetos bien constituidos y jóvenes. Ademas que cuando las fuerzas no están mas que oprimidas, presentan los enfermos síntomas adinámicos desde el principio, y aun en mayor grado, mientras que la adinamia verdadera es generalmente progresiva y no sobreviene sino en una época muy avanzada. Se atenderá tambien á los efectos que sobre las fuerzas producen las hemorragias naturales, y por último, en la duda se hace practicar una pequeña sangría exploradora, y segun los resultados que dé, es decir, segun que las fuerzas se reanimen ó se postren mas, se insiste en este medio último ó se renuncia enteramente á él para recurrir á la medicacion tónica.

Las sangrías son tanto mas ventajosas, cuanto mas al principio se practican; pero no se crea, como algunos autores antiguos, que pasado cierto tiempo no deba ya sacarse sangre; este es un grave error de que han participado los hombres mas experimentados de estos últimos siglos; pero hoy dia está bien re-

conocido que el uso de las emisiones sanguíneas debe subordinarse á la naturaleza de los síntomas generales ó locales, sin atender á la época mas ó menos adelantada de la enfermedad, que no se debe tomar en consideracion. No solo es preciso sangrar lo mas pronto posible, sino que tambien cuando la intensidad de la enfermedad lo exige y las fuerzas lo permiten, se debe estraer una gran cantidad de sangre cada vez, es decir, de 14 á 21 onzas; y si es necesario recurrir varias veces á la sangría, se repetirá por intervalos bastante cortos, porque la flegmasia se combate tanto mejor cuanto menos tiempo ha trascurrido desde su invasion. Pero en ningun caso puede determinarse de antemano, ni aun aproximadamente, el número de sangrías que es necesario hacer, ni la cantidad de sangre que debe estraerse en cada una de ellas; porque su abundancia y su número deben depender de la edad de los enfermos, de su constitucion, del estado anterior de salud ó de enfermedad, de la intensidad de los síntomas generales y locales, y en fin, como dijimos antes, de las constituciones médicas reinantes. La costra mas ó menos manifiesta de la sangre no puede, como se ha creido por mucho tiempo, y aun lo creen algunos médicos, suministrar una indicacion para repetir la sangría, puesto que hemos visto que podia existir en la anemia, y que por consiguiente es tanto mas perfecta, cuanto mas se sangra, aunque la inflamacion haya dejado de tomar incremento. Por medio de las sangrías hechas convenientemente, puede tenerse la esperanza de aliviar casi siempre á los enfermos, de curar á muchos que sin ellas hubieran sucumbido, y de abreviar la enfermedad de los que hubieran podido curarse sin su auxilio. Pero el médico jóven debe tener presente, que por abundantes y numerosas que sean las sangrías, no pueden hacer abortar la enfermedad. Veremos en efecto mas adelante que no se yugulan ni la neumonia, ni la pleuresía, ni las erisipelas de la cara, ni las anginas, ni todas las flegmasias francas, y ya bien desarrolladas. Nos convenceremos de que estas enfermedades tienen por decirlo asi; un curso necesario, y que á pesar de un método activo de tratamiento, no está en nuestro poder el impedir que tomen incremento durante algun tiempo. Esta proposicion, admitida por Chomel y Louis, y que yo mismo he desenvuelto en mi *Tratado de la pneumonia*, la han confirmado de nuevo las investigaciones de Andral, quien ha observado que por abundantes y repetidas que sean las sangrías, no por eso deja de irse aumentando la fibrina, si se practican al principio de una inflamacion aunque sea poco intensa, es decir, en el período ordinario de incremento de la enfermedad. Hemos dicho que las sangrías generales convienen siempre que la flegmasia es bastante grave para escitar una reaccion notable; bastan por sí solas las mas veces, y otras son convenientes ademas las sangrías locales, hechas por medio de las sanguijuelas ó de ventosas escarificadas. Estas son sobre todo eficaces en las inflamaciones acompañadas de un dolor agudo ó de una congestion muy considerable. Es necesario en todos los casos, aplicar las sanguijuelas lo mas cerca posible del mal, ó en partes que tengan con los órganos enfermos comunicaciones vasculares ó simpáticas; debe tambien ponerse el número de sanguijuelas ó de ventosas que sea necesario para hacer una deplecion local suficiente, porque si se obrase de otro modo, lejos de disminuir la fluxion, se aumentaria. Las emisiones sanguíneas locales bastan algunas veces para que ciertas flegmasias poco intensas, superficiales, ó que afectan tejidos membranosos, terminen felizmente.



Pueden tambien combatirse las inflamaciones con varios órdenes de medicamentos, cuyo modo de obrar, aunque desconocido, no por esto es menos notable. Asi veremos que las preparaciones mercuriales administradas al interior, ó en fricciones al exterior, producen la resolucion de flegmasias muy graves. Se ha supuesto en estos casos, que el mercurio obraba fluidificando la sangre; pero esta opinion que nunca ha sido demostrada experimentalmente, está por el contrario en oposicion con los hechos de Andral, que ha visto aumentarse la cantidad de fibrina en las estomatitis mercuriales, lo mismo que en las flegmasias ordinarias. Ignoramos, pues, hasta el presente, el modo de obrar del mercurio. Hay tambien otro orden de agentes terapéuticos, llamados *contra-estimulantes ó hispostenizantes*, á cuyo favor se combaten muchas flegmasias. Este método, de origen italiano, fue creado por Rasori y ampliado despues por Tomasini, y sobre todo por el profesor Giacomini de Pádua. Consiste en administrar ciertos medicamentos enérgicos á dosis considerables, sin que estas sustancias determinen los efectos tóxicos que producirian en un hombre sano, y aun sin observar los efectos naturales fisiológicos que producen cuando se les administra á menor dosis; de modo que los enfermos pueden tomar *veinte granos* y mas de emético, sin experimentar ni vómitos, ni cámaras. Para esplicar este notable modo de obrar, han supuesto Rasori y su escuela, que la vida era el resultado de dos fuerzas activas, pero opuestas que se equilibran en el estado de salud, mientras que el predominio de una de ellas produce necesariamente un estado morbosó. Estas dos fuerzas se llaman estímulo y contra-estímulo, y la estimulacion y contra-estimulacion son el efecto de las mismas puestas en juego. Cuando una de ellas está en esceso, produce un estado morbosó que la escuela italiana llama *diatesis*, y da á la economía la *aptitud* para soportar dosis considerables de medicamentos muy activos, destinados á restablecer el equilibrio. Los contra-estimulantes, tales como el emético, la digital, el ácido cianhídrico, el sulfato de quinina, y un gran número de otras sustancias, son pues agentes ó potencias que producen sobre el organismo modificaciones opuestas á las que resultan de la accion del estímulo; y cuando son bien soportadas por aquel, sin excitar ninguna evacuacion, se dice que hay *tolerancia*. No quiero ahora juzgar ni la teoría ni el método, pero sí he querido darlos á conocer en pocas palabras, y definir las espresiones cuyo uso han consagrado, para la inteligencia de lo que diremos mas adelante, cuando las apliquemos al tratamiento de algunas flegmasias. Por último, diremos que ciertas inflamaciones de los tegumentos ó de las membranas mucosas, se modifican muchas veces ventajosamente con agentes irritantes y cáusticos, y que segun la teoría, deberian al parecer producir un efecto del todo contrario. Asi es que algunas oftalmias, uretritis, cistitis, vaginitis, faringitis, y rectitis crónicas, ceden rápidamente á una ó varias cauterizaciones con el nitrado de plata; parece que en este caso el medicamento obra cambiando el modo de vitalidad de las partes, ó si se quiere, sustituyendo á una flegmasia rebelde ó específica, una nueva flegmasia simple y mas fácil de curarse.

El tratamiento de las inflamaciones se compone tambien de un gran número de medios auxiliares; los principales son: la abstinencia, que debe necesariamente y siempre acompañar á los antiflogísticos; el uso de bebidas dulcificantes, las cataplasmas y fomentos emolientes; los baños locales y generales, los tópi-

cos frios y astringentes, la compresion en algunos casos particulares, y en fin, los revulsivos. Estos últimos se aplican unas veces al tubo digestivo, y son los eméticos y los purgantes; otras á la piel como los sinapismos, los pediluvios, los maniluvios irritantes, los vejigatorios y los emplastos y pomadas que producen la rubefaccion ó la formacion de vesículas y de pústulas. Los revulsivos son muy eficaces, y se aplican ó lo mas lejos posible del órgano enfermo ó á sus inmediaciones. Los primeros convienen por lo general en todos los períodos de la enfermedad, aun al principio; los segundo al contrario, son perjudiciales en esta época, y no están muy indicados sino en un período avanzado, cuando la afeccion se va prolongando, ó tiene tendencia á pasar al estado crónico.

Un síntoma predominante en algunas flegmasias y el que jamás debe desatenderse, es el dolor, porque cuando es muy vivo aumenta ordinariamente la congestion local. Una viva sensacion dolorosa, para valerme de las palabras muy justas de Sarcone, es sucesivamente madre é hija de la inflamacion. Se deberá pues, cuando no se mitigue con los antiflogísticos, combatirle con los narcóticos, administrados al interior ó aplicados localmente, lo que puede hacerse sin temor, porque hace mucho tiempo hemos reconocido cuán infundado era el que tenian muchos médicos de emplear los narcóticos en el curso de las flegmasias. Están ademas acompañadas con frecuencia las inflamaciones, de diversos accidentes, que á veces predominan de tal manera que pueden llegar á suministrar la indicacion principal. Asi sucede que los desórdenes nerviosos exigen frecuentemente que se recurra á los medicamentos conocidos con el nombre de anti-espasmódicos. En fin, es muchas veces tal la debilidad y postracion de los enfermos, que debemos prescindir de la afeccion local para ocuparnos esclusivamente del estado general, es decir, procurar en este caso reanimar las fuerzas con los tónicos y los corroborantes, con lo cual se satisface lo que los antiguos llamaban la *indicacion vital*, sin perjuicio de emprender despues el tratamiento de la flegmasia si hay necesidad y las fuerzas lo permiten.

Prévias estas consideraciones preliminares, pasemos al estudio de las inflamaciones en particular.

#### INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS.

##### *De la estomatitis.*

*Estomatitis* es una palabra de nueva creacion, que sirve para designar la inflamacion de la membrana mucosa de la boca.

La estomatitis no es una enfermedad siempre idéntica; presenta por el contrario caracteres muy diferentes, segun el elemento anatómico que está afectado, la forma ó la especificidad de la lesion que la caracteriza, y la naturaleza de las causas que la producen. Asi describiremos sucesivamente las variedades siguientes, á saber: la estomatitis *eritematosa*, la estomatitis *con alteracion de secrecion* (*mugquete y difteritis*), la estomatitis *foticulosa y ulcerosa* y la estomatitis *mercurial*. Algunos autores agregan á las precedentes, la estomatitis gangrenosa; pero la gangrena de la boca es una afeccion que debe estudiarse por separado, y al lado de las demás afecciones de naturaleza gangrenosa.



*De la estomatitis eritematosa.*

La estomatitis eritematosa principia generalmente sin prodromos, y está caracterizada por una rubicudez mas ó menos viva, uniforme y las mas veces parcial de la mucosa bucal. Si la inflamacion se limita á las encías, toma el nombre de *gingivitis*, si á la bóveda del paladar, el de *palatitis*. Suele ir acompañada de una ligera tumefaccion y de un dolor mas ó menos agudo con escozor, que se aumenta al paso del aire frio y al contacto de los alimentos y aun de la lengua. El escozor es vivo, especialmente cuando habiéndose destruido el epitelium está al descubierto el cuerpo reticular ó cuando la mucosa es el asiento de ligerísimas erosiones. Hállase ademas modificada la secrecion bucal; de manera que al principio hay sequedad y despues mayor humedad en la boca; los enfermos arrojan una materia acuosa, serosa ó que sale formando hebra, y aun algunas veces sobreviene un ptialismo abundante. Esta enfermedad, siempre benigna, casi nunca va acompañada de calentura, ni aun en los niños de muy poca edad, y termina por resolucion á los pocos dias. Es algunas veces el primer grado de las demás formas de estomatitis que nos quedan que describir.

La estomatitis eritematosa es ordinariamente producida en los niños por el trabajo de la denticion, y en las demás edades por la introduccion en la boca de un líquido irritante ó de un cuerpo demasiado caliente ó frio, ó por la caries de los dientes y hasta por escesivo sarro. En algunos casos la enfermedad es espontánea; en fin, hemos visto que el sarampion y la escarlata producen una estomatitis eritematosa, en la que la rubicúndez ofrece exactamente los mismos caracteres que la erupcion cutánea. Es de un rojo uniforme, en forma de un salpicado regular en la escarlatina y de pequeñas manchas irregulares y desiguales en el sarampion. Esta erupcion no produce generalmente ninguna sensacion molesta mas que la de calor algunas veces.

El tratamiento consiste en el uso de algunos colutorios emolientes, que los enfermos conservarán todo el tiempo posible en la boca, absteniéndose de alimentos acres, calientes y condimentados con especias, y eligiendo sustancias poco duras, incapaces de lastimar la mucosa, y que no exijan muchos esfuerzos de masticacion. Lo que mas importa es quitar las causas que originaron el mal ó lo sostienen: asi, se limpiará la dentadura y cuidadosamente todo el sarro, siempre que se crea haber esta conreccion sido el punto de partida de la flegmasia.

*De la estomatitis con alteracion de secrecion.*

Esta estomatitis se halla caracterizada por la produccion de una conreccion morbosa en la superficie de la membrana mucosa inflamada. Debe dividirse en dos especies, muy desemejantes por sus causas, sus síntomas y tratamiento, para que puedan ser comprendidas en una misma descripcion, y son la *estomatitis difterítica* y el *mugete*.

*De la estomatitis difterítica.*

La *estomatitis difterítica* ó *estomatitis pseudo-membranosa* (*estomacacia*

y *segarita* ó *segaritis* de los autores españoles) es algo análoga á la angina *lardacea* y al *crup*. Como estas dos enfermedades, se halla caracterizada por la formación en la mucosa bucal, de películas grisientas, por lo comun muy delgadas, y que empiezan casi siempre, segun Bretonneau, por el borde sinuoso de las encías, las que se hinchan y dan sangre, y despues se ulceran inmediatamente. Entonces se ve aparecer en el punto correspondiente al carrillo una falsa membrana, semejante á la anterior, que no tarda en invadir las demás partes de la boca. Estas concreciones se adhieren mas ó menos á la membrana mucosa, que está roja, hinchada ó azulada, algunas veces equimosa, ligeramente escoriada ó ulcerada y con su color natural. Cuando caen estas chapas se las ve renovarse con gran rapidez. Adquieren frecuentemente un color negruzco á causa de una pequeña cantidad de sangre exhalada debajo de ellas, lo que junto con el olor fétido que despide la boca siempre que es el asiento de una inflamacion, y sobre todo de una inflamacion *lardacea*, ha hecho creer tambien muchas veces en la existencia de una gangrena. Esta estomatitis difterítica se halla con frecuencia limitada á un pequeño espacio, como la comisura de los labios, y segun Taupin, á una mitad de la boca, y otras veces ocupa casi toda esta cavidad. En este caso los ganglios sub-maxilares están hinchados y dolorosos, toda la cara tumefacta; la boca llena de saliva, hay ansiedad, calentura y otros síntomas que varían segun el modo de terminacion. Generalmente la enfermedad tiene poca tendencia á estenderse, y solo en casos muy raros se la ve propagarse á la faringe y sobre todo á la laringe. Entonces se observan los síntomas propios de la angina *lardacea* y del *crup*; pero fuera de estos casos, y de aquellos en que, bajo la influencia de una mala predisposicion, se termina la enfermedad por una gangrena de la boca, que son tambien muy raros, se puede decir que la estomatitis difterítica es una enfermedad benigna, cuya terminacion es siempre feliz, aunque no es raro verla persistir tenazmente varios meses seguidos. Cuando va á cesar se desprenden las chapas y no vuelven á reproducirse; otras son reabsorvidas, las ulceraciones se cicatrizan, quedando por algun tiempo en el sitio que ocupaban, un ligero espesor con dureza de la mucosa ó de los tejidos subyacentes, y una señal mas ó menos estensa y honda.

*Diagnóstico*.—El diagnóstico de esta afeccion es siempre fácil como se verá luego. No puede ser confundida con la estomatitis mercurial en la que tambien se observan con frecuencia concreciones membraniformes, siendo debida á una causa especifica. Nos parece que esta forma de la estomatitis es muy diversa de la gangrena de la boca, de que hemos de tratar en otra parte. M. Taupin sin embargo defiende la identidad de las dos enfermedades, fundándose para ello en que debajo de la falsa membrana (que para él es una escara) hay constantemente pérdida de sustanciã; en que el mal agravándose se presenta con todos los caracteres de la gangrena profunda, y finalmente en que no muestra ninguna tendencia á propagarse á la faringe, como lo haria si fuese una verdadera afeccion difterítica. A nadie pueden hacer fuerza semejantes razones, ya porque es absurdo comparar la pseudo-membrana á una escara, ya porque debajo de aquella es imposible descubrir la menor solucion de continuidad.

*Pronóstico*.—Únicamente podrá ser funesto cuando la estomatitis existe en individuos debilitados ó cacoquímicos, en quienes fuera fácil que provocase una



gangrena considerable de la boca. Esceptuado este caso , será siempre benigno el pronóstico.

*Etiología.*—La estomatitis difterítica , afecta especialmente á los niños ; se la observa en los hospicios de huérfanos , en los colegios y generalmente en los que viven amontonados en localidades bajas , húmedas y estrechas. Asi es que se la ha visto reinar algunas veces epidémicamente en los cuarteles (Bretonneau), en cuyo caso todo induce á creer que es contagiosa. Cuando es esporádica , depende de una irritacion enteramente local , como la caries ó la salida de un diente que hiere continuamente la membrana mucosa con la que está en contacto.

*Tratamiento.*—Se combatirá la difteritis bucal con el mismo tratamiento que la angina lardácea , el cual daremos á conocer al tratar de esta última. Solo diremos ahora , que en el hospital de niños ha preconizado Bouneau contra la estomatitis lardácea el cloruro del cal , que aplica varias veces al dia , si es posible de dos en dos horas , á las partes enfermas. Para hacer esta pequeña operacion , se humedece un dedo , se introduce despues en un frasco que contenga cloruro de cal seco en polvo , y se frotan con él rudamente las partes afectas. Taupin se ha declarado partidario de esta medicacion.

#### *Del muguete ó estomatitis cremosa.*

Las palabras *muguete* , *blanquillo* , *mal blanco* , sirven para designar una forma de estomatitis caracterizada por la exudacion en la mucosa bucal de concreciones pequeñas y blanquecinas , que ora son diseminadas ó discretas , ora acumuladas ó confluentes.

El muguete , que muchos facultativos , tanto antiguos como modernos , han confundido equivocadamente con las aftas , no ha sido estudiado como convenia sino por nuestros contemporáneos , principalmente por los doctores Véron (1), Lelut (2), Guersant y Blache (3), Valleix (4), y últimamente por MM. Frouseau y Delpech (5).

Relativamente á la abundancia de la erupcion se ha dividido la estomatitis cremosa en *discreta* y *confluyente* : esta última se ha llamado tambien *maligna* , en razon de los síntomas generales graves que la acompañan. Mas importante es la division del mal blanco en *idiopático* y *sintomático*. El primero afecta á sugetos sanos , y constituye una enfermedad enteramente local ; el segundo , por el contrario , se manifiesta en sugetos debilitados , y que se hallan en un período avanzado de una enfermedad aguda y sobre todo crónica. La estomatitis cremosa idiopática es propia de la infancia , y la sintomática es comun á todas las edades.

*Lesiones cadavéricas.*—Entre las lesiones que se encuentran en los cadáveres , unas pertenecen á la estomatitis cremosa y otras á las complicaciones. Las primeras se hallan donde quiera que haya tenido lugar la exudacion ; es decir , en la boca , donde es constante : en la faringe y el esófago , donde es

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites.*

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1853.

(3) *Observations sur les maladies des enfants.* Paris, 1825.

(4) *Archives*, 1827.

(5) *Dictionnaire de médecine*, artículo MUGUET.

muy comun ; en el estómago, donde se encuentran en una décima parte de casos ; y en el tubo intestinal ; en donde se observan muy rara vez. Esta exudacion está dispuesta en forma de pequeños puntos blanquecinos que tienen el grosor de un grano de arroz ó de sémola, y mas ó menos aproximados entre sí ; otras veces aparece todo el interior de la boca cubierto de una capa uniforme y mamelonada. Esta exudacion, blanda, pultácea, inodora y que obedece á los reactivos químicos como lo haria el moco, se adhiere débilmente á la mucosa, que está muchas veces de un rojo azulado, mas seca, y en ocasiones reblandecida. Se encuentran ulceraciones en la bóveda del paladar en casi la mitad de casos.

Mucho tiempo se ha disputado para determinar cual era el verdadero y fijo sitio de las concreciones del muguete. Van Winperse que escribia en 1787 pretendia que se formaban *debajo* del epiteliun: MM. Lélut y Guersant han sido los hábiles defensores de esta opinion. Billard sostiene que la exudacion se verifica *sobre* el epiteliun mismo. Recientemente MM. Trousseau y Delpech han dicho que se iba depositando mas bien en la superficie de la membrana mucosa, que previamente se ha quedado desnuda ó descubierta. Mas esto constituye una cuestion todavia indecisa de anatomía patológica. Mientras deseamos ardientemente que se emprendan nuevos estudios, creemos que si se examina con toda atencion y muy al principio la exudacion patológica, se habrá de confesar que se encuentra debajo del epiteliun, pasados empero tres ó cuatro dias, ya no es posible cerciorarse de esta circunstancia por la sencilla y terminante razon de haberse destruido espontáneamente la capa epidérmica. Inútil considero decir que la concrecion que nos ocupa es una pseudo-membrana producida por la secrecion morbosa, porque nadie lo pone en duda, esceptuando á unos cuantos micrógrafos, quienes han concebido la singularísima idea de ser el producto de que tratamos, un *moho*, un *parásito vegetal*, un *monton de plantas cryptógamas* cuyas raices se implantan en las celdillas del epiteliun.

Poco tiempo hace que M. Robin ha defendido esta doctrina y me ha dado una sobarbada en tono magistral, no pudiendo sufrir mi incredulidad y mi irreverencia para con los señores micrógrafos. Son hoy las mismas mis ideas y están en perfecta consónancia con las del ilustre Monneret, médico tan hábil, como entendido micrógrafo. Opinamos él y yo que el muguete está constituido por una falsa membrana en la que el estudio microscópico le ha hecho descubrir : 1.º fibrina en granulaciones y en fibras : 2.º celdillas granulares : 3.º algunos glóbulos de pus : 4.º un número considerable de celulas de epiteliun caido. Acontece que frecuentemente y no necesariamente, se forman grupitos de hongos encima de esta concrecion. Tales parásitos, añade Monneret, no desempeñan ningun papel en la patogenia de los productos morbosos, en medio de los cuales se les halla y que les sirven pura y simplemente de sustentáculo y nada mas (1). Otro médico no menos distinguido, M. Gubler, ha sostenido una opinion análoga, asegurando que los hongos de la estomatitis cremosa no son mas que un epifenómeno y que se desarrollan entre los restos orgánicos cuando los flúidos de la boca adquieren calidades ácidas (2). ¿Para qué insistiré mas en una cuestion que puede interesar á la historia natural, pero que es inútil mirada bajo el aspecto

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites*, 2.ª edicion pag. 489.

(2) *Gazette médicale de Paris*, año 1853 pag. 589.



médico? Para el práctico es el muguete una forma de la estomatitis; una estomatitis con la producción de una pseudo-membrana.

En casi todos los sujetos que sucumben, sobre todo en los hospitales, se halla la mucosa intestinal roja, inyectada, reblandecida y algunas veces ulcerada; cuyas alteraciones han precedido á la estomatitis cremosa, ó se han manifestado después. Mas rara vez existen la rubicundez de los bronquios y las diversas formas de hepatización pulmonal.

*Sintomas.*—Segun Valleix, precede casi siempre á la estomatitis cremosa un eritema de las nalgas y de la parte posterior de los muslos (de veinte y tres veces, diez y siete), se observa luego diarrea, seguida de calentura mas ó menos intensa, y consecutivamente á tales accidentes principian los primeros síntomas de la boca. Es en efecto así el desarrollo del muguete que puede ser llamado sintomático y que ataca á los niños que están débiles ó enfermos, como pobres habitantes de los hospicios. En los sanos, robustos y bien constituidos, se declara el mal por los accidentes que pertenecen á la boca y muy á menudo sin prodromos. Empero tanto en los unos como en los otros la lengua se pone roja en parte ó en su totalidad, y sus papilas prominentes. La misma rubicundez se presenta en otros varios puntos y estendiéndose muchas veces á toda la cámara posterior de la boca; la mucosa que tapiza estas partes está seca y reluciente, y tiene un calor ardiente. La succión es dolorosa, y la deglución misma se hace difícil cuando la inflamación eritematosa se ha propagado á la faringe. Sin embargo, al cabo de uno ó tres días se ve aparecer á los lados del frenillo de la lengua, en los bordes de este órgano y en la cara interna de los carrillos y de los labios, como también en las encías, una materia cremosa, muy análoga por su aspecto al queso, dispuesta como hemos dicho en forma de puntos parecidos á los granos de sémola, discretos ó confluentes, y que algunas veces cubre toda la mucosa, sobre la que forma una capa uniforme ó chapas mamelonadas. En este último caso, están los niños como mascando continuamente, y sacan con frecuencia la lengua fuera de la boca, como para espulsar un cuerpo extraño que les incomoda. Si en ella se les introduce un dedo, en lugar de chupar, se echan hácia atrás y lloran manifestando experimentar vivo dolor. Muchos enfermos tienen úlceras ovaladas, blancas ó rojizas, ya en el paladar, ya en el frenillo de la lengua. Ha observado Mr. Valleix que muchísimas veces las indicadas soluciones de continuidad existen antes del primer grano del muguete y que no es raro verlas curarse perfectamente durante el curso de la enfermedad, aun terminando esta por la muerte.

La estomatitis cremosa, si es simple y muy discreta, puede no escitar ninguna simpatía morbosa; pero casi siempre se acelera el pulso, se eleva el calor de la piel, y sobreviene diarrea, meteorismo y deposiciones líquidas, primero amarillas, y luego verdosas, á las que acompañan después vómitos de la misma naturaleza. En las evacuaciones alvinas se encuentra muchas veces una materia cremosa pultácea, signo cierto de que la exudación que existe en la boca se ha reproducido igualmente en el tubo digestivo. En este caso los síntomas son mas graves, hay sed inextinguible, la exudación bucal es morena ó negruzca, sobreviene una diarrea abundante y un rápido enflaquecimiento, de tal modo que á los pocos días tienen los niños los ojos hundidos y apagados, la cara enjuta y arrugada como la de un viejo, la voz apagada, y están coma-

tosos, el pulso se hace insensible, el calor se estingue, la piel se ulcera en diversos puntos, sobre todo en los maleolos y los talones (Valleix); en fin, sobreviene la muerte en un estado de estrema postracion.

Esta terminacion es casi constante cuando el muguete se estiende al intestino, ó bien cuando existe en los órganos torácicos ó digestivos alguna de las graves complicaciones que hemos enumerado. La enfermedad puede entonces terminar en tres ó cinco dias. Sin embargo, en la mayor parte de casos, no sobreviene tan pronto la muerte; pero casi nunca se verifica la curacion, pues solo se observa esta cuando la estomatitis cremosa es benigna, y no determina calentura ó apenas la produce. En este caso, al cabo de algun tiempo, la exudacion cae sin reproducirse, ó solo se reproduce en algunos puntos. En fin, es bastante raro que pase la enfermedad al parecer al estado crónico, es decir, que durante uno ó varios meses se vea de cuando en cuando aparecer en diversas partes de la boca algunas porciones de muguete, sin que por lo comun resulte de esto ningun trastorno notable en las principales funciones.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico del muguete no ofrece dificultad, pues la presencia de las pequeñas concreciones blanquecinas, blandas y poco adherentes lo distingue de las aftas, de las que luego nos ocuparemos, y aun mas de la estomatitis pseudo-membranosa de que hemos hablado ya. Por otra parte no podria jamás esta confundirse con el muguete en atencion á las anchas chapas pseudo-membranosas y parduseas que ocasiona y que toman su origen en el reborde de las encías, las cuales están por lo comun fofas, tumefactas, ulceradas y exhalan fétido olor.

*Pronóstico.*—Será este favorable siempre que el mal consista en un muguete idiopático de la boca, y por lo tanto que lo padezca un niño sano habitualmente y vigoroso, que no haya ni diarrea, ni calentura ó sea esta muy ligera. En el caso contrario ha de ser tristísimo el pronóstico, pues los mas de los niños sucumben, sobre todo en tiempo de epidemia y en los hospicios donde la mortandad es siempre considerable. La esperanza que el médico pueda abrigar, dependerá de la mayor ó menor gravedad de las complicaciones viscerales que por desgracia se notan constantemente en las indicadas condiciones.

El manifestarse la estomatitis cremosa en un sugeto ya enfermo, y de cualquiera edad, essiempre una circunstancia del peor agüero, porque, como dice con razon Chomel, su aparicion en las enfermedades crónicas quita casi del todo la esperanza de una feliz terminacion, y en los mas de los casos es la precursora de una muerte bastante próxima. Aunque no ofrece la misma gravedad en las enfermedades agudas, aumenta no obstante siempre la que los demás síntomas puedan ofrecer.

*Etiología.*—Existe el muguete en todas las edades; pero es mas comun en los niños de pecho, sobre todo en los dos primeros meses de la existencia. Apenas se observa mas que en estos la estomatitis cremosa idiopática, porque despues, y especialmente en la edad adulta y en la vejez, no constituye esta afeccion mas que una lesion secundaria, que solo se observa en individuos afectados de alguna enfermedad grave. No se ha fijado aun bien la influencia que la constitucion individual tiene en la produccion de la estomatitis cremosa; los unos, con Valleix, creen que es mas comun la enfermedad en los sugetos fuertes; y la mayor parte, por el contrario, sostienen, con mas apariencia de ra-



zon, que una constitucion débil predispone á la enfermedad. Se ignora tambien la influencia que pueden ejercer las estaciones y los climas; pero está bien reconocido que circunstancias higiénicas desfavorables, como una habitacion húmeda y desaseada, las emanaciones animales y la acumulacion de niños en salas poco ventiladas, son causas muy activas en la estomatitis cremosa, y esplican por qué esta enfermedad reina con tanta frecuencia endémica ó epidémicamente en la mayor parte de los hospicios de huérfanos, y tambien por qué es comparativamente mas frecuente en los niños pobres que en los ricos. En estos últimos la enfermedad reconoce casi siempre una causa local, como la lactancia artificial, los esfuerzos de succion cuando es el pezón muy corto, demasiado grueso ó agrietado, ó tambien la irritacion que produce cuando es desigual y demasiado duro. La estomatitis cremosa no es contagiosa en ningun caso.

*Tratamiento.*—El tratamiento de esta afeccion consiste principalmente en aplicaciones tópicas. Por lo tanto, en el primer período harán uso los enfermos de colutorios emolientes. Como los niños no pueden hacer gárgaras, se tocarán las partes enfermas con un pincel empapado en los mismos líquidos emolientes ó mucilaginosos. Despues, cuando la boca está cubierta de una exudacion espesa y consistente, se añade al líquido una cuarta parte de licor de Labarraque, ó un ácido vegetal, como el vinagre ó el zumo de limon, con preferencia á los ácidos minerales y tambien el sub-borato de sosa que ha sido muy elogiado. Guersant aconseja igualmente las disoluciones de alumbre mas ó menos dilatadas. No se debe nunca tirar de las falsas membranas para desprenderlas, porque estas maniobras escitan el dolor y aumentan la irritacion. Los medios generales que deben emplearse se determinarán en vista del estado del sugeto y del período de la enfermedad. Al principio, cuando no existe calentura, nos limitaremos á las lociones emolientes, al uso del agua de cebada y á cuidar de que mamè menos el niño. Si hay calentura y síntomas inflamatorios en el abdómen, se prescriben algunas sanguijuelas al vientre ó al ano, baños tibios, cataplasmas, lavativas y una dieta mas ó menos severa. En fin, los accidentes adinámicos indican el uso de los tónicos (corteza de naranja, quina, etc.); pero casi sin esperanza de buen éxito. Las complicaciones, tan frecuentes por parte del tubo digestivo, harán siempre temer el uso de los eméticos y de los purgantes, que algunos autores han preconizado en el primer período de la estomatitis cremosa.

*Naturaleza.*—La estomatitis cremosa, es una forma de la estomatitis; á veces constituye una afeccion enteramente local y primitiva, pero que tiene tendencia, sobre todo en los niños pobres y particularmente en los de los hospicios, á estenderse al tubo digestivo y á complicarse con alguna lesion grave de estos órganos. En estos últimos sobre todo se ve tambien sobrevenir la enfermedad como afeccion secundaria; pero esta no es razon para considerarla, con Valleix, como un epifenómeno ó una lesion consecutiva de la enteritis de la infancia: la práctica civil contradice por otra parte esta proposicion. Pero es justo reconocer que con mayor frecuencia que en el adulto, se manifiesta en los niños la estomatitis cremosa como complicacion en el curso de un estado grave, y sobre todo de una flegmasia del tubo digestivo.

*De las aftas ó de la estomatitis foliculosa.*

La estomatitis *aftosa*, llamada tambien *ulcerosa* ó *foliculosa*, está caracterizada por la erupcion en la boca de pequeñas vesículas trasparentes ó de un gris perlado, que toman al cabo de algunas horas el aspecto pustuloso y se transforman al segundo ó tercer dia en ulceraciones dolorosas, que suelen tardar de uno ó dos septenarios en cicatrizarse; pero que no dejan mas vestigio que una pequeña mancha encarnada que desaparece muy pronto.

Se distinguen dos especies de aftas, segun el carácter discreto ó confluyente de la erupcion: La *afta* discreta es muy frecuente, constituye por lo comun una afeccion enteramente local, y no se observan en este caso mas que algunas vesículas en la boca, sobre todo detrás de los labios, en los bordes de la lengua, y en la parte media de los carrillos. El mismo dia, ó á lo sumo al siguiente de su aparicion, se hallan rodeadas de un rodete agrisado, blanquecino y duro, que da entonces á la enfermedad un carácter pustuloso; bien pronto se desprende el epiteliun, y se ve al descubierto una ulceracion lenticular, que puede tener casi la estension de un realito; cuyos bordes y superficie son prominentes, duros, agrisados, que muchas veces dan sangre, y siempre están muy dolorosos. Los enfermos experimentan sequedad ó una sensacion insólita de humedad en la boca; el aliento es fétido, como en todas las estomatitis; la masticacion y la impresion de las sustancias calientes aumentan los dolores; algunas veces se hacen mas voluminosos los ganglios submaxilares, y se ponen doloridos; hay con frecuencia malestar, inapetencia, algo de diarrea, y un ligero movimiento febril de corta duracion. Este período de ulceracion no dura por lo comun mas que tres ó cuatro dias, y puede á veces prolongarse uno y aun dos septenarios. Cuando la curacion se verifica (y esta es la terminacion mas constante de la enfermedad), se aplanan los bordes, se limpia la superficie, y toma un color encarnado; despues se cicatriza repentinamente, es decir, en treinta y seis horas, ó aun de un dia á otro, quedando señalado el sitio de la ulceracion durante algunos dias por una pequeña mancha rojiza.

No acontece lo mismo en la forma confluyente, la que raras veces se observa en Francia, y es comun en Holanda, donde suele reinar de un modo epidémico. En esta precede y acompaña á la erupcion, la calentura y graves desórdenes de los órganos digestivos. Las aftas cubren la cara interna de los carrillos y de los labios, y se las encuentra en el velo del paladar y en la cámara posterior de la boca. Son en todas partes mas ó menos confluentes, y se asemejan bastante á una erupcion variolosa, lo cual esplica la dificultad y los dolores que experimentan los enfermos al deglutir. En estos casos hay en la boca un vivo escozor, y está seca, ó bañada por un líquido viscoso. Hay vomituraciones, diarrea, una angustia indecible, se manifiesta calentura, y sobreviene la muerte con frecuencia en medio de accidentes tifoideos muy graves, y cuya aparicion parece coincidir las mas veces con la reproduccion, en la mucosa gastro-intestinal, de las ulceraciones aftosas que existen en la boca. Sin embargo, nada sabemos aun de positivo sobre este punto. Otras veces los accidentes adinámicos son consecutivos á la gangrena de las ulceraciones aftosas,



que se vuelven negruzcas y fétidas. Puede tambien estenderse la mortificacion a las partes blandas de la boca; pero esta terminacion es muy rara y apenas se observa mas que en sujetos débiles. Sea de esto lo que quiera, las aftas confluentes se prolongan por lo comun durante dos septenarios, y tienen un curso bastante lento.

*Diagnóstico.*—Veremos cuán fácil es distinguir el afta que consiste en la ulceracion de los folículos muciparós, de las soluciones de continuidad, producidas por el virus sífilítico y por la accion del mercurio. El carácter ulceroso distingue al afta del muguete cuando existiesen algunas pequeñas concreciones alrededor de la ulceracion. En fin, la estomatitis difterítica, por la formacion de las falsas membranas que caen ó se desprenden, y por el aspecto de la mucosa que está violada, reblandecida, sanguinolenta y ulcerada, no tiene ni aun analogia con la inflamacion aftosa.

*Pronóstico.*—Este no es grave, sino cuando la erupcion aftosa es confluyente ó se termina por gangrena.

*Etiología.*—Las aftas son frecuentes en la infancia y en la juventud, pero pueden manifestarse en todas las edades. Parece que predisponen á ellas ó las determinan, una constitucion linfática, ó una mala alimentacion. No obstante, se desarrolla esta enfermedad tan frecuentemente en condiciones opuestas, que es imposible emitir sobre su etiología ninguna opinion razonable. Parece que por otra parte constituyen á menudo las altas una afeccion sintomática, consecutiva algunas veces á un estado general mas ó menos grave; asi es que existian frecuentemente en la epidemia de Gotinga, cuya historia nos dejaron Rhæderer y Wagler. Tambien coinciden muchas veces con un estado saburroso de las primeras vias, ó reinan con ciertas constituciones médicas. Suelen ser accidentes muy comunes durante el estado puerperal.

*Tratamiento.*—En el afta simple y discreta, basta casi siempre un tratamiento tópico, que consiste al principio en lociones mucilaginosas y emolientes, que se hacen mas calmantes añadiendo algunas gotas de láudano. Despues que han disminuido el dolor y la tension de las partes, se reemplazan los medios precedentes con los astringentes, como el acetato de plomo, el sub-borato de sosa, el ácido clorhídrico y el alumbre; en fin, será muchas veces útil, para modificar de pronto la superficie de la úlcera, tocarla con el nitrato de plata. Este medio ha sido aconsejado como útil, aun al principio, y como capaz de detener la enfermedad en su desarrollo. Es cierto que algunas veces se ha conseguido hacer abortar un afta incipiente; pero las mas, hemos visto un resultado enteramente contrario; de suerte que no creemos útil este medio, sino despues del período inflamatorio, y cuando basta modificar el estado local para determinar la cicatrizacion. A estos medios se agregarán un régimen suave, el uso de bebidas aciduladas, de baños tibios, y á veces la administracion de un laxante. En las aftas confluentes, ademas de la medicacion local, que es la misma, conviene con frecuencia una sangría, ó una aplicacion de sanguijuelas debajo de las mandíbulas.

*Naturaleza y asiento.*—Las aftas son una forma de inflamacion de las membranas mucosas, constituyendo la vesícula el elemento primitivo de la enfermedad. En cuanto á su asiento, Billard ha intentado colocarle en los folículos muciparos, y otros en la mucosa misma. Bichat y Gardien no se han atrevido

á manifestar su opinion, y nosotros imitaremos su reserva, porque no nos parece aun resuelta esta cuestion; y si no consultáramos mas que nuestras propias observaciones, diriamos que las aftas no tienen, en verdad, asiento anatómico; porque nos ha parecido que unas veces se desarrollaban en los folículos, y otras en la mucosa sola.

*De otras dos formas de estomatitis ulcerosa y pustulosa.*

Podrian aun admitirse otras varias formas de estomatitis: asi es que hay úlceras de la boca que sobrevienen despues de una solucion de continuidad de la membrana mucosa, producida por un cuerpo extraño, ó por la presion de un diente desigual, desviado ó roto. Estas úlceras, que tienen su asiento especialmente en los carrillos, ó enteramente atrás, cerca de las últimas muelas, son con frecuencia muy dolorosas, y pueden adquirir una estension mayor que la de una peseta; sus bordes tienen una dureza escirrosa, y su superficie es desigual, agrisada, sanguinolenta, y exhala un olor fétido, muy desagradable. Hay algunas de estas úlceras que tienen aspecto verdaderamente repugnante, y que á la vista y al tacto podrian parecer una úlcera gangrenosa, si la causa que las ha producido y el curso que han seguido, no indicasen fácilmente su naturaleza.

El tratamiento será el mismo que el de las aftas; siendo necesario sobre todo darse prisa á modificar la superficie de las úlceras con el nitrato de plata.

Otra forma de estomatitis que debemos indicar, es la que podria llamarse *pustulosa*, pues está caracterizada por el desarrollo de pústulas en la mucosa bucal, especialmente en la cara interna de los carrillos y en la bóveda palatina. Se observa siempre en las viruelas, en que la erupcion de la boca es de la misma naturaleza que la de los tegumentos. Sobrevienen tambien con frecuencia pústulas semejantes en las mismas partes y en la faringe, despues de la administracion del emético en alta dosis, quejándose los enfermos de calor y de escozor en la boca que está humedecida de saliva, y muchas veces cubierta de mucosidades viscosas. Bastan por lo comun algunos colutorios emolientes ó ligeramente acidulados, para triunfar de la enfermedad en algunos dias.

*De la estomatitis mercurial.*

Se designa con los nombres de *tialismo*, *salvacion* ó *estomatitis mercurial*, la inflamacion de la boca que se desarrolla consecutivamente á la absorcion del mercurio, y es un resultado de la accion especial que este metal ejerce sobre la membrana mucosa y las glándulas salivales.

*Sintomas, curso y terminaciones.*—Al principio, experimentan los enfermos en la boca una sensacion insólita de calor y sequedad, y tienen un sabor metálico desagradable. Bien pronto se hinchan las encías, se ponen doloridas, sangran y se reblandecen, tienen un color rojo pálido en la mayor parte de su estension, excepto en el cuello de los dientes, donde forman un rodete encarnado y violado al principio y despues blanquecino; luego se ulceran y se desprenden de los dientes. Estos, cubiertos de una capa sucia y cénagosa, están como separados, y despues vacilantes, y si los enfermos aproximan las man-



díbulas, experimentan una sensación, como si estas se hubiesen prolongado. Esta prolongación, por otra parte, quizá es real, y se explica por la alteración que han sufrido los dientes, y por la propagación de la flegmasia á los alveólos. La boca de los enfermos exhala desde el principio una fetidez particular, diferente de la que se percibe en todas las demás estomatitis, y que ofrece en la afección de que tratamos un carácter particular y verdaderamente patognómico. La mucosa bucal está generalmente hinchada y como infiltrada, presentando una capa blanquecina, primero en forma de pintas diseminadas, y después formando chapas, cuya disposición es sobre todo notable en la lengua. En esta época, sustituye al estado de sequedad de la boca una secreción abundante de saliva. Si la enfermedad continúa tomando incremento, se aumenta la tumefacción de las paredes de la boca y de las partes contenidas en esta cavidad; los carrillos al nivel de las últimas muelas, los labios, especialmente el inferior, y la lengua en su punta y bordes, presentan surcos verticales y luego verdaderas ulceraciones, cubiertas con frecuencia de falsas membranas y separadas por crestas de un rojo vivo, que corresponden á los dientes y á los intervalos que los separan. En un grado mas avanzado aun, adquiere la lengua un volumen mas considerable, y aun á veces, no pudiendo estar ya contenida dentro de la boca, sale de esta cavidad y escude de los arcos dentarios que la comprimen, causando dolor. Espuesta de este modo la punta del órgano al contacto del aire, se deseca y se pone pardusca, y siendo entonces mayor la presión contra los dientes, se hacen mayores las ulceraciones, y toman un color agrisado: muchas veces tambien se forman escaras. Toda la cara esta hinchada; se estiende la tumefacción á las glándulas parótidas y sub-maxilares y á los ganglios, y al comprimir estas partes, se causa un fuerte dolor. De la boca entreabierta fluye sin cesar un líquido claro, grisiento y muy fétido, cuya cantidad puede ascender á dos, cuatro ó seis libras, en las veinte y cuatro horas. Algunos enfermos se quejan tambien de la garganta y de los oídos, á consecuencia de la estension de la flegmasia á la faringe y á las trompas de Eustaquio. Entonces sienten estos desgraciados un malestar indecible; no pueden mascar, tragar, oír, ni hablar; los dolores y la secreción incesante de saliva impiden completamente el sueño; la cara está pálida; hay cefalalgia intensa y una reacción febril mas ó menos considerable, y, como en toda inflamación, se aumenta la cantidad de fibrina. Si la estomatitis, en lugar de aliviarse sigue progresando, las encías se convierten en putrífago, y puede necrosarse una porción considerable de los huesos maxilares. El estado general guarda relación con estos graves desórdenes, que felizmente son raros en el día, pero que fueron comunes en otro tiempo é hicieron sucumbir á los enfermos. Aquellos mas afortunados que sobrevivieron, quedaron con frecuencia desfigurados por cicatrices viciosas, que dificultaban ó impedían las funciones de la boca y de los órganos contenidos en ella. Es mas comun ver que los enfermos caen en el marasmo á consecuencia de la abundante salivación, y sucumben después, si no se detiene luego la secreción inorrosa: los que se restablecen, quedan por mucho tiempo pálidos y flacos, y tienen siempre una convalecencia sumamente larga. Cuando la estomatitis tiende á la curación, disminuyen la tumefacción y el tialismo, se limpian las ulceraciones, los dientes vuelven á tomar su solidez, y los enfermos pueden comer sin dolor, sustan-

cias blandas y húmedas; pero les es imposible todavía mascar cuerpos sólidos, como el pan, sin excitar grandes dolores y hacer sangrar las encías.

*Duracion.*—Tiene esta enfermedad una duracion mas ó menos larga: cuando es benigna, puede terminarse en cuatro ó seis dias; pero por poco grave que sea, se prolonga á lo menos durante dos septenarios y algunas veces mas. Sin embargo, no hay siempre una relacion exacta entre la gravedad de la dolencia y su duracion; no siendo raro, en efecto, observar estomatitis mercuriales de mediana intensidad, que producen durante varios meses una salivacion abundante que estenua á los enfermos. Estos ptialismos mercuriales crónicos, están casi siempre sostenidos por algunas alteraciones de la mucosa que se halla hinchada, sanguinolenta y ulcerada en algunos puntos; no obstante, en un pequeño número de casos, parecen haber vuelto á su estado fisiológico las partes blandas, y entonces están mas bien pálidas que encarnadas; se diria que solo existe entonces un simple hábito de secrecion morbosa. Las mas veces, verificada una vez la curacion, es esta definitiva; mas, sin embargo, algunos enfermos conservan un estado de susceptibilidad de la mucosa bucal, la que se hincha y ulcera fácilmente, y á otros se les carian los dientes, ó se caen prematura y espontáneamente sin estar cariados.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la estomatitis mercurial nunca es difícil, constituyendo por sí solo el hedor particular de la boca un carácter patognomónico. No obstante, se ha pretendido que algunas veces es difícil, y aun imposible, distinguir las ulceraciones mercuriales, de las que son producidas por el virus sífilítico. Creemos, sin embargo, que la distincion es fácil, porque las primeras ocupan la cara interna de los carrillos, y corresponden comunmente á la salida de los dientes; mientras que las otras están por lo comun situadas en la faringe, en las amígdalas ó en la cara superior de la lengua, y algunas veces en los labios; estas son redondeadas, su fondo agrisado, y sus bordes cortados perpendicularmente; al paso que las ulceraciones mercuriales son superficiales, irregulares, y cubiertas de concreciones membranosas.

La estomatitis mercurial se asemeja mucho á la difterítica: hay, en efecto, entre ellas mas analogías que diferencias, siendo estas últimas muy ligeras y nada características. Diremos, sin embargo, que en la estomatitis difterítica la exudacion peliculosa es mas tupida y adherente que en la estomatitis mercurial, pues la de esta es blanquizca y frecuentemente pultácea. Aunque en entrambas es fetidísimo el olor de la boca, tiene con todo el de la mercurial algo de específico que al momento se percibe. Finalmente se puede casi siempre saber por el estado conmemorativo que el enfermo ha hecho uso de algun preparado mercurial.

*Pronóstico.*—Hoy dia el ptialismo mercurial rara vez compromete la vida, á no ser que sea muy abundante ó que produzca en la boca destrucciones considerables. Solo en este caso es grave el pronóstico; en todos los demás debe considerarse como una enfermedad incómoda, repugnante y muchas veces rebelde; pero de ningun modo peligrosa.

*Etiología.*—Todas las preparaciones mercuriales pueden producir la salivacion; pero ninguna la determina con tanta seguridad y prontitud como los calomelanos. Siguen despues, el unguento mercurial en fricciones, la pomada citrina (nitrato de mercurio), el mercurio gomoso de Plenck, como en las pil-



doras de Belloste, y el mercurio metálico en vapor, como sucede algunas veces á los obreros que trabajan este metal. Se ha visto igualmente sobrevenir la salivacion en individuos á quienes se habia administrado el mercurio metálico; mas para que produzca este efecto tóxico, es preciso que permanezca bastante tiempo en los órganos digestivos, á fin de que allí se divida, se oxide, y se transforme en bicloruro de mercurio (Orfila). La facilidad con que se produce la salivacion, varía mucho en los diferentes individuos; hay en efecto algunos que resisten á los mercuriales, bajo cualquiera forma y dosis á que se les administren, mientras que otros tienen tal susceptibilidad, que una pequeña friccion de unguento napolitano, una cauterizacion con el nitrato de mercurio ó la administracion de tres á cinco granos de calomelanos, les determinan una abundante salivacion. La temperatura fria, la habitacion en lugares húmedos, una constitucion débil, la poca actividad de las principales secreciones, y especialmente de la traspiracion cutánea, son las circunstancias que favorecen las mas veces el desarrollo de la estomatitis mercurial.

*Tratamiento.*—En cuanto se presenten los primeros indicios de salivacion, es menester suspender el uso de los mercuriales: se prescriben en tal caso pediluvios irritantes, y se establece una fuerte revulsion sobre el tubo digestivo por medio de los purgantes algo enérgicos, como el aceite de croton tiglio (de una á tres gotas) reiterado segun la necesidad, conservando ademas el enfermo en la boca un líquido emoliente ó mucilaginoso. Los abortivos, como el hielo, y diversos colutorios astringentes, ya de alumbre, ya de subacetato de plomo, alabados por algunos, no dan por lo comun los resultados que se les atribuyen. Otro tanto diremos de algunos medicamentos que se han dado con el objeto de neutralizar el mercurio, tales como los ácidos sulfúrico y nítrico, el iodo y los cloruros, el oro, el azufre y los sulfuros de cal ó de magnesia, y hasta el opio, sustancias que todas son inútiles, y la mayor parte de ellas mas bien perjudiciales. El ácido clorhídrico, por el contrario, es un medicamento verdaderamente eficaz, pues que habiéndole empleado al principio de la estomatitis, la ha hecho abortar frecuentemente. Para obtener este resultado, se tocan las encías, y la porcion de la mucosa que empieza á hincharse, con un pincel de hilas empapado en el ácido clorhídrico puro, teniendo cuidado de enjugar los dientes cuando se les ha tocado con el ácido. Esta cauterizacion superficial, que se repetirá dos ó tres veces, cambia el modo de inflamacion de la mucosa, y evita casi siempre á los enfermos las incomodidades y muchas veces los peligros de la salivacion, pero con tal que se haga al principio. Ha sido especialmente aconsejada esta práctica en los últimos tiempos por Ricord, y mas recientemente por Baumés de Lyon. La creo generalmente buena, y no estoy de ningun modo preocupado contra ella como el honorable y hábil médico Requin, quien parece querer proscribirla para dar la preferencia á los simples astringentes. Presumo que no hay necesidad de decir que los mismos resultados se obtendrian cauterizando con el nitrato de plata.

Cuando es inútil la cauterizacion ó no se puede emplear á causa de la intensidad de los síntomas inflamatorios, deberá insistirse en los antiflogísticos, de modo que si el pulso es frecuente y fuerte podrán ser necesarias una ó dos sangrias generales; pero bastará las mas veces hacer una ó varias aplicaciones de sanguijuelas debajo de la mandíbula inferior. Se cubrirán estas partes con

cataplasmas emolientes, se prescribirán gargarismos mucilaginosos, y los medios revulsivos indicados anteriormente; en fin, se dará el opio con el objeto de calmar los dolores, y no con él de obrar directamente, como se ha creído, sobre la enfermedad misma. Cuando se hayan moderado los síntomas inflamatorios, se harán astringentes los colutorios, añadiéndoles la miel rosada ó el subacetato de plomo, cuya dosis se irá aumentando sucesivamente hasta 2 ó 3 draemas ó 6 y tambien 1 onza, ó el alumbre de 2 onzas á 2 y  $\frac{1}{2}$  para 2 cuartillos de vehículo, ó bien tocando las encías tres ó cuatro veces al dia con el dedo que lleva el alumbre pulverizado, como aconseja Velpeau. Se continúa con los revulsivos y escitando las principales secreciones, especialmente la traspiracion por medio de baños de vapor. Si persisten las ulceraciones es preciso muchas veces cauterizarlas con el nitrato de plata ó el ácido clorhídrico; pero como frecuentemente depende el que persistan de la presion de los dientes, se deberán cubrir, siguiendo el consejo de Ricord, con pastas blandas preparadas con malvabisco y opio ó cargadas de cloruro de sodio. Esta precaucion basta con frecuencia por sí sola para curar ulceraciones que habian resistido á todos los demás medios. Es inútil decir que cuando la enfermedad es muy aguda, se debe someter á los enfermos á una dieta severa; y despues, cuando disminuye la inflamacion, se dará la leche, el caldo, sopa, gelatinas y todo alimento que no exija esfuerzos de masticacion.

*Profiláctica.*—Ninguna confianza nos inspiran los medios tan preconizados en otros tiempos para prevenir la salivacion. Se aconsejó asociar al mercurio alguno de los medicamentos siguientes: alcanfor, azufre, iodo, sulfuro de cal amoniacal, hidrato de cal, etc. Solian mezclarse estas sustancias con el unguento mercurial que se empleaba para fricciones. Los verdaderos y únicos medios preventivos de la estomatitis mercurial se encuentran en la higiene. Se alejará, pues, á los enfermos del aire frio y húmedo, se les encargará cubrirse con franela, se estimularán las funciones de la piel, y se asegurará la libertad del vientre.

*Naturaleza.*—Muchos médicos, aun en el dia, consideran la estomatitis mercurial como una enfermedad de las glándulas salivales, y especialmente de las parótidas; pero basta haber leído con alguna atencion la descripcion que precede, para convencerse de que lo que vulgarmente se llama *salivacion mercurial* no es mas que una variedad de la estomatitis. La inflamacion de las glándulas salivales jamás constituye el fenómeno principal, siempre es consecutiva. La supersecrecion de la saliva que se observa, depende mas bien que de la accion directa del mercurio sobre las glándulas salivales, de la inflamacion de la mucosa bucal que obra simpáticamente sobre ellas, en virtud de aquella ley segun la que, todas las secreciones se aumentan cuando existe una flegmasia en la estremidad de un conducto escretorio. Diremos, por último, que el líquido que sale de la boca es suministrado en gran parte por los folículos de la membrana mucosa. Sea de esto lo que quiera, es probable que el mercurio obre directamente sobre la mucosa y que sea eliminado por la secrecion que en ella se verifica.

#### *De la glositis.*

La glositis ó inflamacion de la lengua puede ocupar solamente la membrana



mucosa; otras veces invade primitiva ó consecutivamente el tejido mismo del órgano, y de aquí la distincion de la glositis en *superficial* y *profunda*.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—La glositis superficial puede hallarse caracterizada por las diversas alteraciones que se encuentran en las variedades de estomatitis que acabamos de estudiar. Asi es que hemos visto á la estomatitis cremosa empezar casi siempre por la lengua. Se observa igualmente que este órgano es con frecuencia el asiento de aftas, de producciones membranosas y de diversas ulceraciones. Pero hay una forma particular de glositis superficial, en la que apenas existe una ligera tumefaccion de la lengua, cuya superficie roja, seca y enteramente despojada del epitelium, deja al descubierto las papilas prominentes, y esto esplica el dolor y escozor que escita el contacto de las sustancias mas suaves. El gusto está al mismo tiempo pervertido y alterado, la palabra es difícil y los ganglios del cuello están frecuentemente hinchados y doloridos. Existen tambien con frecuencia desórdenes primitivos ó simpáticos de los órganos digestivos. Esta especie de glositis termina casi siempre felizmente; no obstante, se ha visto algunas veces ir seguida de gangrena.

Otras veces parece no afectar la inflamacion mas que al aparato folicular, sobre todo de la base del órgano, y esta es la forma de glositis que Requin llama *papilar*. Las papilas rojas, duras y prominentes, producen en este caso una sensacion de calor y comezon, que se aumenta y llega á hacerse insoportable por poco sabrosos que sean los alimentos. Esta forma de glositis que, como Requin, no la hemos observado mas que en mujeres nerviosas é histéricas, es ordinariamente rebelde.

En la glositis profunda ó parenquimatosa, los síntomas son mucho mas graves: en algunas horas se ve adquirir á la lengua un volúmen tan considerable, y muchas veces tan enorme, que despues de haber llenado toda la boca sale parte de ella fuera de esta cavidad, mientras que su base se estiende hácia la faringe y empuja la epiglottis, produciendo frecuentemente síntomas de asfixia. Se concibe tambien que en estos casos se hayan hecho imposibles la deglucion y la articulacion de los sonidos. En fin, hasta la circulacion cerebral se dificulta extraordinariamente á consecuencia de la compresion de los vasos del cuello, de donde provienen los síntomas apopléticos que presentan algunos enfermos: lá cara está en este caso turgente y azulada, y la parte de la lengua que sale fuera de la boca está tensa, roja ó violada. Los síntomas generales guardan relacion directa con la intensidad de la flegmasia y del desórden de las funciones respiratorias.

La glositis puede ser general ó limitada á la mitad de la lengua; en el último caso se halla el órgano ladéado, por manera que no es la punta, sino el borde inflamado la parte que sale de la boca.

La glositis parenquimatosa puede terminar por resolucion, induracion, supuracion y gangrena. La induracion se sostiene á veces largo tiempo, esto es, meses y tambien muchos años antes que se resuelva: M. Graves refiere acerca de esta circunstancia un caso notable. En la terminacion por supuracion, generalmente el absceso se halla en la base de la lengua, por cuyo motivo es á menudo difícil asegurarse de la presencia del pus, pues los enfermos apenas pueden abrir la boca é impide la tumefaccion lingual una satisfactoria exploracion.

Algunos enfermos fallecen de asfixia, la que entonces se verifica en una época poco adelantada aun, es decir, á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas.

*Diagnóstico.*—Despues de lo que acabamos de decir, es evidente que el diagnóstico de la glositis es siempre fácil.

*Pronóstico.*—Facilísimamente se comprende tambien la gravedad que ha de tener el pronóstico cuando se halla inflamado el tejido celular y el carnosos de la lengua, porque luego viene la gangrena que apenas deja esperanza de salvacion: sin embargo, existen en los fastos de la ciencia muchos casos de curacion, á pesar de haber terminado la glositis por gangrena.

*Etiología.*—La glositis superficial reconoce ordinariamente las mismas causas que la estomatitis. Se desarrolla sobre todo por el contacto de cuerpos quemantes, acres y cáusticos. Un hábil médico de Rennes, Toulmouche, ha señalado en la *Gazette médicale* de 1842, como causa frecuente de glositis, ó mas bien de glosio-estomatitis, la mala costumbre de las hilanderas de cáñamo, que se sirven de la saliva para hacer el hilo, y no cesan de tocar con la lengua el cerro y los dedos; así se ve ordinariamente empezar la inflamacion por las papilas que están encarnadas, prominentes, muy sensibles, y se destruyen en seguida por una erosion superficial ó profunda. No dura mas que tres ó cuatro dias esta especie de glositis. La profunda, al parecer rara vez es primitiva; la produce algunas veces una herida del órgano, y con mas frecuencia es efecto de la accion del mercurio: acompaña frecuentemente á la estomatitis mercurial, y á veces se manifiesta como lesion secundaria en ciertas calenturas graves.

*Tratamiento.*—La glositis profunda exige un tratamiento sumamente enérgico, por lo que deberán practicarse una ó varias sangrias copiosas, se aplicarán un gran número de sanguijuelas debajo de la mandíbula inferior, y se insistirá en los revulsivos cutáneos y en los purgantes drásticos. En fin, si los accidentes son tan intensos que el enfermo está amenazado de sofocacion por el excesivo volumen de la lengua, es necesario hacer una profunda escarificacion en toda la longitud de este órgano y que interese la cuarta y mejor aun la tercera parte de su espesor, cuya operacion disminuye frecuentemente la hinchazon con mucha rapidez. Si así no sucede, si es inminente la asfixia, el único recurso que resta todavía, pertenece tambien á la medicina operatoria, y consiste en la laringotraqueotomia. ¿Será necesario añadir que si se ha formado absceso, debe abrirse ya con el bisturí, ya con el vómito que en tal caso provocaremos á beneficio del emético?

La glositis superficial reclama colutorios mucilaginosos que se harán algo astringentes y resolutivos con un poquito de alumbre, acetato de plomo, borax, etc. tan luego como la flegmasia principie á ceder.

## DE LAS ANGINAS.

La palabra *angina* (de *ἀγχο* yo estrangulo) servia para designar, en el lenguaje médico antiguo, todas las dificultades de tragar ó respirar, producidas por una causa existente mas arriba del pulmon ó del estómago. Pero en la actualidad apenas se usa esta espresion mas que para denominar las flegmasias de



las membranas mucosas comprendidas entre la cámara posterior de la boca, el cardias y el origen de los bronquios.

Las anginas han recibido nombres particulares segun su asiento especial, su modo de terminar, su naturaleza y la especie de alteracion que las constituye. Las principales son: las anginas *gutural*, *tonsilar*, *faringea*, *esofágica*, *laríngea*, *traqueal*, *edematosa* y *pseudo-membranosa*; la mayor parte de ellas existen bajo la forma aguda y crónica, y algunas tienen siempre un curso agudo. No debemos ocuparnos aquí mas que de las anginas que tienen su asiento en la faringe ó en el esófago, y estudiaremos las demás cuando tratemos de las flegmasias de las vias aéreas.

*De la angina gutural y faríngea agudas.*

En la angina gutural ocupa la inflamacion la membrana mucosa que tapiza el istmo de las fauces, el velo y los pilares del paladar, la campanilla y las amígdalas.

*Síntomas de la angina gutural.*—Sobreviene ordinariamente sin prodromos, y los enfermos experimentan desde el principio algo de dolor y una sensacion de sequedad en la garganta; la deglucion es difícil y la voz se pone gangosa con frecuencia. Si colocando al enfermo de cara á una ventana ó una luz, se le hace abrir la boca para ver las partes afectadas, apenas se percibe en ellas la tumefaccion; pero la membrana mucosa está roja, reluciente y seca, y despues bañada de un moco viscoso, que á veces se condensa y forma una capa agrisada, sobre todo en las amígdalas. Algunos enfermos sienten una necesidad casi continua de tragar, que depende principalmente de la hinchazon y prolongacion de la campanilla que produce cosquillas en la base de la lengua y tambien algunas veces náuseas y vómitos. En la mayor parte de casos tienen los enfermos un gusto desabrido y amargo, y casi siempre su aliento es desagradable ó fétido. Rara vez deja de alterarse el apetito, y lo mas comun es que se disminuya ó pierda; hay sed, constipacion ó diarrea, y en fin, si la inflamacion es intensa, sobreviene un aparato febril que casi siempre es muy ligero. Despues de haber tomado incremento por uno, dos ó tres dias, disminuye bien pronto la intensidad de los accidentes, y la enfermedad termina por resolucion. Cítanse sin embargo, algunos casos bastante raros en que la supuracion se ha formado en la campanilla ó en el velo del paladar, lo que se reconoce por el volúmen de estas partes y por su color azulado ó blanquecino; ademas, tocándolas con la estremidad del dedo, se siente la fluctuacion, y esta simple presion basta con frecuencia para hacer que se rompa el pequeño absceso. Otras veces se abre al esforzarse para vomitar ó toser.

Esta angina se cura siempre sin dejar accidente alguno, y sin embargo, M. Bérard trae en sus lecciones de fisiologia la historia de una señora que á consecuencia de esta enfermedad quedó con parálisis completa del velo del paladar, en términos que al querer tragar los líquidos se salian por las narices.

*Síntomas de la angina faríngea.*—En la angina faríngea, como lo indica su nombre, la inflamacion ocupa la membrana mucosa de la faringe; pero los síntomas son diferentes, segun que la flegmasia afecta la porcion superior de la faringe, que se ve cuando se abre la boca, ó la parte inferior de este órgano,

que es inaccesible á la vista. En el primer caso hay una sensacion de ardor, de escozor y de sequedad en la garganta; la membrana mucosa está roja, seca, reluciente ó cubierta de un moco agrisado y muy viscoso. La deglucion es menos difícil que en la angina gutural, y no se observa, como en esta, la voz gangosa ni la necesidad de tragar; pero atormenta á los enfermos una *tos gutural*, que les hace espeler, despues de algunos esfuerzos, un moco viscoso que tapiza la pared posterior de la faringe.

Cuando la inflamacion ocupa la parte inferior de la faringe, los enfermos refieren la dificultad y el dolor que experimentan al tragar, al nivel de la abertura superior de la laringe. Les parece á algunos que el bolo alimenticio se detiene algun tiempo en este punto. Los movimientos que se imprimen á la laringe, ó la presion sobre las partes laterales del cuello, aumentan frecuentemente los dolores. La inspeccion de la garganta, aunque se deprima fuertemente la lengua, no puede dejar percibir las partes afectadas. Sin embargo, en algunos casos raros en que la inflamacion se propaga á la epiglottis, se llega, deprimiendo con fuerza la base de la lengua, á percibir este órgano, que es de un rojo intenso, y el cual se asemeja por su color y volúmen á una cereza que tuviese en su centro una depresion longitudinal (V. *Laringitis*).

Un flemon, y lo mismo varios abscesos pueden desarrollarse en el tejido celular de la faringe primitiva ó consecutivamente á la inflamacion de la membrana mucosa. Denominanse estos abscesos *retro-faríngeos*, pueden limitarse á la pared posterior de la faringe y verse y aun tocarse fácilmente cuando el enfermo abre la boca; causan por supuesto dolor y dificultan la deglucion. En algunas ocasiones, empero, el pus se esparce hácia abajo, ya dirigiéndose al pecho, ya permaneciendo en la parte superior de la laringe y comprimiendo la glotis. De esta circunstancia resulta que parece existir el crup ó la angina laríngea edematosa. Toma el pus esta direccion hácia la laringe, cuando el absceso se ha fraguado en las paredes faríngeas laterales. La muerte entonces es efecto de la sofocacion.

La angina faríngea rara vez escita calentura; termina casi siempre por resolucion, despues de una duracion que varia desde un dia hasta varias semanas, y otras veces pasa al estado crónico. Unicamente en casos muy escepcionales acontece que la inflamacion se propague al tejido celular y termine por supuracion. Sus recidivas son muy frecuentes.

*Diagnóstico.*—Los síntomas, y sobre todo la inspeccion de las partes, harán siempre fácil el diagnóstico de las anginas gutural y faríngea. Sin embargo, debe evitarse en los niños recién nacidos el tomar por una inflamacion la rubicundez natural de la garganta que existe muchas veces en ellos durante los diez ó doce primeros dias; pero se distingue de la que es inflamatoria, en que jamás produce calentura, y tampoco está acompañada de ninguna dificultad notable en la deglucion.

Cuando la flegmasia ocupa la parte mas inferior de la faringe, como entonces la vista no alcanza á descubrirla, podria haber alguna duda acerca del sitio del mal; pero la tos gutural y la dificultad de la deglucion aclararán el diagnóstico, aunque alguna ronquera señalase haberse prolongado la inflamacion á la laringe.

Mucho mas difícil es asegurarse de la existencia de los abscesos retrofarín-



geos; y no conociéndola, se puede sospechar un crup ó una angina laringea. Al tratar de estas afecciones nos ocuparemos otra vez de semejante diagnóstico diferencial; advirtiendo ahora que siempre que parezca existir alguna enfermedad en la laringe, conviene sobre manera examinar cuidadosísimamente la faringe, y si se nota en algun punto de la misma un tumor blando con fluctuacion, permaneciendo naturales la epiglotis y parte superior de la laringe, muy racional será atribuir á la coleccion purulenta los accidentes de sofocacion que existen. Se esplorarán con igual cuidado las regiones laterales del cuello, porque muchas veces la fluctuacion del pus se ha conocido por fuera.

*Pronóstico.*—El pronóstico casi nunca es grave: deberá serlo únicamente en los casos, á la verdad raros, de abscesos retro-faríngeos, cuyo pus habiéndose bajado comprima la glotis, segun el notable ejemplo referido por el doctor Ballot en los *Archives générales de médecine* de 1841, t. XII.

*Etiología.*—Las anginas faríngeas y guturales, son sobre todo comunes en los niños y los jóvenes, frecuentes en la primavera, y producidas muchas veces por la accion de vapores irritantes y por el contacto de cuerpos demasiado calientes ó frios. Pero sus causas mas frecuentes son las vicisitudes atmosféricas y el enfriamiento del cuerpo: tambien reinan con frecuencia epidémicamente.

*Tratamiento.*—Las bebidas dulcificantes, los gargarismos emolientes, algunos pediluvios irritantes, y un laxante, son los únicos medios activos que se emplean en el tratamiento de la angina gutural y faríngea. Es inútil decir que deberá auxiliarse la accion de estos medios por el reposo en medio de una temperatura uniforme, y por la dieta si hubiese calentura, en cuyo caso podria aun ser útil una sangría. En fin, se combatirán con una medicacion apropiada las complicaciones que pudieran existir; y la mas frecuente, que es un embarazo gástrico, exige la administracion de un vomitivo. Se han alabado en el período mas agudo los astringentes, y especialmente el alumbre; pero hablaremos del uso de estos medicamentos al tratar de la amigdalitis.

Si se ha reconocido un absceso retro-faríngeo, se dará inmediatamente libre salida al pus con el bisturí, con el faringotomo ó con la administracion de un emético. Siendo el foco del pus muy difuso ó tal vez inaccesible, y ahogándose el paciente, no hay otro remedio que abrir al aire una via artificial practicando la laringo-traqueotomia.

#### *De las anginas guturales y faríngea crónicas.*

Las anginas gutural y faríngea pueden ser crónicas, cuyo estado es unas veces primitivo, y otras consecutivo á la forma aguda.

La angina gutural ó faríngea crónica, en cuya esplicacion insistia muchísimo M. Chomel en sus lecciones clínicas, está caracterizada por una coloracion violada ó azulada de la membrana mucosa, que muchas veces presenta un salpicado rojo, y unos mamelones de un encarnado bajo ó azulado, notables especialmente en la pared posterior de la faringe. Al mismo tiempo se quejan los enfermos de ardor en la garganta, y de una sensacion de sequedad en esta parte. La deglucion es difícil y dolorosa, especialmente por la mañana y al principio de cada comida. Los esputos que solo son arrojados despues de muchos esfuerzos, son de color pardusco y de configuracion de ovillo. Los excesos en la comida y los cam-

bios atmosféricos comunican incremento á todos los síntomas indicados. Mucho sufren los enfermos para hablar ó cantar, y los sonidos, especialmente los agudos, se perciben alterados. La angina gutural y la faríngea pueden tener muy larga duracion, persistiendo meses y años enteros. Durante su curso crónico, revisten de tiempo en tiempo la forma aguda y algunas veces terminan entonces por resolucion de una manera definitiva (V. para complemento *Sifilis constitucional de las membranas mucosas*).

Combatiremos las anginas guturales y faríngeas crónicas con gargarismos astringentes y alumbre en polvo insuflado en la garganta. Si la superficie enferma está mamelonada ó granugienta, se la tocará ligeramente con nitrato de plata ó ácido clorhídrico puro. Sin embargo, antes de esta cauterizacion que muchísimos enfermos detestan, se ordenarán gárgaras de las *Eaux-Bonnes* y aun mejor de las aguas naturales de *Enghien*, de las cuales podrán beber los enfermos uno ó dos vasos todos los dias en ayunas. Aconsejamos estas aguas que creemos indicadísimas, porque los enfermos de quienes tratamos, suelen tener ademias de la inflamacion faríngea erupciones crónicas de la piel. Se terminará el tratamiento con la administracion de algunos purgantes, y se prescribirán baños de vapor, con el objeto de hacer en la piel una fuerte revulsion.

### *De la amigdalitis ó angina tonsilar.*

SINONIMIA.—Esquinancia, inflamacion de las amígdalas.

La amigdalitis ó inflamacion de las amígdalas, está caracterizada por la tumefacción, la dureza y la rubicundez de estas glándulas, acompañada de calor y sequedad de la garganta, y de mayor ó menor dificultad en la deglucion. Puede ser aguda ó crónica.

*Anatomía patológica.*—En los casos raros en que se examinan anatómicamente las amígdalas inflamadas, se halla aumentado su volúmen, y roja é inyectada su superficie. La mucosa, engrosada y friable, está á veces cubierta de falsas membranas. Las criptas, cuya aglomeracion constituye al parecer la amígdala, están hinchadas, y de su orificio, muy perceptible, se hace salir por la presion un líquido viscoso y rojo, ó bien está llena su cavidad de falsas membranas ó de una materia sebácea concreta, que se hace salir fácilmente, y que exhala un olor fétido. Pero por lo comun, atacando la flegmasia simultáneamente al tejido celular sub-mucoso é interfolicular, se halla el de la glándula endurecido y friable, y muchas veces existen en su espesor abscesos simples ó múltiples. En fin, es mas raro que esté todo el tejido del órgano azulado, reblandecido y evidentemente mortificado. Los caracteres anatómicos de la forma crónica de la amigdalitis, son: la induracion y el aumento de volúmen de la amígdala. El tejido celular está engrosado y endurecido; los folículos hipertrofiados; sus cavidades son mayores; su orificio dilatado, y contienen una materia sebácea que tiene la consistencia y el olor del queso podrido. En la forma aguda, se observa con frecuencia que la flegmasia se ha propagado á la laringe, ó por lo menos á la epiglotis, la cual está dura, redondeada, azulada ó roja, y, como dejamos dicho, semejante á una cereza gruesa.

*Síntomas.*—La amigdalitis no es precedida por lo comun de prodromos, ó



son estos muy ligeros; así, los enfermos se quejan de una sensación de calor y sequedad en la garganta, y de dificultad y dolor al deglutir; bien pronto se exacerban los síntomas, el dolor se exaspera comprimiendo exteriormente, y la secreción de la saliva, que se hace mas abundante, y el aumento de volumen de las amígdalas, escitan frecuentes movimientos de deglución, como lo indican los gestos y contorsiones de la cara, que son efecto del dolor mas ó menos vivo que experimentan los enfermos. En un grado mas avanzado, puede aun llegar á hacerse enteramente imposible la deglución; en tales casos, las bebidas no franquean el istmo de la garganta, y si llega á la faringe una porción del líquido, escita frecuentemente las contracciones espasmódicas del órgano, lo que las hace refluir por la boca ó las narices. Casi todos estos enfermos tienen una tos gutural muy molesta, que aumenta considerablemente los dolores, y se les ve arrojar, despues de un número mayor ó menor de sacudidas dolorosas, mucosidades viscosas, opacas ó amarillentas, segregadas por la membrana mucosa inflamada. La boca exhala en esta afección un olor desagradable; la voz está ronca, y en la mayor parte de casos ahogada, y parece que sale de la garganta. La exploración de esta parte, manifiesta, que las amígdalas están mas voluminosas, y se presentan bajo la forma de dos tumores rojos y duros, que obstruyen mas ó menos completamente el istmo de las fauces, y no están separados el uno del otro mas que por el velo del paladar, que aparece rojo é hinchado, y al cual rechazan hácia delante, como tambien á los pilares anteriores. Se encuentran á veces en las superficies algunas concreciones amarillentas, irregulares, y mas ó menos íntimamente adheridas á ellas. La exudación, como hemos visto, es pultácea y blanquecina en la amigdalitis que acompaña á la mayor parte de las escarlatas. Las mas veces tienen un volumen desigual las dos amígdalas, y algunas solo forma prominencia una de ellas, desviando en este caso la campanilla al lado opuesto. Esta exploración no es siempre fácil, porque sucede con frecuencia que los enfermos no pueden abrir la boca, por haberse estendido la flegmasia á todas las partes inmediatas, y por la tumefacción y el dolor que sienten en los ganglios sub-maxilares. Se observa tambien que la mayor parte de los enfermos experimentan un dolor mas ó menos vivo en un oído, ó en ambos á la vez, cuando la flegmasia ha invadido el orificio faríngeo de las trompas de Eustaquio. Este dolor, que se calma casi siempre comprimiendo el oído con la palma de la mano, unas veces es constante, y otras solo se siente en el acto de la deglución; va acompañado á menudo de zumbidos, de dureza del oído, de sordera completa, ó de una crepitación particular, efecto todo del obstáculo que la tumefacción de los tejidos opone á la libre circulación del aire. Por poco intensa que sea la amigdalitis produce malestar, cefalalgia, y una calentura mas ó menos viva; la lengua está blanca, la boca pastosa, hay sed, inapetencia, y se observa muy á menudo el conjunto de síntomas que caracteriza al estado bilioso ó gástrico. Sin embargo, algunos enfermos, aunque atacados con bastante violencia, no tienen calentura, y conservan el apetito, pero no pueden satisfacerle; en otros, el dolor no es agudo mas que al principio de la comida, siendo con frecuencia muy leve al acabar, lo que puede esplicarse acaso diciendo que los primeros alimentos han ensanchado el paso, desembarazándole de las mucosidades que le obstruían y habituado á las partes inflamadas al contacto de los cuerpos es-

traños. Los síntomas locales que acabo de describir, como el dolor de garganta y de oídos, no existen mas que en un solo lado, cuando la inflamacion se limita á una de las amígdalas. La intensidad de los síntomas varía segun la estension ó la gravedad de la flegmasia y el volúmen que adquieran las amígdalas. Asi acabamos de ver que puede existir la amígdalitis casi sin menoscabo de la salud general, al paso que otras veces va acompañada de los mas graves accidentes. Asi que cuando las agallas se encuentran tan voluminosas, que se tocan por su borde interno, de modo que constituyen un obstáculo insuperable á la entrada del aire, los enfermos tienen una ansiedad estrema; la respiracion es frecuente y difícil, la hematosi incompleta, la cara está bultuosa y azulada, y los ojos prominentes; en fin, sobreviene la muerte, ya con los síntomas de asfixia, ya con los de una congestion cerebral. Es por otra parte muy raro que termine de este modo la enfermedad.

*Curso, terminaciones y duracion.*—La amígdalitis tiene un curso generalmente bastante rápido. Lo mas comun es que la inflamacion ocupe simultáneamente las dos amígdalas, pero no con la misma intensidad; algunas veces ataca á una de ellas solamente, y hasta varios dias despues, ó aun al verificarse en esta la resolucion, no se afecta la otra: se limita la enfermedad á una sola amígdala, en cerca de una novena parte de casos. Sea de esto lo que quiera, del cuarto al quinto dia adquiere generalmente esta flegmasia su máximo de intensidad, y despues de quedar estacionaria por algunos dias, declina. La deglucion es menos penosa; la voz adquiere su timbre; el moco que lubrica las partes inflamadas es mas espeso, opaco y amarillento, desprendiéndose con pocos esfuerzos, y su espulsion va acompañada de alivio. Al mismo tiempo las amígdalas disminuyen de volúmen, y desaparece el color rojo: entonces se dice que la enfermedad se ha terminado por resolucion. Sin embargo, en el mayor número de casos, despues de haber cedido completamente el dolor y la disfagia, la garganta conserva todavía la rubicundez, y las amígdalas un aumento notable de su volúmen, y con frecuencia, hasta despues de mucho tiempo, no vuelven á su estado primitivo. La resolucion es la terminacion casi ordinaria de la enfermedad; en efecto, solo en casos escepcionales se observa la supuracion. Cuando esta sobreviene, los síntomas inflamatorios llegan á su mayor intensidad, y la hinchazon es considerable; despues se calman los dolores, y de lancinantes que eran, se hacen gravativos; luego se ve elevarse en punta y blanquear un punto de la amígdala, en el que se percibe la fluctuacion, tocándole con el dedo, y basta entonces la menor presion para romper las paredes del absceso. Esta evacuacion es con frecuencia espontánea, y mas comunmente provocada por las sacudidas de la tos ó del vómito. Los enfermos sienten de pronto que se les humedece la boca, y al escuchar, se aperiben de que arrojan un pus flegmonoso ó rojizo, inodoro ó muy fétido. Su cantidad puede ser bastante considerable algunas veces, para producir por su irrupcion repentina accidentes de sofocacion. Otras veces, por el contrario, sea que el pus exista en pequeña cantidad ó que fluya por un conducto estrecho, podria pasar desapercibida la abertura del absceso, si no llamasen la atencion el gusto desagradable que sienten los enfermos y el olor fétido que exhalan. En general, se mitigan pronto los síntomas, sin que se observe por esto una disminucion proporcionada del volúmen de los tumores. El absceso de



las amígdalas se abre casi constantemente en la boca: efectivamente, solo se citan casos muy raros en que haya formado prominencia al exterior. Aun se le ha visto algunas veces despegar en una grande estension los músculos del cuello, y llegar á la region sobre-hioidea y hasta encima de la clavícula: tres veces lo ha visto M. Velpeau. Hay un accidente, por fortuna muy raro y que no he observado mas que una vez: consiste en una hemorragia fulminante que mata en un momento, siendo producida por la inflamacion que invade y ulcera la carótida interna, distante tan solo diez ó doce líneas de la glándula amígdala. Tambien es rara la terminacion de la amígdalitis por gangrena, la que está caracterizada por el olor fétido, la lividez y el color pardusco de la amígdala, que se desprende en forma de detritus. Despues de este modo de terminacion y de la rotura del absceso, es cuando especialmente se observan ulceraciones profundas de la amígdala, las cuales casi nunca son primitivas, á no ser que dependan de una afeccion venérea. (V. *Sífilis constitucional*.) En fin, la amígdalitis puede pasar al estado crónico, y esta es la terminacion por induracion. En tal caso, las amígdalas se hallan mas ó menos voluminosas y duras; la deglucion es habitualmente difícil; la voz menos perfecta aunque algunas veces está natural; el oido es duro, y el aliento muy fétido, sobre todo al tiempo de despertarse. En fin, los enfermos experimentan varias veces al año recidivas; es decir, que su enfermedad pasa momentáneamente al estado agudo. Esta forma se observa sobre todo con frecuencia en los niños, y segun Dupuytren ocasiona en los jóvenes esa deformidad del tórax, que consiste en el acortamiento de la pared anterior, la curvadura del dorso y el aplanamiento de las costillas, que él esplica por los esfuerzos de los músculos inspiradores, en razon del obstáculo que oponen á la respiracion las amígdalas voluminosas. Estas ideas del príncipe de los cirujanos dadas á conocer por él mismo en 1827 (1), han sido aplaudidas y sostenidas por muchos observadores, especialmente por M. Coulson en Londres, por M. Warren en Boston y en época muy reciente por el doctor Robert, quien en un escrito que publicó en 1843 en el *Bulletin de therapeutique* establecia, que el infarto crónico de las glándulas amígdalas en los niños, causaba ademas de la mala configuracion torácica, muchos otros accidentes, siendo los principales la debilidad de oido y una rebelde tos gutural. Añadia aun que estando comprimido hácia arriba el velo palatino, no se verificaba con libertad la respiracion por las narices, de lo que dependia esa cara atontada que presentan los pobres niños obligados á tener constantemente la boca entreabierta para respirar. Sus narices no desempeñando la interesante funcion de servir de pasaje al aire atmosférico, tampoco se desarrollan como es debido y se quedan muy pequeñas. A mi parecer, tanto Dupuytren como Robert, exageran las consecuencias de la angina que estudiamos. Opino que únicamente pueden depender de ella la sordera y la tos gutural: la disposicion de las narices, la de la arcada dentaria y del paladar, se me figuran congénitas, y la deformacion del pecho, hija del raquitismo. Por fin, la materia sebácea acumulándose en las amígdalas inflamadas, puede ser causa del aliento fétido.

La amígdalitis dura por término medio de ocho á diez dias; sin embargo, no es raro que se prolongue hasta el fin del segundo septenario y aun puede pasar

(1) *Répertoire d'anatomie et de physiologie*.

del tercero; pero ha solido haber entonces recrudescencias. La amigdalitis es una de las enfermedades cuya recidiva es mas frecuente sobre todo en ciertos individuos.

*Diagnóstico.*—Es inútil insistir en este lugar en el diagnóstico de la amigdalitis, porque jamás puede ofrecer dificultad. La inspeccion de la boca patentiza el sitio y la naturaleza del mal. Cuando no fuera posible á los pacientes separar las mandibulas, lo necesario para descubrir las amígdalas, tambien se podria comprender que están inflamadas por el dolor de garganta, y de oídos, por la facilidad con que se aumenta ejerciendo una presion en las regiones de aquellas glándulas por la parte exterior, y finalmente por la dificultad de tragar. Si hay intensa calentura, seremos muy cautos en formar el diagnóstico, pues entonces la angina podria ser un epifenómeno, un prodromo de la escarlata.

*Pronóstico.*—No ha de ser grave sino cuando existe fuerte calentura, cuando hay síntomas de congestion cerebral ó accidentes de sofocacion. Tambien es circunstancia funesta la gangrena. En resúmen, puede afirmarse que la amigdalitis, constituye una de las enfermedades agudas que menos veces termina por la muerte.

*Etiología.*—La amigdalitis, rara en los recién nacidos, es comun en la segunda infancia; pero cuando se presenta con mayor frecuencia es de quince á treinta años, y raras veces despues de los cuarenta. Los dos sexos están igualmente predisuestos á ella; pero se ignora la influencia que ejercen los temperamentos. Es mas comun en la primavera, que en el otoño; reconoce las mismas causas ocasionales que la angina gutural y faríngea, y aun con mayor frecuencia que esta, reina epidémicamente. Es inútil recordar que la amigdalitis sobreviene á menudo en el curso de la escarlata, algunas veces en el sarampion, en ciertas epidemias de parótidas, etc.

*Tratamiento.*—Se ha propuesto hacer abortar la amigdalitis, cauterizando con piedra infernal las partes enfermas. Los doctores que mas han aconsejado y elogiado semejante práctica son: Palais, (1) Durant, (2) y Herpin, (3). Dice este último, que á beneficio de una ó dos cauterizaciones practicadas en los dos ó tres primeros dias de la inflamacion, con el intervalo de veinte y cuatro horas de la una á la otra, se puede prevenir la supuracion sin necesidad de ningun otro agente terapéutico. Este método ni tiene muchos secuaces, ni reúne á favor suyo hechos suficientes, ni es aplicable mas que al principio del mal. Inoportuna seria toda cauterizacion, cuando la flegmasia estuviese adelantada. En el mayor número de casos, la amigdalitis cede al uso de una medicacion poco enérgica, como la que hemos indicado para la angina gutural. No obstante, cuando hay calentura, el dolor es muy vivo, y las amígdalas han adquirido un volúmen considerable, se deberán practicar una ó varias sangrías generales, que dehen preferirse á las locales, como las aplicaciones de las sanguijuelas al rededor del cuello, porque aquellas alivian mas pronta y completamente que estas últimas como lo ha demostrado M. Louis en sus *Recherches sur les effets de la saignée dans les flegmasies*. Sin embargo, en las anginas graves, en que la sofocacion es inminente, deberán combinarse estas dos especies de medios. Es

(1) *Bulletin de therapeutique* t. XIII pág. 381.

(2) *Journal de médecine de Lyon*. 1845.

(3) *Union médicale*. 1852.



preciso emplear al mismo tiempo los revulsivos al exterior, como los sinapismos, y al interior como las lavativas purgantes, y mejor todavía un emetocático, si fuese aun posible la deglucion. Este medio es útil, no solo por los efectos revulsivos que produce, sino tambien por las sacudidas del vómito, durante las cuales las amígdalas están fuertemente comprimidas por los músculos de la faringe, que esprimen los fluidos infiltrados en ellas y favorecen su resolucion. Nada diremos de las sanguijuelas aplicadas á las mismas amígdalas, ó de las escarificaciones de su tejido por medio de diversos instrumentos; porque estos medios, muy difíciles de emplear, producen las mas veces efectos contrarios á los que nos proponemos. Tambien repruebo las cantaridas aplicadas alrededor del cuello, que con mucha frecuencia ordenaban los médicos del siglo anterior, aunque debo exceptuar los casos de sofocacion.

La forma de la enfermedad, sus complicaciones, y su modo de terminacion, dan tambien margen a indicaciones precisas. Así, la reaccion inflamatoria, obligará muchas veces al médico a insistir mas en los antiflogísticos; del mismo modo en ciertas constituciones medicas en que casi todas las anginas se complican con un estado bilioso (*anginas biliosus* de Stoll), debe recurrirse á los eméticos y á los purgantes. Estos medicamentos, no solo hacen desaparecer los sintomas gastricos, sino que tambien ejercen una influencia benéfica, y las mas veces muy rapida sobre la misma garganta, como si existiese una relacion muy intima entre la flegmasia y la complicacion que sobreviene por parte de los órganos digestivos.

Cuando se reconoce que la amigdalitis ha terminado por supuracion, es necesario apresurarse á dar salida al pus, sea introduciendo el dedo en la garganta y desgarrando con la uña el punto fluctuante, ó por medio del bisturi. En fin, á los sujetos pusilánimes, se les administrará un vomitivo, á fin de que las sacudidas que escita y el estado convulsivo de la faringe, ocasionen la rotura del foco. Si se manifestase la gangrena, se deberia investigar la causa; cuando depende de la violencia de la flegmasia, están indicados los antiflogísticos, y si es producida por un estado general particular, se usarán los medios apropiados, se favorecerá la caida de las escaras, y se modificará el estado de las partes por medio de lociones y aplicaciones detersivas y tónicas; como el agua con vinagre ó animada con el ácido hidroclórico, las infusiones de quina etc. Estos mismos medios convienen tambien contra las úlceras consecutivas, suponiendo que no se hallen sostenidas por una causa específica, como la sífilis. Muchas veces se acelerará su curacion tocando la superficie con un cáustico.

Las sustancias astringentes, y particularmente el alumbre, se administran por lo comun en la declinacion de la enfermedad. Entonces puede insuflarse en la garganta por medio de un tubo, ó bien se conduce el remedio á las amígdalas tocándolas con la yema del dedo índice impregnado en él. Produce generalmente el alumbre una disminucion rápida en el volumen del órgano, porque aplicado como acabo de manifestar, obra no solo por sus propiedades astringentes, sino tambien escitando fuertes náuseas y un estado de contraccion espasmódica de los músculos de la faringe, durante la cual se comprimen las amígdalas. Algunas personas han querido usar el alumbre, aun en el estado agudo; pero nosotros no creemos que deba seguirse esta práctica, ó al menos generalizarla demasiado, porque hemos visto bastantes veces aumentarse los accidentes infla-

uorios, y durar mucho la enfermedad, por el uso prematuro de esta sustancia.

Los medios que únicamente conviene oponer á la amigdalitis crónica, son los astringentes y revulsivos intestinales, pero cuando se prolonga indefinidamente y está hipertrofiado el tejido de las amígdalas, es menester recurrir á la estirpacion de estos órganos: (para los detalles de la operacion, V. las obras de cirugía).

### *De la angina pseudo-membranosa.*

SINONIMIA.—Ulcera siriaca, angina lardácea, gangrenosa, difterítica, maligna.

La angina pseudo-membranosa es una inflamacion específica que ocupa comunmente las amígdalas, el velo del paladar y sus pilares, propagándose casi siempre á la faringe, con frecuencia al esófago y parte superior de los conductos aéreos, y caracterizada por la formacion en las partes enfermas de una falsa membrana generalmente grisienta, presentando mucha tendencia á invadir las partes próximas, con tumefaccion de los ganglios sub-maxilares y un aparato de síntomas generales mas ó menos graves.

*Historia.*—Bajo el nombre de angina maligna, úlcera siriaca ó egipcia se cree que Areteo describiese la enfermedad en cuestion. Sus sucesores, sin embargo, apenas hicieron mencion de ella, y casi hasta principios del siglo XVII no se la describió, siendo los primeros Nola, (1) Villareal (2) y otros médicos españoles é italianos. Pero los trabajos mas notables son los que se emprendieron hácia mediados y fin del siglo XVIII por Malouin, (3) Astruc (4) y Chomel (5) y sobre todo por Sam. Bard de Nueva-York (6), cuyas opiniones han sido reproducidas y comentadas con gran talento por el doctor Bretonneau, que (entre nuestros contemporáneos) es quien mas ha ilustrado la historia de la angina difterítica (7). Tal vez con razon ha tratado el célebre médico de Tours de referir á esta enfermedad todo lo que los antiguos habian dicho de las anginas gangrenosas, no obstante, seria injusto reprochar la existencia de estas últimas que solo son escesivamente raras, y constituyen ademas una afeccion enteramente distinta de la que nos va á ocupar. (Véase la clase de las gangrenas).

*Anatomía patológica.*—Como dejamos dicho, la angina lardácea, está anatómicamente caracterizada por una concrecion grisienta ó blanquizca, tomando un tinte negruzco cuando hay exhalacion sanguinolenta. Se adhiere con mas ó menos fuerza al cuerpo mucoso, y está por consecuencia subyacente á la epidermis; mas en el cadáver siempre se encuentra destruida, y la falsa membrana en inmediato contacto con el aire. Su disposicion es en chapas irregulares formando por todas partes una capa casi uniforme de espesor diferente ( $\frac{1}{3}$  á  $\frac{1}{2}$  línea y mas); algunas están compuestas de muchas láminas sobrepuestas, otras son tan delgadas, que dejan ver el color de la mucosa, y no se notarian, si no se

(1) *De epidemica flegmone anginosa grassante Neapoli. Venetiis* 1840.

(2) *De signis causis et curatione morbi suffocantis*, 1641.

(3) *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1747, 1748, 1749.

(4) *Lettre sur l'espèce de mal de gorge gangréneux qui a régné parmi les enfans en 1748.*

(5) *Dissertation sur l'espèce de mal de gorge gangréneux.* Paris, 1759.

(6) *Recherches sur l'angine suffocante.* Obra traducida del inglés por Ruette.

(7) *Inflammations spéciales des tissus muqueux et en particulier de la diphtheritis*, 1825.



examinase la garganta con atención. La mucosa que la segrega está roja, equimosa, alguna vez escoriada, pero nunca mortificada ni ulcerada. Existen por lo tanto puntos deprimidos y que simulan ulceraciones; pero esto depende únicamente, ya del abotagamiento de la mucosa que hay en todo el rededor de la chapa, ya del grado de adherencia de la falsa membrana, que puede producir el hundimiento ó encogimiento de la parte en que se desarrolla, lo cual se observa notablemente en el velo del paladar y amígdalas, que sufren á veces una verdadera atrofia. En la mayor parte de los casos que terminan de un modo funesto, ha invadido la falsa membrana toda la laringe, y aun muchas veces las fosas nasales; los ganglios submaxilares están siempre aumentados de volumen, rojos, reblandecidos ó friables, y alguna vez supurados.

Rilliet y Barthez han descrito tambien una forma de angina pseudo-membranosa que apareciendo en el curso de otras enfermedades graves, se presentaria con caracteres particulares: así que la mucosa estaria corroida ó ulcerada. Pero en esta angina yo no veo nada de específico; las falsas membranas no tienen tendencia alguna á estenderse, y no se parecen á las que hemos visto en la angina difterítica comun. Tampoco hay nada que pruebe el carácter contagioso de la afección.

*Síntomas.*—Por lo general empieza la enfermedad como una angina ordinaria, excepto que el dolor es casi siempre menos vivo, la deglución menos incómoda, y comunmente la calentura poco intensa; con todo, en algunos casos se verifica lo contrario. Este primer período es muy corto, porque pronto aparecen sobre las amígdalas, el velo del paladar y la faringe, concreciones grisientas ó de un blanco amarillento, bastante relucientes, irregularmente circunscritas, y cuya formación es precedida algun tiempo del aumento de volumen de los ganglios submaxilares, que se ponen dolorosos; otras veces la ingurgitación ganglionaria se efectúa simultáneamente á la formación de las chapas. Se ha visto tambien en varios casos raros sobrevenir parótidas (S. Bard y Bourgeoise). El estado de los ganglios se halla en relacion con el número y extensión de las concreciones; estas, que en algunas horas pueden cubrir todo el istmo de las fauces, están generalmente rodeadas de un círculo rojizo ó violáceo, y parecen mas delgadas en su circunferencia que en el centro, donde se presentan como abombadas. Encuéntranse semi-flotantes, y su desprendimiento se verifica frecuentemente entonces por una exudación sanguínea que las colora de negro, y contribuye á dar á la boca y al aliento el olor fétido y nauseabundo que por espacio de muchos siglos ha hecho creer en la existencia de una gangrena. Estas chapas así separadas pueden reemplazarse por otras que son comunmente mas blancas y delgadas que las primeras. La existencia de las concreciones estendidas de este modo, está acompañada de un vivo dolor: en ocasiones continúa este siendo poco intenso; pero la deglución es en extremo penosa. Independientemente de los síntomas ya espuestos, se observan tambien otros que indican la propagación de las falsas membranas á partes inaccesibles á la vista. Así que cuando las fosas nasales, y sobre todo las conchas, se hallan invadidas por las concreciones, los enfermos tienen epistaxis y una exhalación sero-sanguinolenta muy fétida por la nariz; lo mismo que si son atacadas las vías aéreas, desde luego se observan algunos golpes de tos, una respiración sibilosa, un dolor al nivel de la laringe y al momento la afonía, etc., en fin, los

accidentes de sofocacion que caracterizan el crup. Los síntomas generales y simpáticos que sobrevienen en seguida, denotan una enfermedad grave: así es que la cara espesa el abatimiento y mucho padecer, el pulso es frecuente, pequeño y contraído, hay postracion de fuerzas, astriccion ó una diarrea fétida y vómitos biliosos. Por último, se forman producciones difteríticas á menudo en diversas partes del cuerpo, como en la concha ó detrás de la oreja, alrededor de la nariz, en el pezon, los labios, la márgen del ano, la vulva y sobre los puntos de la piel que han estado anteriormente escoriados ó ulcerados.

*Curso, duracion, terminaciones.*—La angina lardácea tiene siempre una marcha rápida; puede tener un éxito funesto del tercero ó del cuarto dia, pero comunmente no se termina antes de concluir el primero ó segundo septenario, y se prolonga alguna vez hasta el dia vigésimoquinto. La muerte es casi siempre producida por la estension de la falsa membrana á la laringe, y mas rara vez por una neumonia intercurrente. Cuando se verifica la curacion, los síntomas generales disminuyen de intensidad al mismo tiempo que las chapas se desprenden por colgajos, ó bien sufren una especie de reblandecimiento; y en este caso son espelidas por esfuerzos de tos, bajo la forma de una papilla parduzca y fétida. El mayor número de veces no se reproducen, y si vuelven á aparecer en algunos puntos, son menos espesas y mas blancas que las de la primera formacion; otras veces, lejos de separarse las falsas membranas, se adhieren por el contrario con mucha fuerza, y despues desaparecen poco á poco, ya sea desgastándose ó bien por absorcion. La ingurgitacion ganglionaria se resuelve á la vez; sin embargo, si la inflamacion ha durado cierto tiempo, no es raro que alguno de estos tumores supure, y entonces resultan verdaderos bubones.

*Diagnóstico.*—La falsa membrana distingue lo suficiente á la angina lardácea, de la faringitis y amigdalitis simples. Con todo, hemos dicho que en estas últimas solian formarse pequeñas concreciones membraniformes; pero difieren de las que sobrevienen en la angina lardácea porque son siempre circunscritas y no tienen tendencia á estenderse. En fin, los ganglios sub-maxilares no están desarrollados ó lo están muy poco. Creemos inútil establecer el diagnóstico diferencial de la angina lardácea y el de la llamada de Fothergill ó mal de garganta de Huxham, porque estas dos afecciones me parecen idénticas: solo la angina de Fothergill y de Huxham parece haberse propagado rara vez á la laringe y coincidir siempre con una erupcion escarlatinosa anómala. La angina faríngea acompañada de secrecion morbosa que se observa en ciertas escarlatas con muchísima frecuencia, y que á su debido tiempo dijimos llevar el nombre de angina pultácea, se diferencia clarísimamente de la pseudo-membranosa. En aquella la exudacion blanca, parecida al queso, permanece encima del tejido casi sin la menor adherencia, en términos que se la quita como á una materia pulposa, de la membrana en que está y cuyo color es rojo de frambuesa. Muy diversa la concrecion, de la angina difterítica, es en primer lugar pardusca, y en segundo adherente con inmensa tendencia á propagarse á las vías respiratorias, al paso que la de la pultácea casi siempre se limita á la cámara posterior de la boca. Cuando tratemos de las gangrenas esplicaremos la manera de distinguir la angina difterítica, de la gangrena de la faringe. Por lo que respecta á la faringitis ulcerosa, que como la sifilítica se desarrolla bajo la influencia de causas específicas, se la puede conocer por la sustancia amarillenta y fétida que se desprende



de la superficie del tejido enfermo, dejando en pos una solucion de continuidad manifiesta y circunscrita por bordes duros y prominentes, mientras que en la angina lardácea, quitada la pseudo-membrana, no se descubre ninguna solucion de continuidad en la mucosa.

*Pronóstico.*—La angina lardácea es una enfermedad muy grave, con especialidad en el estado epidémico. La postracion de fuerzas, y sobre todo los signos que indican la estension de la enfermedad á las vías aéreas, son de muy mal agüero y anuncian un peligro próximo. La enfermedad es tanto mas grave, cuanto mas jóven es el sugeto.

*Etiología.*—La angina lardácea no respeta ninguna edad; pero ataca especialmente á la infancia, las mujeres parecen estar mas sujetas á ella, un temperamento linfático y una constitucion débil predisponen á padécerla. Comun en todos los paises, reina de vez en cuando epidémicamente. Es mas frecuente en las estaciones húmedas y en los lugares bajos y mal ventilados: estas últimas condiciones, esplican alguna vez el desarrollo, en apariencia espontáneo, de la enfermedad en los conventos y en los colegios donde afecta ordinariamente un gran número de individuos. Sin embargo, no es preciso esplicar siempre la propagacion de la enfermedad á una porcion de personas, solo por la infeccion de los lugares, sino tambien por un efecto contagioso, como lo demuestran por otra parte numerosas observaciones recogidas por Bretonneau, Ribes, Trouseau, Bourgeoise, Gersant, etc. El contagio es sobre todo activo en los tiempos de epidemia.

*Tratamiento.*—Los revulsivos cutáneos, los purgantes, las bebidas mucilaginosas, los gargarismos y emisiones sanguíneas que hemos aconsejado en la angina simple, no constituyen en la forma lardácea sino medios auxiliares de una eficacia dudosa. No obstante, la sangría puede ser útil y se la debe practicar siempre que la reaccion febril sea viva y el estado del pulso lo permita; pero es necesario proceder siempre con prudencia, atendiendo á los síntomas adinámicos que sobrevienen en un período aun poco adelantado de la enfermedad. Acaso por esto deberia uno abstenerse comunmente de la sangría general y preferir las locales. Los emeto-catárticos se hallarán sobre todo indicados porque son útiles á la vez, ya por su efecto revulsivo, ya porque provocan la espulsion de las falsas membranas. Sin embargo, no hay otro medio de impedir que se estiendan estas últimas, sino modificando las superficies por la cauterizacion. Esta se practicará con una disolucion concentrada de nitrato de plata, (una dracma por onza de agua destilada) ó bien por medio del ácido hidroclicórico, puro ó mezclado con una tercera ó una cuarta parte de miel rosada. Se puede asimismo verificar la cauterizacion con un pedazo de piedra infernal colocado en el porta-cáusticos, ó se insuflará el alumbre pulverizado. El proceder de cauterizar con el porta-cáusticos exige gran precaucion, porque es muy fácil que el cilindrito de nitrato de plata se rompa y caiga un pedazo en el estómago, determinando luego accidentes mortales. Tambien cauterizan algunos con cloruro de cal ó de sosa, y hasta con preparados mercuriales, v. gr.: calomelanos, precipitado rojo, etc. Estas cauterizaciones y aplicaciones serán mas ó menos frecuentes segun la mayor ó menor tendencia que tenga la enfermedad á propagarse. En muchos casos bastarán una ó dos al dia, en algunos, sin embargo, hay necesidad de cinco ó seis. Despues de cada una de ellas, y en su intervalo, se

procurará que los enfermos hagan gargarismos con líquidos mucilaginosos ó ligeramente deterstivos, á fin de disminuir la irritacion de las partes. Frecuentemente conviene entonces administrar los emeto-catárticos. Si la enfermedad va acompañada de accidentes tifoideos con postracion y tendencia á las hemorragias, se sostendrán las fuerzas por medio de los tónicos, mereciendo la quina el primer lugar. Si las falsas membranas exhalasen un olor fétido y si (como hay por otra parte un ejemplo en la obra de Bretonneau) sobreviniese la gangrena, se tocarian las partes con una mezcla del cocimiento de quina, miel rosada y cloruro de cal. Ademas de este tópicó se emplearia tambien la cauterizacion.

Nada diré de los mercuriales administrados á dosis aproximadas y á título de alterantes (un grano cada dos horas) porque los hechos no abonan semejante práctica: por otra parte graves peligros se originarian de la mercurializacion en el curso de una enfermedad, en que tanto hay que temer el desarrollo de accidentes adinámicos.

*Naturaleza.*—La angina lardácea debe considerarse como una inflamacion específica. La naturaleza de la concrecion, su rápido crecimiento, su pronta reproducción si se la arranca, su aparicion y desarrollo en varias superficies distantes entre sí, en fin, el curso de los accidentes y el carácter contagioso del mal, lo demuestran suficientemente.

#### *De la esofagitis ó inflamacion del esófago.*

No hace mas que veinte años que un doctor sobre manera digno de nuestros recuerdos, M. Mondière, sabio observador, insertó en los tomos XXIV y XXV de los *Archives de médecine* un interesantísimo escrito acerca de la inflamacion del esófago, señalada por Fernel y quizá por algun otro facultativo anterior á este ilustre médico.

*Caracteres anatómicos.*—La inflamacion produce en el esófago alteraciones totalmente idénticas á las que hemos encontrado en la boca y faringe. Asi es que hay una esofagitis simple, caracterizada por la rubicundez, el engrosamiento, reblandecimiento y ulceracion de la membrana mucosa. El mismo tejido celular adyacente puede estar endurecido y supurado. Otras veces se inflaman aisladamente los folículos (*aftas*) ó bien la inflamacion se halla caracterizada principalmente por una exhalacion morbosa de color semejante al del muguete (esofagitis *cremosa*) ó al de la difteritis (esofagitis *pseudo-membranosa*). En estos casos las lesiones del esófago son casi siempre consecutivas á las de la boca y faringe. Por último, la esofagitis puede existir en el estado crónico; pero bajo este nombre se han confundido demasiado frecuentemente lesiones orgánicas muy diversas; asi es que en el estado actual de la ciencia, es imposible trazar sus caracteres anatómicos y precisar los síntomas que pueden distinguirla. Si como acabamos de indicar el tejido celular sub-mucoso puede inflamarse, endurecerse y supurarse, seria regular admitir tambien la esofagitis *flegmonosa*.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—La historia sintomática de la esofagitis aguda, se halla todavía muy incompleta; sin embargo, he aquí cuáles son, segun la mayor parte de los autores, los principales fenómenos que puedan darla á conocer.



Los enfermos se quejan constantemente de un dolor mas ó menos vivo, que refieren á la parte inferior de la faringe, algunas veces hácia el epigastrio, ó bien en medio del dorso, entre las dos espaldillas, y que otras parece ocupar toda la longitud del esófago. Por otra parte, el sitio del dolor no indica siempre con exactitud el de la lesion. Este dolor, mas ó menos vivo, se aumenta por la deglucion, y puede hacerse intolerable cuando los alimentos ó bebidas se ponen en contacto con la parte flogosada. Entonces se contrae á menudo el esófago sobre ellas, y despues de algunos esfuerzos de vómito, ó mas bien de regurgitaciones, son estas sustancias espelidas por la boca ó narices. Del mismo modo es como el mayor número de enfermos arrojan cierta cantidad de materias viscosas ó falsas membranas, segregadas por las superficies inflamadas. Siendo frecuentemente un efecto de la inflamacion el disminuir de una manera notable el calibre del esófago, se deduce que á su nivel sufren muchas veces los alimentos una detencion, que conocen los enfermos. Si la estrechez es muy considerable, no pueden franquearla los alimentos, se acumulan sobre este punto, y son lanzados poco tiempo despues de haber sido deglutidos. Con todo, tales accidentes son estremadamente raros en la esofagitis aguda; y casi nunca se les observa mas que en la forma crónica, y mas aun en las estrecheces orgánicas. Algunos enfermos atacados de esofagitis han experimentado la sensacion de una bola que, subiendo del epigastrio, se detenia al nivel de la laringe; á otros, en mayor número, les atormenta el hipo, y por lo general ningun síntoma de reaccion ó simpático acompaña á la esofagitis.

Esta enfermedad parece terminarse casi siempre por resolucion, rara vez por supuracion, apenas por gangrena, alguna, en fin, por ulceracion ó por induracion, y entonces se ha dicho que la enfermedad ha pasado al estado crónico. Cuando se forma un absceso en el esófago, se evacua el pus por la boca, ó bien, bajando al estómago, se mezcla con las materias que están allí contenidas y sale en las deposiciones. Los síntomas capaces de indicar una ulceracion del esófago, son todavía muy inciertos. Se ha citado un dolor mas vivo que en la esofagitis aguda, y alguna vez la disfagia y regurgitacion de materias viscosas y sanguinolentas. Pero estos accidentes, comunes á muchas enfermedades del esófago, son insuficientes en nuestro concepto para indicar la existencia de una ulceracion, y sobre todo, su naturaleza.

*Diagnóstico.*—Un dolor mas ó menos vivo en el trayecto conocido del esófago, que se aumenta por la ingestion de bebidas y alimentos; la dificultad, y aun imposibilidad, que estos experimentan para llegar al estómago; la espulsion de las falsas membranas por esfuerzos de regurgitacion ó de vómito, y sobre todo, el volver los alimentos poco alterados, casi en el momento de su ingestion, deben hacer presumir una inflamacion del esófago. Pero es muy raro que la enfermedad se dé á conocer nunca por síntomas tan marcados; así que la esofagitis es casi siempre de un diagnóstico oscuro. No puede negarse que las afecciones laríngeas y traqueales suelen simular una inflamacion esofágica en atencion al dolor que provocan los alimentos al ser deglutidos; pero téngase presente que en la esofagitis la respiracion es libre, que no hay tos, ni cosquilleo en la garganta, ni aфонia, ni en fin, alteracion en el timbre vocal: por otra parte, el dolor es muy vivo en el acto de la deglucion, y esta en varios casos imposible. Si en ciertos reumatismos, como tambien en diversas neuroses

particularmente de mujeres histéricas, sobreviene algunas veces disfagia, tiene estas intermisiones y con mucha frecuencia termina pronto y de repente, observándose además que únicamente hay dolor en el acto de comer, reinando completa calma por parte del esófago en los intervalos de las comidas. Veremos á su debido tiempo en que la esofagitis se distingue del esofagismo y de las estrecheces orgánicas (V. estas enfermedades).

*Pronóstico.*—El pronóstico no es grave sino cuando la esofagitis es general, en el caso que sea flegmonosa y produzca una estrechez considerable del conducto, ó bien si termina por supuración ó induración.

*Etiología.*—La esofagitis reconoce siempre causas directas, tales como la ingestión de sustancias irritantes, corrosivas, bebidas hirviendo ó por el contrario heladas, y cuerpos estraños de superficie desigual; por último, lo mas comunmente, la enfermedad es consecutiva á la inflamación de la mucosa faríngea, adquiriendo entonces la misma forma anatómica que tiene esta última.

*Tratamiento.*—Si la esofagitis es poco intensa, el tratamiento debe consistir especialmente en el uso de bebidas mucilaginosas, y en la abstinencia de alimentos sólidos. Se administrarán algunos baños templados, y en fin, se verificará una revulsión en las estremidades por medio de pediluvios irritantes, ó en la parte inferior del tubo intestinal con lavativas purgantes.

En el mayor número de casos, y por poco grave que consideremos la esofagitis, conviene tambien sacar sangre. La calentura es rara vez muy intensa para necesitar la sangría general; pero lo que es sanguijuelas, y mejor ventosas, se aplicarán con utilidad en el trayecto del esófago, especialmente al nivel del dolor. En semejante ocasión los antiguos preferían abrir las venas raninas, mas la predilección de su práctica no se halla bien justificada. Mas adelante deberá recurrirse á los revulsivos poderosos, como los sinapismos, las fricciones amoniacaes y la vexcación á lo largo de la columna vertebral, ó á la parte inferior del cuello. Muy quietos han de permanecer los enfermos, y conviene que guarden silencio, pues dice con razon Mondière que si hablan, lo movimientos de la lengua se propagan al esófago.

Cuando es absolutamente imposible la deglución, y atendida la fecha del mal se teme la existencia de un absceso ¿convendrá, segun se ha aconsejado, sondar el esófago con la esperanza de penetrar en el centro ó foco de dicho absceso, segun un ejemplo publicado en la *Gazette de santé* de 1823? Por mi parte no me atrevo á aconsejarlo, porque temo que el instrumento, chocando con tejidos que el trabajo inflamatorio ha puesto blandos, se descarrie y abra una falsa ruta.

En la esofagitis crónica deben emplearse revulsivos, y aun escogerse los mas enérgicos, tales como cauterios ó moxas (V. *Estrecheces del esófago*).

### *De la gastritis aguda.*

Se designa con el nombre de *gastritis*, á la inflamación aguda ó crónica del estómago.

*Historia y frecuencia.*—La gastritis es una enfermedad que se ha conocido desde la infancia del arte, y que se ha considerado como mas ó menos frecuente, segun el papel mas ó menos activo que las teorías fisiológicas de la época ha-



cian representar al estómago. Pero en ninguna parte y en ningun tiempo se ha exagerado la frecuencia de la gastritis como en Francia, bajo el reinado efímero de la doctrina fisiológica. Entonces se vió á la gastritis dominar la patología, puesto que á ella se referian, no solo todas las enfermedades del estómago, sino que de la inflamacion de este órgano se hacian depender las demás afecciones. Es decir, en una palabra, que se pretendia referir á un trabajo flegmático de la mucosa estomacal, todas las alteraciones de la circulacion, secrecion, nutricion é inervacion, cuyo sitio podria ser el estómago, y aun los efectos simpáticos tan numerosos, que se observan por parte de las vias digestivas en el mayor número de enfermedades. Pero una observacion escrupulosa y detenida, hizo justicia hace mucho tiempo á estas ideas, demostrando ademas, que esta gastritis aguda ó crónica, que se suponía tan comun, es una de las enfermedades mas raras, una de aquellas, cuya historia era mas difícil trazar. Por consiguiente, no deberá causar sorpresa el oír, que los trabajos emanados de la escuela de Broussais no son de ninguna especie de utilidad para el estudio que vamos á hacer, puesto que la palabra gastritis no ha sido, en el lenguaje de los sistemáticos de dicha escuela, sino una de esas espresiones vagas, indefinidas, por la cual han confundido las enfermedades mas diversas. En los escritos de Louis, Cruveilhier y Andral, será donde halleemos nociones mas exactas respecto á la gastritis, considerada bajo el punto de vista anatómico. Pero repito que en el estado actual de la ciencia, la inflamacion del estómago, como afeccion espontánea, es sumamente rara, y todavía nadie ha podido trazar una historia que satisfaga. Bien se puede afirmar que la gastritis es la enfermedad de la que mas se ha hablado en este siglo y cuya historia está mas atrasada.

*Divisiones.*—La gastritis se divide, respecto á su curso, en *aguda* y *crónica*, y en cuanto á su estension, en *general* y *parcial*. Por último, relativamente á sus causas, se distingue siempre la que es *espontánea*, y la que es efecto de un veneno que se llama *tóxica*. Esta última se estudiará al tratar de las causas que la producen. (V. *Envenenamientos*.)

*Caracteres anatómicos de la gastritis aguda.*—En la gastritis aguda general, se observa comunmente una disminucion, mas ó menos considerable, en la capacidad del estómago. La membrana interna de esta viscera ofrece una coloracion, que varía desde el rojo claro hasta el moreno oscuro, producida por una inyeccion uniforme, ó bien dispuestas en arborizaciones, en placas, ó en forma de un salpicado muy fino; algunas veces, en fin, la sangre se halla extravasada entre las membranas, y constituye pequeños equimosis. Pero aunque estas diversas formas resistan á una larga maceracion, no podrian en ningun caso caracterizar por sí solas un trabajo inflamatorio, hallándose probado que un obstáculo mecánico á la circulacion, el trabajo de la digestion, la abstinencia, ó tambien el simple contacto del aire atmosférico, pueden producir igual efecto. Asi, pues, para determinar la existencia de una gastritis en el cadáver, es necesario precisamente que la membrana mucosa haya sufrido ciertas modificaciones en su nutricion. Por eso se la encuentra engrosada en la gastritis verdadera, otras veces adelgazada, pero siempre mas friable, y á menudo reblandecida. Este reblandecimiento varía desde la simple disminucion de consistencia, difiriendo poco del estado fisiológico, hasta el estado en que la mucosa se separa bajo la forma de una papilla rojiza. Los reblandecimientos rojos, son los únicos

que pueden referirse racionalmente á la inflamacion; acaso tambien pueda asignarse el mismo origen á estos reblandecimientos *incoloros*, pero rodeados por una viva inyeccion. En cuanto á los pulposos, gelatiniformes, y absolutamente incoloros, que sobrevienen en una multitud de circunstancias, creemos que no podrian caracterizar una gastritis, y los describiremos mas adelante, como constituyendo una afeccion distinta. En fin, todo hace creer igualmente, que los reblandecimientos de la mucosa gastro-intestinal, que, segun las bellas investigaciones de Louis, sobrevienen tan frecuentemente á consecuencia de todos los estados febriles un poco prolongados, no reconocen por causa inmediata un trabajo inflamatorio (1). Las ulceraciones son una terminacion muy rara de la gastritis aguda, y cuando existen, son generalmente pequeñas y poco numerosas. En fin, diremos para concluir, que en la gastritis, la secrecion de la membrana mucosa se halla modificada; asi es que se encuentra comunmente á las partes flogosadas revestidas de un moco consistente, albuminoso, y á menudo rojizo. Otras veces hay concreciones cremosas, como en la angina, ó falsas membranas como en la difteritis; pero es raro que estas se extiendan desde la garganta al estómago: en efecto, casi siempre son consecutivas estas falsas membranas á las gastritis que suceden á los envenenamientos por los ácidos concentrados. El tejido celular adyacente á la mucosa inflamada, está alguna vez infiltrado de serosidad, y mas rara vez se encuentra en él pus, que se ha visto reunido en un foco. En este caso, por otra parte escesivamente raro, los abscesos tienen siempre un volumen pequenísimo. Tales son las alteraciones propias de la gastritis aguda espontánea. Aun existen algunas otras lesiones de naturaleza inflamatoria, pero como no se las observa sino despues de la accion de ciertos venenos, remitimos su exámen al artículo de los *Envenenamientos Venenos irritantes*.

*Sintomas y curso.*—Puede la gastritis empezar repentinamente, ó bien ir precedida de los prodromos comunes á las enfermedades agudas. Cuando la afeccion está bien caracterizada, se quejan los enfermos de un dolor á veces obtuso, pero regularmente vivo, lancinante, que reside en la region epigástrica y se aumenta por la presion, por los movimientos del tronco, y con frecuencia, por la ingestion de los líquidos. Hay una inapetencia completa; atormenta á los enfermos una sed viva; la lengua se halla cubierta de un barniz blanco ú amarillento, está alguna vez pegajosa y seca, y muchas roja en los bordes y punta. Hay náuseas y vómitos difíciles y dolorosos; siendo estos espontáneos, pero la ingestion de la bebida mas suave basta para ocasionarlos tambien. Están compuestos de materias acuosas, biliosas, mas ó menos amarillas, y alguna vez sanguinolentas. Al mismo tiempo se eleva la temperatura del cuerpo, se acelera el pulso, hay cefalalgia, insomnio, disnea, y una gran ansiedad; pero estos

(1) Con el objeto de apreciar bien las lesiones cadavéricas, conviene saber que la mucosa del estómago no ofrece en todas partes la misma consistencia ni el mismo espesor. Se juzgará de la consistencia de la membrana por la longitud de los colgajos que proporcione. Asi que, cuando despues de haber cortado con el escapel, se la coge con los dedos ó las extremidades de una pinza como para disecarla, se obtendrán colgajos de 10 á 20 líneas de longitud en la pequeña corvadura; de 4 1/2 á 9 líneas en la grande; en la region pilórica serán de línea y media, y de 6 á 18 en la region esplénica. Louis, que ha fijado las medidas precedentes, ha apreciado tambien de una manera rigurosa el espesor de la mucosa en los diversos puntos del estómago: así es que ha encontrado que en la longitud de la gran corvadura, tiene la mucosa un espesor de 1/8 á 1/5 de línea; de 1/16 á 1/8 á lo largo de la pequeña, y todavía menos en el gran fondo. El máximun de espesor de la mucosa, es en la region pilórica. Nosotros creemos que en este punto el espesor es 1/3 á 2/5 de línea.



dos últimos síntomas existen únicamente cuando la gastritis se presenta con un dolor muy vivo.

La anterior descripción se refiere á la gastritis intensa, pero independiente del envenenamiento por sustancias irritantes. Sin embargo, en el mayor número de casos, la enfermedad ofrece menos intensidad; así es que el dolor es sumamente obtuso, la sed es menos viva, y el apetito no está completamente perdido. Los enfermos pueden tomar algunos alimentos, pero rara vez se digieren estos, casi siempre despiertan los dolores, y concluyen por ser espelidos mediante un vómito, después de haber escitado regüeldos nidorosos. Esta es la gastritis *sub-aguda ligera ó eritematosa* de los autores.

Como acaba de verse en la gastritis que no depende de una causa tóxica, pueden presentar los vómitos cierta intension: pero no se observan esos accidentes formidables de adinamia ó atáxia, de delirio ó coma, que, según los autores de la doctrina fisiológica, acompañarían frecuentemente á la gastritis intensa ó sobre-aguda, y especialmente la que se ha llamado *flegmonosa*, en razón de la propagación de la flegmasia al tejido celular subyacente. Pero esta forma de la enfermedad es tan rara, que apenas se encuentran algunos casos en el curso de una larga y ocupadísima carrera.

*Terminaciones.*—Casi siempre tiene la gastritis un éxito feliz. La resolución es su terminación mas frecuente. Cuando esta se verifica, declinan los síntomas, y se disminuyen poco á poco; sin embargo, aun después de su cesación completa, conserva frecuentemente el estómago, por espacio de mucho tiempo, una gran susceptibilidad, siendo las digestiones dolorosas y difíciles. Algunas veces, en fin, solo después de muchas reapariciones del estado agudo, es cuando el estómago vuelve á tomar definitivamente sus funciones. En muchas ocasiones tambien, prolongándose demasiado el malestar, la gastritis pasa al estado crónico. La enfermedad no se termina por la muerte, sino cuando la flegmasia ha reblandecido y destruido una gran parte de la mucosa estomacal, oponiendo por esta causa un obstáculo á la nutrición.

Concíbese que la muerte pueda depender de una peritonitis aguda, á consecuencia de la perforación del estómago; pero esta lesión no es casi nunca el efecto de una gastritis aguda simple. Lo mismo sucede á la gangrena, que reconoce casi siempre una causa específica (pústula maligna, venenos cáusticos, etc.)

*Duración.*—La gastritis tiene una duración variable; por poca que sea su intensidad, es raro que los enfermos se hallen restablecidos antes del fin del segundo septenario, y frecuentemente se prolonga la convalecencia durante un tiempo muy largo é indeterminado.

*Diagnóstico.*—La gastritis aguda debe distinguirse sobre todo del reblandecimiento atónico del estómago, del embarazo gástrico, de la gastralgia, de los vómitos nerviosos, de la hepatitis, de la peritonitis, de los cólicos hepático y nefrítico, etc. Cuando trate de cada una de estas afecciones en particular, estableceré el diagnóstico diferencial; pero los caracteres distintivos de la gastritis pueden resumirse, diciendo que en esta afección hay un dolor vivo en el epigastrio, que se aumenta por la presión y va acompañado de una sed viva, de náuseas, vómitos, y ninguna tolerancia para los alimentos y bebidas. La rubicundez de la lengua es un fenómeno escepcional, y que además no tiene por sí

mismo ningun valor. Estudiando de esta suerte el estado local y comparándolo con los demás síntomas, no será posible tomar por una gastritis varios desórdenes, que si bien pertenecen al estómago, son nada mas que simpáticos: asi en las viruelas, por ejemplo, hay frecuentemente, segun vimos á su tiempo, náuseas, vómitos y sensibilidad aguda en el epigastrio cuando la enfermedad principia; pero otros síntomas como dolores vivos en los lomos, intensa calentura, ansiedad, suma postracion, delirio á veces, que no se hallan en la gastritis espontánea, deben por precision desvanecer toda duda.

*Pronostico.*—La gastritis espontánea es generalmente una enfermedad poco grave para el adulto, no es empero asi para el tierno niño y el caduco anciano.

*Causas.*—Todavía reina la mayor incertidumbre respecto á las causas de la gastritis aguda. Todo lo que se ha dicho de la influencia del sexo masculino, de la edad adulta, de los climas cálidos, de la alimentacion, de los excesos alcohólicos, de las emociones morales, etc., como favoreciendo la manifestacion de la enfermedad, está lejos de haberse aun demostrado. En algunos casos, ha sucedido la inflamacion del estómago á una causa traumática, como una herida, un golpe en el epigastrio, la introduccion de un cuerpo extraño ó de sustancias irritantes y corrosivas.

*Tratamiento.*—Por poco intensa que sea la gastritis, se deberá recurrir á una ó muchas emisiones sanguíneas; bastará casi siempre un número mayor ó menor de sanguijuelas al epigastrio, y al mismo tiempo se cubrirá esta parte con cataplasmas emolientes. Se darán baños tibios muy prolongados; se administrarán bebidas suaves, mucilaginosas ó acídulas; tomando estas en muy pequeña cantidad cada vez, y dándolas templadas, frescas ó enteramente frias, si se llegaran de este modo á disminuir los vómitos. Tampoco se deberia vacilar en prescribir una pequeña cantidad de opio, si fuesen demasiado vivos los dolores, ó si los enfermos se vieran atormentados por el insomnio. No se empezará la alimentacion, sino cuando todos los accidentes agudos se hayan calmado; haciéndolo siempre por las sustancias mas suaves, como la leche, el caldo de pollo, etc.; despues se aumentará, en razon directa de la tolerancia del estómago y de las fuerzas digestivas. Algunas veces estas se hallan embotadas, y entonces es preciso reanimarlas poco á poco con el uso de las aguas gaseosas, de las bebidas amargas y de los revulsivos esternos, tales como los vejigatorios, las pomadas estibiadas sobre el epigastrio, etc. Los revulsivos que aconsejo, sirven muchísimo, cesada ya la medicacion antiflogística, para acelerar la resolucion é impedir que la gastritis pase al estado crónico. (V. para complemento *Reblandecimiento del estómago.*)

### *De la gastritis crónica.*

*Caracteres anatómicos.*—La gastritis crónica, lo mismo que la aguda, está caracterizada por cambios en la coloracion y nutricion de la membrana mucosa. Tambien se ve en la gastritis crónica, reducirse el estómago á un volúmen muy pequeño y comparable alguna vez al del intestino grueso. Muy raro es que esté colorada la membrana mucosa, y el mayor número de veces se encuentra parda, apizarrada ó morena. Estas coloraciones son uniformes, ó bien dispues-



tas en forma de zonas ó de chapas, y mas rara vez formando salpicado, etc.; pero cualquiera que sea su disposicion y cambio de color, no se puede nunca por este solo carácter establecer la existencia de la gastritis crónica, porque estas coloraciones se encuentran á menudo en sugetos que no ofrecen ninguna alteracion respecto á las funciones digestivas. Ademas, como resulta principalmente de las investigaciones de Louis, las diversas coloraciones de la membrana mucosa indican menos una flegmasia *actual*, que la existencia de una inflamacion *antigua*. En la gastritis crónica, independientemente de estas alteraciones de color, se encuentra la membrana mucosa engrosada, mas consistente, ó bien reblandecida, y este reblandecimiento coexiste frecuentemente con un adelgazamiento del tejido. Ademas del aumento del grosor, la atrofia ó hipertrofia de la mucosa no pueden jamás caracterizar por sí solas la inflamacion; porque estas lesiones son susceptibles de presentarse bajo la influencia de una simple alteracion de nutricion, aun desconocida en su esencia, pero que nada demuestra tener su origen en un trabajo inflamatorio. Lo mismo sucede respecto á los tejidos contiguos á la mucosa, y sobre todo á las membranas celulosa y muscular, que se han encontrado alguna vez aisladas ó simultáneamente hipertrofiadas con la mucosa, y en una estension mas ó menos considerable. Sin dudar que la gastritis crónica pueda producir un efecto semejante; con todo, no seria indispensable en presencia de tal alteracion y sin tener otra circunstancia como elemento de diagnóstico, inferir la existencia de una flegmasia. Hay todavía una variedad de hipertrofia de la membrana mucosa, conocida bajo el nombre de *estado mamelonado*, que considera Louis como un resultado de la inflamacion. En los puntos donde existe esta lesion, presenta la membrana mucosa una porcion de prominencias mas ó menos redondeadas, de una ó dos líneas de diámetro, bastante parecidas á los mamelones carnosos, pero un poco descoloridos, de las heridas en supuracion, y separados los unos de los otros por surcos estrechos, en los cuales está ligeramente adelgazada la mucosa. Esta lesion, rara vez general, ocupa sobre todo la region pilórica, y proximidad de la grande curvadura. Yo no creo que pueda uno estar bien seguro de su uaturalaleza; es posible que esta alteracion se desarrolle esclusivamente, á consecuencia de un trabajo inflamatorio; pero entonces es necesario reconocer que la lesion puede persistir mucho tiempo, aun despues de haber terminado la flegmasia, porque todos los dias abrimos cadáveres, en los cuales este estado mamilar existe en el mas alto grado, aunque durante la vida no se haya observado ninguna alteracion apreciable respecto al estómago. Concluyo, pues, que el estado mamilar, aun coexistiendo con una coloracion apizarrada, no podria caracterizar *con seguridad* una gastritis *actual*; pero estas dos alteraciones son el indicio ó vestigio de un trabajo patológico *anterior*. Prescindiendo de este estado mamilar, la mucosa estomacal puede presentar todavía diferentes prominencias ó vegetaciones de base ancha ó pediculadas, no friables, como las vegetaciones cancerosas, y en las cuales se reconoce la testura de la membrana mucosa hipertrofiada ó hecha fungosa; ademas, este es el aparato folicular, que mas desarrollado de lo regular, forma pequeños tumores redondeados y blanquizcos. Pero estos diversos estados, que se encuentran con frecuencia en estómagos sanos, me parecen ser enteramente independientes de la inflamacion.

Las ulceraciones del estómago, ni cancerosas ni tuberculosas, son en estre-

no raras en Francia, al paso que según M. Rokitanski, se observan con notable frecuencia en Viena. Aunque hijas de la inflamación del estómago, deben más bien su existencia á la gastritis crónica que á la aguda. Ocupan las corvaduras de la víscera ó al menos sus puntos inmediatos, notándose siempre más en la corvadura pequeña y correspondiendo á la mitad pilórica del estómago. Estas soluciones de continuidad han sido en nuestro tiempo perfectamente estudiadas por los catedráticos Cruveilhier (*Revue médicale*, 1838) y Rokitanski (*Archives*, 1840). Tienen los bordes duros, prominentes y un fondo gris; pero sin semejanza alguna con la úlcera cancerosa: otras tienen una superficie igual, bordes lisos, deprimidos, ora adherentes ora despegados. Pueden estar limitados á un espacio muy pequeño ú ocupar una extensión de muchas líneas; siendo á veces de la magnitud de un franco, de dos, de cinco y todavía mucho más; así se dice con razón que su diámetro es muy variable: no interesan alguna vez más que la membrana interna, y producen la hipertrofia de las capas subyacentes; otras veces, invadiendo el trabajo ulcerativo todas las membranas, se verifica una perforación. En fin, si está comprendida en la pérdida de sustancia una arteria considerable, y todavía permeable, se encuentra el vaso abierto, y el estómago distendido por una gran cantidad de sangre coagulada. Si hay perforación, queda abierto el estómago en la cavidad del peritoneo; pero á veces alguno de los órganos vecinos cierra la abertura patológica contrayendo íntima adherencia con sus bordes, y entonces lo contenido en el estómago no se derrama en el vientre. El hígado, el páncreas, el colon y el diafragma son los órganos que se ha observado servir con más frecuencia de obturadores. Cuando estos son destruidos también por continuarse el trabajo ulcerativo y destructor, se comprende clarísimamente que han de resultar inmensos desórdenes. Semejantes calamidades se observan mucho menos en las simples úlceras de que nos estamos ocupando, que en las carcinomatosas. (V. *Cancer del estómago*).

No se encuentra generalmente más que una úlcera: así lo ha visto M. Rokitanski en sesenta y dos de setenta y nueve cadáveres. Sin embargo, muchas veces se han encontrado varias en el mismo estómago, v. gr. cinco, seis y aun más. Es probable que tales soluciones de continuidad se formen del mismo modo que las ulceraciones espontáneas de la mayor parte de las membranas mucosas, pues nada absolutamente abona la opinión de Rokitanski, quien las considera consecutivas de un reblandecimiento circunscrito ó de una escara.

Estas ulceraciones pueden cicatrizarse. Cuando la pérdida de sustancias es poco considerable, la cicatriz está marcada por una simple depresión, lisa y blanquizca, y al cabo de cierto tiempo, el tejido de nueva formación se nivela con las partes inmediatas, de las que no se distingue. Mas si el estómago ha sufrido una pérdida de sustancia considerable, se forma entonces una cicatriz desigual, fruncida, irregular, fibrosa en algunos puntos, cuyos elementos son producidos por todas las membranas á la vez. En fin, se ha visto como en las ulceraciones cancerosas que después de la destrucción de las tres membranas, se cierra la perforación por las vísceras inmediatas: entonces se forma la cicatrización á expensas de estos órganos. Pero cualquiera que sea el modo de cicatrización, siempre resulta una estrechez más ó menos considerable de la víscera, lo que ofrece sobre todo graves inconvenientes, si reside en las estremidades



cardíaca ó pilórica. Por último, estas cicatrices pueden ser consecutivamente el origen de diversas trasformaciones orgánicas, ó bien se desgarran en ocasiones cuando el estómago sufre una distension muy considerable.

*Síntomas y curso.*—La inflamacion crónica del estómago es casi siempre primitiva, y mas rara vez sucede al estado agudo. En el primer caso empiezan á ser las digestiones penosas, se acompañan de malestar, de dolores epigástricos y de cefalalgia. Hay eruptos ácidos, y á menudo vómitos. Estos accidentes disminuyen ó cesan, cuando se sujetan los enfermos á un régimen severo, luego que se abstienen de ciertos alimentos. Sin embargo, la dificultad de las digestiones concluye por ser permanente; en casi todos los sugetos existe un dolor epigástrico, ya débil, compresivo, otras veces fuerte y lancinante, difuso ó limitado á un gran espacio, irradiándose alguna vez hasta el dorso ó á la base del tórax. Constantemente se aumenta despues de la ingestion de los alimentos y bebidas estimulantes; nulo en ocasiones, cuando el estómago está vacío, no se despierta sino por la presion exterior ó durante la digestion, cualquiera que sea por otra parte la naturaleza de las sustancias ingeridas. Entonces es sobre todo cuando mas vivo aparece, y presentando los caracteres de un calambre ya acompañado de una sensacion de angustia, no cesa frecuentemente sino despues de haber vomitado los enfermos. El apetito es muy variable, rara vez se conserva ó falta absolutamente; pero casi siempre está sensiblemente disminuido. Acaso nunca se observan en la gastritis crónica la pica y la bulimia, que son por el contrario síntomas muy comunes en las neuroses del estómago. La sed es mas á menudo nula ó poco viva, escepto durante la digestion. Los vómitos que se observan en la gastritis crónica, no se efectúan casi nunca en ayunas, sino solo mientras se digiere. Están formados por líquidos ácrés, quemantes y amargos; por alimentos mas ó menos digeridos, y alguná vez por sangre abundante y pura ó alterada, y parecida al hollin ó al poso del café. Sin embargo, estos últimos vómitos (*melánicos*) son tan raros en la gastritis crónica simple y aun en la ulcerosa, que cuando se les observa indican casi con seguridad una lesion cancerosa del estómago, de la que son uno de los caracteres mas constantes. Los de sangre pura que se notan con ciertos intervalos, constituyen un accidente tan raro en la gastritis simple como frecuente en la ulcerosa. Prescindiendo de estas materias líquidas, muchos enfermos espelen gases inodoros, ó con la fetidez del hidrógeno sulfurado. Entre estos individuos, los unos no experimentan sabor alguno, y otros tienen siempre un gusto amargo, ácido ó picante en la boca. La lengua está casi siempre natural, y se advierte muy rara vez esa rubicundez de la punta y bordes, y el desarrollo de las papilas, que algunos autores han señalado como un sintoma casi constante de la enfermedad. Casi siempre existe una astriccion obstinada, ó bien hay alternativas de diarrea y constipacion. No obstante, las funciones del estómago no pueden pervertirse largo tiempo, sin que la nutricion sufra de un modo notable, asi que todos los enfermos se ponen pálidos y demacrados. La mayor parte no tienen fiebre; con todo, hay un gran número en los que se nota durante la digestion aceleracion del pulso, calor cutáneo, sed y malestar. En fin, se han visto algunos que presentaban aun todos los síntomas de la calentura héctica, y que concluian por sucumbir en un estado de marasmo.

*Duracion y terminacion.*—La gastritis crónica es una enfermedad de larga

duracion, rara vez menor de dos ó tres meses y á menudo dura años. Se cura á veces despues de haber presentado numerosas exacerbaciones, pero otras tiene un éxito funesto. Sin embargo, es muy raro que la gastritis sea la sola causa de la muerte; esta se esplica con frecuencia por alguna enfermedad intercurrente, ó por un accidente de la gastritis misma, como una hematemesis ó una perforacion que produce una peritonitis sobre-aguda si algun órgano inmediato no la tapa. Está probado hoy que el cáncer del estómago no es ni una variedad, ni un efecto de la gastritis; sin embargo, es incontestable que en individuos predispuestos, puede desarrollarse un cáncer en el estómago á consecuencia de una inflamacion, lo mismo que se ve proceder á veces el cáncer de la mama de una flegmasia traumática de este órgano. Por otra parte existen en la ciencia algunos hechos que demuestran que un cáncer ha invadido las paredes del estómago, despues de una violenta flegmasia desarrollada por la ingestion en esta viscera de una cantidad escesiva de ácido sulfúrico ó nítrico. Pero seguramente aquí la inflamacion hace el papel de una causa determinante ordinaria, que no obra sino en virtud de una predisposicion anterior del sugeto. Muchos individuos atacados de gastritis crónica, se hacen hipocondriacos.

*Diagnóstico.*—Mas adelante veremos los numerosos puntos de contacto de la gastritis crónica con las neuroses y el cáncer del estómago (V. estas enfermedades), y diremos cuán difícil es frecuentemente distinguirla de esta última afeccion. Como quiera que sea, una vez establecida la gastritis crónica, no creemos posible determinar si es general ó parcial, y en este último caso á qué region está circunscrita. Todo cuanto se ha dicho respecto á este objeto, no está fundado mas que en ideas hipotéticas. Tampoco creemos que actualmente sea posible diagnosticar la naturaleza de las alteraciones. Por ejemplo, no pensamos que se pueda anunciar durante la vida la existencia de una ulceracion, respecto á que esta lesion no produce otros síntomas generales ó locales que la mayoría de las demás alteraciones características del estado crónico. Síntomas hay, sin embargo, que reunidos pueden hacernos temer la existencia de una ó muchas úlceras, tales síntomas son: la cardialgia, dolores agudísimos de estómago, haciéndose principalmente sentir hácia el apéndice xifoides y en el dorso, hematemesis, vómitos frecuentes y constantes luego despues de comer el enfermo, en cuyos vómitos se ven, según M. Rokitanski, copos de color negruzco.

*Pronóstico.*—La gastritis crónica no es generalmente una afeccion muy grave, á no ser que se prolongue mucho é impida hacerse la nutricion. La forma ulcerosa es la mas temible; por el peligro sobre todo de una perforacion.

*Etiología.*—Las causas de la gastritis crónica son mas oscuras todavía que las de la gastritis aguda, y es imposible en el estado actual de la ciencia emitir sobre este punto ninguna opinion cierta. No obstante, se sabe que la enfermedad, rara en la infancia, es mas comun en el período de veinte á cincuenta años y en edad mas avanzada (1). Todo hace creer que es frecuentemente el resultado de excesos del régimen, de una alimentacion demasiado escitante ó insuficiente; con todo, estas proposiciones no podrian apoyarse aun sobre ninguna serie de

(1) De 79 casos de ulceraciones simples del estómago observados por M. Rokitanski, 50 recaian en personas de mas de cincuenta años, 21 en jóvenes de menos de treinta, los restantes en individuos de las edades intermedias. Habia 4 enfermos de diez y siete á diez y nueve años. De las 79 personas 46 eran mujeres, por consiguiente 33 hombres.



hechos bien observados; son simples suposiciones mas ó menos probables, que la observacion podria desmentir bien en lo sucesivo.

*Tratamiento.*—Cuando el dolor es vivo y continuo, conviene empezar la curacion por una ó muchas aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio, y administrar al mismo tiempo bebidas suaves. La dieta absoluta rara vez es necesaria, y aun seria perjudicial. Convendrá, pues, alimentar poco á poco á los enfermos; la leche, el caldo, las jaleas vegetales y animales, las féculas, las frutas cocidas, se emplearán desde luego; despues se permitirá el uso de alimentos sólidos, teniendo cuidado de elegir los que por su naturaleza ó por la idiosincracia de los sugetos, sean mas soportables. Se administrarán tambien con alguna ventaja ciertas aguas minerales y especialmente las de Caunterets, d' Ems, de Bussang, de Plombières, de Wiesbaden, de Vichy, etc.; estas últimas serán sobre todo útiles, cuando los enfermos se hallen atormentados de acedías. Cuando se sospecha que hay úlcera, MM. Cruveilhier y Rokitanski están conformes en aconsejar la dieta láctea: ordenan la leche, ya pura, ya mezclada con agua de cal, ó alguna otra mineral, y ora natural, ora herbida; en fin, del modo que mejor la toleran los estómagos enfermos: todavía hay individuos que de ninguna manera la digieren, debiendo cesar de tomarla, y en su lugar hacen uso de panetelas ó de cocimientos mucilaginosos. Si los dolores son muy vivos, es preciso calmarlos por medio del opio interiormente; tambien se podrá administrar este medicamento antes ó despues de la comida, sin temor de retardar la digestion. En tales casos nos parece el opio mas útil y de un efecto mas constante que el subnitrate de bismuto, que se ha aconsejado igualmente, y puede darse á la dosis de diez á veinte granos al principiar á comer. Ademas se someterá á los enfermos bajo todos aspectos á una buena higiene. Se les cubrirá de franela, y se procurará escitar las funciones de la piel por medio de fricciones y algunos baños sulfurosos. Si la enfermedad resiste, será preciso no vacilar en recurrir á una medicacion revulsiva local; así se aplicará un vejigatorio al epigastrio, y si no alivia, se le reemplazará por uno ó dos cauterios, y aun por el sedal. M. Rokitanski recomienda sobre manera estos medios revulsivos, enérgicos para los casos de gastritis ulcerosa. Sin embargo, llega una época, en la cual, aunque se haya concluido el estado flegmático, no vuelve á tomar el estómago sus funciones, y entonces parece que esta viscera se halla atacada de atonia. En tales condiciones es cuando conviene prescribir una alimentacion ligeramente estimulante; se darán las preparaciones de quina y las ferruginosas, etc.; pero no deberán jamás emplearse estos medios sino con prudencia y como por *via de prueba*, hasta que habiendo seguido á su uso una mejoría evidente, se les pueda prescribir con mas confianza. Nada diré aquí de las disoluciones arsenicales, ni del nitrate de plata, ni del sulfato de hierro que muchos médicos preconizan en los casos de gastritis crónica ulcerosa, porque estos medios son irracionales, y se concibe que pueden producir graves accidentes. Esta es una razon para abstenerse de ellos desde ahora.

#### *De la enteritis y de la colitis agudas.*

La palabra *Enteritis* parece que debia espresar toda inflamacion residente en un punto cualquiera de la mucosa intestinal, pero el uso la ha consagrado

especialmente para designar la flegmasia del intestino delgado, y sobre todo la que ocupa el yeyuno é ileon. La inflamacion del duodeno ha recibido el nombre especial de *Duodenitis*, como la del intestino grueso, los de *Colitis y Rectitis*, segun que la enfermedad ocupa el colon ó el recto. Tambien la inflamacion del ciego ha sido designada con un nombre especial que es *Typhlitis*.

La enteritis está caracterizada por dolores de vientre mas ó menos vivos, y ordinariamente movibles, acompañándose de deposiciones líquidas, mucosas ó biliosas, en número mas ó menos considerable.

*Divisiones.*—Entre las numerosas divisiones que se han establecido en la historia de la enteritis, creemos que no se deben conservar sino las que sirven para distinguir la enfermedad en *benigna* y en *grave*, en *aguda* y *crónica*; por último, hay una especie de entero-colitis que, en razon á las lesiones que la acompañan y síntomas que la caracterizan durante la vida, y de su naturaleza probablemente especifica, constituye una enfermedad muy diferente de la enteritis propiamente dicha: quiero hablar de la *dysenteria*, de la que trataremos muy en particular.

*Caracteres anatómicos de la entero-colitis.*—Los caracteres anatómicos de la inflamacion, son los mismos en el intestino que en el estómago; efectivamente en ambos se encuentran los mismos modos de inyeccion, de coloracion y las mismas alteraciones de nutricion; así que por poco que la enteritis tenga cierta duracion é intensidad, la membrana mucosa está no solo roja, sino tambien abotagada, engrosada ó adelgazada, friable ó reblandecida (1). Estas diversas alteraciones son casi siempre parciales; están con gran frecuencia limitadas á las dos ó tres últimas pulgadas del intestino delgado; el duodeno es el mas rara vez afectado; no se encuentra casi nunca la mucosa alterada en toda su estension, sino cuando la enteritis es producida por una sustancia tóxica, en cuyo caso pueden verse escaras, ulceraciones, y aun alguna vez perforaciones. Pero en la enteritis simple no hay ni abultamiento ni ulceracion de los folículos intestinales; la misma membrana mucosa no se halla casi nunca ulcerada, y es mas raro aun que se encuentren concreciones como en la angina lardácea. En fin, el tejido celular sub-mucoso está á menudo mas espeso y duro, pero su supuracion es un fenómeno todavia menos frecuente en la enteritis que en la gastritis. Solo en este caso es cuando la enteritis puede llamarse flegmonosa. Lo que acabo de decir del intestino delgado, se aplica bajo todos aspectos al intestino grueso. Sin embargo, nos ha parecido que en la inflamacion de este último, el reblandecimiento era mas considerable; tampoco es raro el no encontrar la membrana mucosa en una gran estension, hallándose entonces en contacto las materias fecales con la túnica celular engrosada. Las ulceraciones y supuraciones intersticiales son tan raras en la colitis, como en la enteritis y gastritis. Sin embargo, por lo que respecta á la entero-colitis, tan comun en los niños que maman, se encuentran, segun M. Bouchout asegura en su *Traité des maladies des nouveaux-nés*, ulceraciones ora angostas, linea-

(1) Para apreciar bien estas alteraciones, es preciso recordar que la mucosa intestinal es naturalmente blanca; que su espesor es un poco mas considerable en el yeyuno que en el ileon; y que se la puede comparar á una hoja de papel. En el estado sano la mucosa puede proporcionar colgajos de cinco á diez líneas, cuando despues de haberla incidido se la separa, cogiéndola con una pinza ó con la punta de las uñas. La mucosa del intestino grueso es mas ténué, y da colgajos mas largos.



les, que es muy fácil desapercibir; ora circulares cuyo sitio son al parecer los foliculos mucíparos: lo mismo existen en la inflamacion aguda que en la crónica, caracterizándose progresivamente conforme adelanta la entero-colitis. Añadiremos para terminar que en la enteritis los ganglios abdominales permanecen sin ingurgitarse; el bazo y el hígado se alteran accidentalmente y tal vez con entera independencia de la inflamacion intestinal. El estómago, que durante algun tiempo se ha creído estar siempre enfermo en la enteritis, participa de esta únicamente en poquísimos casos. Nada hay en efecto mas raro que una gastro-enteritis.

*Síntomas.*—La enteritis simple rara vez va precedida de escalofríos y de calentura. Casi siempre faltan los prodromos, no existiendo mas que en el abdómen que está inflado y dolorido; el apetito se pierde ó disminuye. Al momento sienten los enfermos dolores cólicos sordos, contusivos, ó bien agudos, vivos, lancinantes, con retortijones exacerbantes, haciéndose sentir sobre todo al nivel del ombligo, donde parecen limitados; otras veces se irradian hácia los demás puntos del vientre. La diarrea acompaña estos padecimientos; las deposiciones son mas ó menos numerosas y en general se anuncian por un aumento en los cólicos; las materias evacuadas son amarillentas, mucosas, mas ó menos homogéneas; verdosas ó mezcladas con grumos blancos, formados por el *caseum* en los niños de pecho. Siempre que las deposiciones se repiten muy á menudo, producen una sensacion de escozor y quemadura en el ano. Casi siempre se calman los cólicos despues de cada evacuacion, y en su intervalo experimentan los enfermos horborrigmos. Explorado el vientre, se ve que está frecuentemente retraído, ó bien un poco tenso, mas sonoro, y aun meteorizado; advirtiéndose esto sobre todo en los niños. La presion es dolorosa en uno ó muchos puntos, y aun no es raro, especialmente si ocupa la inflamacion el intestino grueso, notar una sensibilidad escesiva, comparable á la que hay en la peritonitis, aunque no padece el peritoneo. Cuando solo existe en grado débil, va la inflamacion de los intestinos acompañada de inapetencia, sed, y un estado de debilidad, que es proporcionado al número de evacuaciones alvinas, y á la violencia de los cólicos. No obstante, por poca intensidad que tenga la flegmasia, hay un movimiento febril mas ó menos fuerte, con cefalalgia, y frecuentemente náuseas y vómitos. Estos últimos son en muchas ocasiones simpáticos; pero otras deben considerarse como efecto de una flegmasia concomitante del estómago, que se revela ademas por todos los síntomas que hemos enumerado al tratar de la gastritis. Entonces se dice que hay una *gastro-enteritis*, palabra de que se ha abusado escesivamente por espacio de quince años, puesto que ha servido para nombrar muy impropriamente hasta á la calentura tifoidea.

*Variedades y sitio.*—La mayor parte de los médicos admiten que los síntomas y curso de la enteritis ofrecen numerosas diferencias segun el sitio de la flegmasia. Asi se ha pretendido, que cuando el duodeno está inflamado, hay un dolor vivo y profundo debajo del hígado, hácia la region umbilical, irradiándose á los vacíos ó los lomos; que los padecimientos continuos ó no, se despiertan siempre dos ó tres horas despues de comer, es decir, cuando terminada ya la digestion estomacal, llegan los alimentos al duodeno. Se ha creído sobre todo que la duodenitis podia determinar un flujo bilioso y pancreático,

en virtud de esa ley, por la que existiendo una irritacion en la estremidad de un conducto escretorio, activa la secrecion de la glándula de donde depende. Se ha dicho tambien que iba acompañada frecuentemente de ictericia, y se esplicaba esto por la obliteracion del ofificio intestinal del conducto coledoco, que se suponía producido por el abultamiento de la mucosa duodenal. Pero estas son ideas puramente teóricas, y que no han sido sancionadas por la observacion. La duodenitis, de cuya existencia no dudamos, es por otra parte una afeccion escesivamente rara, casi imposible de diagnosticar, y que en la produccion de las enfermedades que los órganos biliares padecen, no hace seguramente el papel que le ha concedido gratuitamente la escuela de Brüssels.

La inflamacion del cólon y la del recto tienen signos mas positivos. En la primera hay efectivamente, prescindiendo de la diarrea, un dolor *superficial*, que designa á menudo muy exactamente el conocido trayecto del intestino enfermo. Pero es raro que la colitis exista por sí sola; efectivamente, en casi todos los casos alcanza la inflamacion la estremidad del intestino delgado (*ileocolitis ó entero-colitis*). Por último, cuando está inflamado el recto, los enfermos se quejan de un dolor profundo en la pelvis, y muchísimas veces hay tenesmo y una pesadez incómoda en el ano.

Se insistía mucho en otros tiempos respecto á una forma de enteritis que se llamaba *flegmonosa*, en la cual todas las membranas intestinales, y hasta el tejido celular sub-peritoneal, participarian de la inflamacion. Pero consultando los hechos referidos por los autores, es fácil convencerse de que bajo este título se han comprendido afecciones muy diferentes; y particularmente diversas especies de *ileos*, ó bien de flegmones desarrollados alrededor de los intestinos, con especialidad del ciego. Creemos tambien que la mayor parte de casos, descritos en Alemania con el nombre de *typhlitis* (inflamacion del ciego), es preciso referirlos á los flegmones ilíacos. Por otra parte, los trabajos publicados para este objeto, ofrecen generalmente muy poca exactitud. Con todo, hay un punto curioso en la historia de las flegmasias del ciego, y es, la posibilidad de una inflamacion limitada al apéndice vermiforme, pudiendo ciertamente ser primitiva, como lo prueban numerosos hechos observados principalmente en Francia; pero casi siempre la flegmasia es consecutiva á la introduccion de cuerpos estraños en la cavidad vermicular; tales como heces endurecidas, cálculos, concreciones, huesos ó pepitas de frutas, etc. En uno y otro caso se observan dolores violentos en el vientre, con especialidad en la fosa ilíaca, vómitos, diarrea, y mas á menudo todavía, astriccion. La muerte acaece en general prontamente con los síntomas de una peritonitis sobre-aguda, y en la autopsia se ve inflamado el peritoneo y el apéndice vermicular reblandecido, gangrenado y perforado. Hace algunos años que se han reunido por un médico alemán (Fred. Merling), los hechos mas curiosos de esta especie, en una pequeña monografía que ha publicado, sobre las enfermedades del ciego. (V. *Perforaciones del apéndice vermiforme*).

*Curso*.—La enteritis tiene casi siempre un curso regular; es decir, que despues de haberse aumentado los síntomas durante algun tiempo, disminuyen poco á poco, y acaban por cesar de una manera definitiva. Sin embargo, no es raro ver que presenta la enfermedad exacerbaciones en épocas fijas, ó bien despues de haber cesado, reproducirse en seguida por ciertos intervalos, á la ma-



nera de las afecciones periódicas. Pero es poco comun que la enteritis dependa de la causa específica que produce estas últimas; y en la inmensa mayoría de casos se reconoce, como hemos dicho ya en otra parte, que las exacerbaciones ó recaídas periódicas de los cólicos y diarrea, dependen únicamente de algun exceso en el régimen, ó de la hora en que los enfermos han tomado alimentos. En efecto, concíbese que cuando la enteritis está limitada á un pequeño espacio, no se observa frecuentemente ningun fenómeno morboso; pero si comen los enfermos, sobrevendrán los accidentes de la inflamacion intestinal en una época mas ó menos distante de la comida, cuando lleguen los alimentos al nivel de la porcion intestinal enferma. Concíbese tambien fácilmente, por qué podrán reproducirse en estos casos los accidentes de una manera continua ó periódica, segun que los enfermos persistan en comer, ó se moderen de vez en cuando.

*Duracion, terminacion.*—En la mayor parte de los casos, rara vez pasa la enteritis de un septenario. Su terminacion es casi siempre feliz, al menos en el adulto. La enfermedad puede sin embargo tener un éxito funesto, y entonces la muerte resulta de la estension é intensidad de la flegmasia, que en este caso invade comunmente una parte considerable del tubo intestinal, y destruye rápidamente la membrana mucosa. Se concibe que en semejante circunstancia puede existir una calentura intensa, delirio, coma, y síntomas adinámicos muy graves; pero este aparato sintomático, muy raro en nuestro país, apenas se observa mas que en los climas cálidos. Entre nosotros no se nota en la forma mas grave de la enteritis sino un movimiento febril mediano, y casi nunca síntomas cerebrales; la lengua queda húmeda, pero los dolores de vientre son vivos y permanentes; las deposiciones abundantes y mas ó menos sanguinolentas; la postracion guarda relacion con la intensidad de estos dos últimos síntomas. La enteritis pasa frecuentemente al estado crónico, á consecuencia del tratamiento poco racional que se le opone, de los excesos del régimen, y otras malas condiciones higiénicas, á que se hallan espuestos los enfermos. La edad de estos influye de un modo notable en la fisonomía de la enteritis y curso que sigue. Efectivamente, en los niños la enteritis y entero-colitis, adquieren con frecuencia una grevedad que no presentan casi nunca en el adulto. Asi es que en los niños de pecho se la ve á menudo anunciarse por eritema en las nalgas y luego acompañarse de una reaccion febril muy intensa, con tumefaccion del vientre y sensibilidad viva á la presion; las deposiciones son mucosas, amarillentas, á veces sanguinolentas, mas frecuentemente verdosas y en mucho número. Tambien se nota en ocasiones al principio vómitos abundantes, y que el mayor número de veces no se esplican por ninguna lesion del estómago: en estas circunstancias es cuando se ven aparecer en la boca de un gran número de niños puntos aftosos. Son tantas y tan profusas las evacuaciones alvinas, que pudieran con propiedad estas enteritis calificarse de *coleriformes*. La demacracion hace entonces rápidos progresos; en veinte y cuatro horas estos tiernos seres se ponen desconocidos, y los mas sucumben. Entre los niños de mas edad, es decir de dos á cinco años, la enteritis, como lo han probado Barthez y Rillet, puede presentarse igualmente bajo una forma muy grave, como simulando una afeccion tifoidea. Asi es que la lengua se seca y oscurece, y los dientes se ponen fuliginosos; hay timpanitis, está tenso el vientre, y puede haber delirio y coma. Decimos, no obstante, que esta es felizmente una forma muy rara de la enteritis en la infan-

cia. La mayor parte de los que la padecen, sucumben en dos septenarios.

*Diagnóstico.*—La diarrea y los cólicos, con los caracteres anteriormente indicados, harán siempre distinguir muy fácilmente la enteritis de la disenteria, del cólico de plomo, de los cólicos nerviosos, del ileo, de la peritonitis y de los reumas de las paredes abdominales. (V. estas enfermedades). No hay la menor relacion en el adulto, entre la enteritis y la calentura tifoidea; porque, respecto á la gravedad, la primera nraa muy rara vez, al paso que la segunda es funesta para un gran número de individuos de los que ataca. En la enteritis hay comunemente poca calentura; el vientre está dolorido, pero sin meteorismo, sin el gorgoteo en la fosa iliaca; el bazo no parece desarrollado; no hay ruido sibilante en el pecho; no se observan síntomas cerebrales; los enfermos no están atormentados por el insomnio; la debilidad es mediana, y generalmente proporcionada á la intension de la diarrea; mientras que en la calentura tifoidea la disminucion de fuerzas no está en relacion con el número y la abundancia de las evacuaciones. En los niños de dos á cinco años no es absolutamente lo mismo; porque hemos visto que algunas veces á esta edad, por la diarrea escesiva, el desarrollo del vientre, la sequedad ó el estado fuliginoso de la lengua y su complicacion con los accidentes cerebrales, podia confundirse la enteritis con la calentura tifoidea. Sin embargo, el curso de la enfermedad, y sobre todo la carencia de algunos signos importantes, tales como el desarrollo del bazo, los ruidos en el pecho y las manchas de la piel, permitirán las mas veces establecer el diagnóstico diferencial, que nosotros por lo tanto convenimos puede en algunos casos muy raros quedar oscuro é incierto hasta la muerte. Util seria en semejante circunstancia aprovecharse de las investigaciones termométricas de M. Roger quien ha podido averiguar que la temperatura de los enfermos en la enteritis es igual á 38 ó 39 grados y aun casi siempre algo menor, mientras que con muchísima frecuencia asciende en la calentura tifoidea á 41 ó 42 grados.

Establecida ya la existencia de la enteritis, hemos visto podia algunas veces determinarse exactamente su sitio en tal ó cual parte del intestino. Pero hemos reconocido tambien que en el mayor número de casos era imposible esta localizacion, con especialidad para las tres divisiones del intestino delgado, y aun para determinar si este se halla únicamente afectado, ó bien si lo está simultáneamente con el intestino grueso. Todo lo que se ha dicho desde Broussais, sobre el modo de distinguir entre sí la inflamacion de la mucosa del intestino delgado de la del cólon, es enteramente falso. Creo que los que están acostumbrados á observar enfermos con cuidado, abundarán en mi opinion, que es conforme á la de Louis, cuya superioridad en el arte del diagnóstico no disputa seguramente nadie.

*Pronóstico.*—En el adulto y en nuestro clima, la enteritis (escluyendo siempre la que es tóxica), constituye una afeccion ordinariamente benigna, y que casi nunca termina por la muerte. Pero no sucede lo mismo en los viejos, ni en los niños de pecho, sobre todo los de los hospicios, quienes abatidos prontamente por la diarrea y los dolores, sucumben en gran número. Hablando de la benignidad de la enteritis en los adultos, no he querido designar mas que la enteritis primitiva, porque no es ya lo mismo con la secundaria. Asi hemos visto anteriormente que esta afeccion ocasiona la muerte á muchos individuos



que habian escapado desde luego á los peligros de la viruela y sarampion.

*Etiología.*—La enteritis es una afeccion comun á todas las edades; pero no hay todavía ninguna relacion exacta, por la cual pueda fijarse aproximativamente cuál es la frecuencia de esta enfermedad en los diferentes períodos de la vida, y en uno y otro sexo. Mas comun en las estaciones y climas cálidos, la inflamacion de los intestinos sobreviene especialmente despues de la impresion del frio, cuando el cuerpo está acalorado, ó bien despues de escesos del régimen, ó en fin, por la ingestion de sustancias irritantes, acres, y de purgantes violentos. La enteritis es una enfermedad frecuentemente epidémica. En los niños de pecho reconoce á menudo por causa una alimentacion muy abundante, la denticion, el destete prematuro, etc.

*Tratamiento.*—En la mayor parte de los casos cede la enteritis á un tratamiento muy simple, como el uso de bebidas suaves y mucilaginosas, de medias lavativas templadas y calmantes, y de cataplasmas emolientes al vientre. Pero el principal medio de curacion consiste en el régimen. Asi es que en la enteritis muy benigna, los enfermos se abstendrán de toda alimentacion sólida, y si la enfermedad es mas intensa, la dieta será rigorosa. La reaccion febril, la fuerza del pulso, indican el uso de una ó muchas sangrias generales. Si los dolores abdominales son muy vivos, será igualmente útil aplicar sanguijuelas, que algunos ponen en el ano con el objeto de desengurgitar mas fácilmente el intestino; pero creemos que es preferible ponerlas en el vientre, porque los enfermos se alivian mas completa y rápidamente. En estos casos se obtendrán buenos efectos de los baños tibios y suficientemente prolongados. En fin, no obstante estos medios, si los cólicos son muy vivos, ó si la enteritis invade á un sugeto muy irritable, se deberá administrar desde luego cierta cantidad de opio, con el objeto de moderar los dolores. Ademas las preparaciones opiadas se hallan indicadas tambien en una época mas remota, cuando concluidos los síntomas de reaccion, persiste solo la diarrea. En tales casos, el opio modifica casi siempre con ventaja la secrecion intestinal. La entero-colitis suele asimismo complicarse con un estado bilioso, que se puede combatir por medio de un vomitivo; solo que se deberá preferir la ipecacuana al emético, porque limita casi toda su accion al estómago, mientras que el segundo obra muy á menudo como emético y purgante. La ipecacuana se emplea tambien como revulsivo estomacal al principio de la entero-colitis de los niños: M. Trousseau aconseja dicha raiz para que obrando revulsivamente en el estómago, disipe ó disminuya la enteritis; mas tal efecto está todavía muy lejos de haber sido sancionado por la esperiencia. Es inútil insistir para probar cuánto se debe vigilar el régimen de los enfermos, si se quieren evitar recaidas continuas, y en conclusion, el paso de la enfermedad al estado crónico.

Las reglas del tratamiento son casi las mismas para el niño de pecho; se le deberá dar de mamar un poco mas de tarde en tarde; se arreglarán sus comidas y se reemplazará en parte la leche de la madre con algunas bebidas suaves, como el agua de goma ó de avena. Si la diarrea es abundante, se administra una lavativa con una ó dos gotas de láudano. Si todavía continúa, se debe entonces establecer una enérgica revulsion en la piel del abdómen por medio de una cantárida. En el caso de estar el vientre tenso y muy doloroso, siendo al propio tiempo la calentura fuerte, será preferible al revulsivo la aplicacion

de dos sanguijuelas en el mismo vientre. Utilísimo considero sumergir una ó dos veces cada día á los enfermitos en un baño emoliente. Si sobreviene la enteritis después de un destete prematuro, se debe volver á poner en nodriza al niño, y no permitirle otro alimento que la leche, lo que no escluye por otra parte el uso de los emolientes, de los mucilaginosos y opiados ó del bismuto. En estos últimos tiempos se ha empleado el nitrato de plata en lavativa (de uno á dos granos): hasta se ha ordenado el mismo medicamento interiormente (la sexta parte de grano en una pocion), M. Trousseau tributa grandes elogios á este método que segun el testimonio de M. Bouchut, cura algunas veces y alivia siempre. (Véase como complemento el artículo *Reblandecimiento de la mucosa digestiva*).

## DE LA ENTERITIS Y ENTERO-COLITIS CRÓNICAS.

La forma crónica de la enteritis y de la entero-colitis puede ser primitiva; otras veces es consecutiva al estado agudo.

*Caracteres anatómicos.*—En la mayor parte de los individuos que sucumben á la enteritis crónica, se ve una demacracion extrema de todo el cuerpo; el calibre de los intestinos se halla tan disminuido, que alguna vez no tiene en el adulto mas que el grosor de un dedo pequeño, al paso que el cólon, afectado, apenas presenta el volúmen natural del íleon. Al mismo tiempo las paredes intestinales están adelgazadas, como atrofiadas, y presentan á menudo, en una gran estension, cierta coloracion morena, apizarrada, á la cual es enteramente extraño el peritoneo, y que depende del color de los tejidos subyacentes, sobre todo de la membrana mucosa. En varios cadáveres al contrario, las paredes intestinales, sobre todo si la inflamacion reside en el cólon, se hallan densas, endurecidas, blanquecinas y ofrecen una semitransparencia cuando se las corta; parecen lardáceas á consecuencia del espesor del tejido celular: la membrana mucosa es de un gris oscuro, unas veces espesa y friable, y otras reblandecida, adelgazada, destruida y alguna vez tambien ulcerada en una estension mas ó menos considerable. Sin embargo, no hay razon para mirar generalmente las ulceraciones como un carácter anatómico frecuente de la enteritis crónica; porque esta lesion no se encuentra casi mas que en los sugetos tuberculosos, y entonces resulta menos de un trabajo inflamatorio *primitivo*, que de fundirse los tubérculos sub-mucosos. Por otra parte, no hemos de ocuparnos aqui de esta especie de enteritis, que describiremos con cuidado en el artículo *Tisis*. Tambien se encuentra la membrana mucosa intestinal ulcerada en las enteritis que son consecutivas á la disenteria. Se puede pues establecer como resultado positivo de observacion, que excepto la disenteria crónica de que vamos á tratar, y la enteritis tuberculosa, la inflamacion crónica de la mucosa intestinal se termina muy rara vez por ulceraciones. En fin, cuando estas existen, son incontestablemente mas comunes en las diversas partes del cólon que en el intestino delgado. Sea la que fuere la edad de los enfermos, rarísima vez participa el estómago de las lesiones de la mucosa intestinal, á pesar de haberse dicho que se encontraba constantemente alterado.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—En la enteritis ó entero-colitis crónica, el dolor es poco vivo, y ocupa por lo comun el mismo punto del vientre; rara vez continuo, no se presenta lo mas á menudo sino de tiempo en tiempo, y



entonces precede á cada evacuacion. Las deposiciones son mas ó menos numerosas; se hacen cinco ó seis en las veinte y cuatro horas, con frecuencia mas, y rara vez menos. Constantemente son líquidas, amarillentas y muy fétidas; las necesidades de defecar son con frecuencia provocadas por la marcha, por una emocion, y sobre tódo por la ingestion de los alimentos y bebidas. Asi es que hay muchos enfermos atacados de enteritis crónica, que no pueden ni beber ni comer, sin sentir al momento una necesidad repentina y apremiante de depone: casi todos están atormentados de borborismos, que se manifiestan principalmente poco despues de comer, y con frecuencia son los precursores de las evacuaciones alvinas. La sed es nula, la mayor parte de los enfermos conservan el apetito, y la digestion estomacal se hace regularmente y sin padecimiento alguno. Con todo, por poco que se prolongue la enteritis, no tarda en advertirse que la nutricion está profundamente alterada. Asi es que los enfermos pierden sus fuerzas, se ponen pálidos y demacrados, se les retrae el vientre hácia el raquis, la piel está seca y áspera, el pulso se acelera al momento, hay un aparato febril continuo ó irregular, y en fin, si la enfermedad sigue agravándose, puede suceder la muerte en el último grado del marasmo. Otras veces disminuye la diarrea, los cólicos son casi nulos, y por último, la gordura y las fuerzas renacen poco á poco, y los enfermos vuelven á la salud.

Pero cualquiera que sea el modo de terminacion, es raro que la enteritis crónica siga un curso uniforme y regular; en efecto, lo mas comunmente se observan remisiones y exacerbaciones. Estas sobrevienen espontáneamente, ó son escitadas por diferentes causas, con especialidad por escesos del régimen, ó por la impresion de la humedad y del frio.

*Duracion.*—La enteritis y la entero-colitis tienen una duracion ilimitada; muchos individuos, aunque bien curados, conservan sin embargo una gran susceptibilidad por parte de los intestinos. Tambien se observan en ellos desarreglos digestivos al menor esceso en el régimen, cuando comen ciertos alimentos de difícil digestion, cuando se esponen á la humedad, ó toman una bebida fria.

*Diagnóstico.*—Acompañándose los cólicos y la diarrea de demacracion y decaimiento, son síntomas de enteritis crónica; pero no constituyen el carácter patognomónico, puesto que se les encuentra en el mismo grado en diversas lesiones orgánicas de los intestinos, especialmente en las ulceraciones tuberculosas y degeneraciones escirrosas. Solo pues por *via de exclusion*, es como podrá llegarse al diagnóstico exacto de la enteritis crónica simple. Es menester no olvidar que esta última es rara vez mortal en el adulto, y no es comun se manifiesten en esta edad síntomas de consuncion producidos por ella; asi es que deberán mirarse como muy sospechosas esas enteritis crónicas, en las que hay una demacracion rápida, que frecuentemente no guarda relacion con la diarrea. Deberemos recelar mas todavia de las diarreas crónicas acompañadas de movimientos febriles, que se presentan regularmente por la tarde y noche; porque casi siempre son sintomáticas de ulceraciones intestinales de naturaleza tuberculosa, que coinciden *siempre* con tubérculos pulmonares. En todos los casos de diarreas crónicas se deberá explorar el tórax con el mayor cuidado, siendo muy reservados para el pronóstico, toda vez que se vean aparecer síntomas de consuncion ó calentura héctica. Las diarreas crónicas sintomáticas de

una lesion cancerosa se conocen mas fácilmente, porque, como vemos mas adelante, alternan muchas veces con la astriccion, y van precedidas de signos que indican un detenimiento ó dificultad en el curso de las materias fecales; hállanse estas formadas por sanies, por pus mezclado con ellas; en fin, independientemente de los signos exteriores de la caquexia cancerosa, la palpacion del vientre y el tacto rectal, podrán dar á conocer la naturaleza y sitio de la lesion orgánica.

*Pronóstico.*—La enteritis crónica es una enfermedad generalmente temible, menos por su gravedad que por su obstinacion y la frecuencia de sus recidivas. Sin embargo, en los niños muy pequeños y los viejos, no es raro verla terminarse por la muerte.

*Etiología.*—La enteritis crónica reconoce con frecuencia por causa en el adulto, escesos del régimen y una mala alimentacion. Estas causas obran sobre todo activamente en los niños, que naturalmente son muy propensos á la diarrea. El destete prematuro y un alimento abundante y deproporcionado á las fuerzas digestivas, son las causas mas comunes de la enteritis crónica de los niños de pecho. Las causas anteriores obran tanto mejor, cuanto mas débil es la constitucion de los niños.

*Tratamiento.*—Lo primero que debe fijar la atencion del médico, es el régimen del enfermo. Una dieta absoluta es rara vez útil, pues en la mayor parte de casos tendria graves inconvenientes. Pero es menester elegir los alimentos de mas fácil digestion, y que conteniendo muchos principios nutritivos sean absorbidos en gran parte y proporcionen pocos residuos. Las sopas de fécula, la crema de arroz, las gelatinas vegetales y animales, serán desde luego aconsejadas; en seguida, se llegará por grados á una alimentacion enteramente sólida y mas sustanciosa. Al principio importa mucho no hacer comidas demasiado abundantes, ni tampoco es necesario multiplicarlas mucho para evitar que los intestinos se fatiguen. Los enfermos beberán vino generoso, debiendo preferirse el de Borgoña, y sobre todo el de Burdeos, dilatados en suficiente agua. Muchas veces toleran mal los enfermos de que hablo el agua vinada, que les produce deposiciones; pero en este caso nos ha bastado algunas veces añadir una pequeña cantidad de agua de Seltz, de azúcar ó goma, para que la soporten. En la enteritis crónica deberán escitarse las funciones de la piel, por medio de los baños simples, sulfurosos, jabonosos ó salados, ó por fricciones secas y aromáticas. En fin, se cubrirá á los enfermos de franela, y se preservará sobre todo el vientre de la impresion del frio con una faja, y mejor aun con una piel de liebre. Los medicamentos deben variar segun los casos. Cuando los cólicos son todavía vivos y continuos, conviene hacer una ó muchas aplicaciones de ventosas ó sanguijuelas en el vientre. Se cubrirá esta parte con cataplasmas emolientes, y se darán al interior las bebidas mucilaginosas, el cocimiento blanco de Sydenham, las lavativas emolientes y calmantes, que hemos aconsejado en el período agudo. A esto deberá añadirse el uso del opio, y aun mejor el de la triaca ó el diascordio, en razon á las propiedades calmantes, y al mismo tiempo tónicas y astringentes de estas preparaciones. Trousseau ha preconizado, tanto para los niños como para los adultos, el sub-nitrato de bismuto; para los primeros á la dosis desde diez hasta cuarenta granos, y para los últimos desde cuarenta granos hasta dociientos. Tales dosis nos parecen muy suficientes;



M. Monneret, sin embargo, establece que pueden aumentarse mucho.

Cuando la enfermedad se prolonga y el paciente ha caído ya en una atonía general, todos los prácticos convienen hoy en la necesidad de emplear los tónicos y astringentes mas eficaces, como los cocimientos de quina, de cachunde, de simaruba, de ratania, etc., aunque con suma prudencia, estando á la mira y estudiando sus primeros efectos. Igual cautela recomendamos en la administracion de las aguas minerales ya naturales ya ficticias que tan útiles pueden ser: la esperiencia enseña que son preferibles para los casos de que hablamos, las ferruginosas, las alcalinas y las gaseosas. Debemos advertir que las sulfurosas dan tambien satisfactorios resultados, pero tomadas únicamente en baños: la escitacion cutánea que causan, obra cual útil revulsivo: estamos altamente satisfechos de los baños de Barèges. Hay, en fin, rebeldes enteritis que se resisten á todos los medios hasta aquí aconsejados, y se curan, ó á lo menos disminuyen muchísimo, con una revulsion poderosa en el tegumento abdominal: semejante revulsion se alcanza con el vejigatorio, el cauterio ó la pomada de Autenrieth.

Se ha de confesar que muchas enteritis dejan de curarse por la gran dificultad que experimentamos para modificar las superficies inflamadas; nos hemos de valer de medicamentos que han de atravesar varios órganos sanos, y por lo tanto llegan á los intestinos despues de haber sufrido mayores ó menores alteraciones: el intestino recto es el único que puede recibir directa é inmediatamente sustancias medicinales, teniendo esta considerable ventaja sobre todo lo restante del tubo intestinal. Así cuando los medios propuestos no surtan efecto, y se vea que la inflamacion crónica reside en el recto, se tratará de modificar profundamente los tejidos inflamados, tocándolos con una solución mas ó menos concentrada de nitrato de plata (de cinco hasta veinte granos de esta sal en onza ó onza y media de agua). Generalmente esta medicacion es muy eficaz, por manera que dos cauterizaciones, ó sean dos inyecciones por el ano, suelen bastar para triunfar del mal. No hace mucho tiempo que M. Trousseau (como he dicho anteriormente) recomienda el mismo medicamento en pocion, á la dosis de una quinta parte de grano, disuelta en una onza de agua destilada y azucarada que se usa á cucharadas: no descuida por esto la lavativa: á la medicacion empleada por M. Trousseau le falta todavía el abono de la esperiencia: yo no me atrevo á recomendarla.

Los tiernos niños que padecen la enteritis crónica reclaman ademas otros cuidados. Si aun maman, se procurará que la leche no sea ni demasiado abundante, ni demasiado nutritiva, dándoles menos á menudo el pecho y en los intervalos se les hará tomar algun poquito de una pocion ligerísimamente opiada. Si el enfermito es recién destetado y la inflamacion intestinal no cede, conviene volverle á dar el pecho desde luego, pues la dieta lactea causa siempre gran provecho á los niños enfermos de enteritis crónica, siendo la leche de mujer la preferible, en términos que debe ordenarse tambien á las criaturas destetadas, aun cuando tengan ya tres ó cuatro años, y si no pueden ó no quieren tomar el pecho, se les dará la leche á cucharadas ó á beneficio de un biberon. Lo que estoy aconsejando produce algunas veces verdaderas resurrecciones. La leche de burra podrá suplir en varios casos la de mujer. Cuando la pobreza ó cualquier otra circunstancia de los padres, hiciera que no fuese posible propor-

cionarse ninguna de dichas leches y se tuviera únicamente la de vaca ó la de cabra, se le añadiría azúcar, pudiendo ser al mismo tiempo preciso para muchos niños debilitarla con un poco de agua. Lo que importa sobre manera es la distribución metódica del líquido nutritivo y medicinal; es decir, que se ha de dar la leche en forma de comidas regulares, cada tres ó cuatro horas. Ha sido el doctor Donné quien recientemente ha fijado la atención de los prácticos en el uso de la leche para curar las inflamaciones intestinales de la infancia.

## DE LA DISENTERIA.

SINONIMIA.—Disenteria, colitis, colitis específica; tormina; tenesmo, *fluxus intestinorum eum ulcera*, etc.

La disenteria es una dolencia caracterizada por cólicos mas ó menos agudos, por una necesidad frecuente y casi continua de deponer, y por la escrescion de un *mucus* sanguinolento ó de una serosidad rojiza, que se presenta en pequeña cantidad á la vez.

*Historia.*—La disenteria es una enfermedad cuyo conocimiento data desde la antigüedad mas remota; pero no se ha estudiado de un modo algo exacto sino por los observadores del siglo último, y especialmente por Pringle (1) y Zimmermann (2), asi como por muchos contemporáneos nuestros, entre los que se distinguen Pinel (3), Chomel (4), Parmentier y Trousseau (5), Thomas (6), Guesetín (7), Gely (8), Masselot y Follet (9), Cambay (10), Haspel (11), etc.

*Divisiones.*—Los autores han propuesto una multitud de divisiones en el estudio de la disenteria; pero creemos que no se deben conservar sino las siguientes, á saber: la distinción de la disenteria en *benigna* y *grave*, *febril* y *apirética*, *esporádica* y *epidémica*; en fin en *aguda* y *crónica*. Se verá que estas distinciones son importantes, sobre todo, respecto al pronóstico y al tratamiento.

*Anatomía patológica.*—En los sujetos que sucumben á la disenteria aguda, se encuentra la membrana mucosa del cólon, del recto, y frecuentemente tambien la del fin del intestino delgado, roja, abultada, engrosada y friable. Los folículos del cólon están aumentados de volumen, su orificio se ha ensanchado y presenta un punto negro; y en fin, las paredes intestinales aparecen mas ó menos edematosas, y su hinchazón, que en gran parte se forma á espensas del tejido celular sub-mucoso y de la túnica muscular, llega á doce ó quince líneas. Estas alteraciones son bastante á menudo las únicas que se encuentran en la disenteria aguda, sobre todo en la esporádica, y cuando no ha pasado el primer septenario; pero despues, y especialmente en tiempos de epidemia, se ven ulceraciones mas ó menos numerosas de la membrana mucosa del cólon.

(1) *Maladies des armées.*

(2) *Traité de la dysenterie.*

(3) *Nosographie philosophique.*

(4) *Dictionnaire de médecine*, artículo DISENTERIA.

(5) *Archives de médecine*, t. XIII.

(6) *Idem*, segunda serie, t. VII.

(7) *Idem.*

(8) *Essai sur les altérations anatomiques qui constituent spécialement l'état dysentérique.*

(9) *Archives*, año 1843, t. I y II.

(10) *De la dysenterie et des maladies du foie*, Paris, 1847.

(11) *Maladies de l'Algérie*, t. II, Paris, 1852.



Esta alteracion, mirada como constante por los unos (Celio Aureliano), como rara por otros (Sydenham, Willis, Pringle, Stoll), y hasta negada por algunos, ha sido perfectamente estudiada en estos últimos tiempos por un excelente médico de Tours, el doctor Thomás, quien, á ejemplo de Celio Aureliano, ha mirado las ulceraciones como carácter anatómico esencial de la disenteria. Esta opinion ha sido confirmada posteriormente por las investigaciones de muchos observadores, y sobre todo por las de Haspel y Cambay, quien ha encontrado ulceraciones en doscientos cadáveres de disentéricos, á quienes ha hecho la autopsia en la Argelia. Segun M. Thomás, las ulceraciones residen en los folículos y son visibles desde el octavo dia, en cuya época forman pequeñas soluciones de continuidad, que reuniéndose pronto entre sí, concluyen por constituir úlceras irregulares de bordes recortados, interesando toda la mucosa, y cuyo fondo, formado por el tejido celular ó la membrana muscular, está frecuentemente cubierto por una película blanquecina, verdadera falsa membrana que se separa con facilidad, que es menester no equivocar con una escara, y que se forma alguna vez primitivamente sobre la membrana mucosa, solamente mas ó menos inyectada. Unas veces no hay mas que algunas ulceraciones, otras son estas muy numerosas, y aun pueden estar tan aproximadas, que el cólon y el recto aparezcan como acribillados. Algunas tienen dos ó tres líneas de diámetro, son redondeadas ó de forma irregular, y sus bordes agrisados parecen haber sido cortados como por un saca-bocados. Rara vez interesa la ulceracion mas que la membrana mucosa; sin embargo, no dejan de encontrarse una ó dos de las membranas intestinales sucesivamente destruidas; muchas veces se ha visto invadir el trabajo ulcerativo hasta la membrana serosa, y si durante la vida se verifica una perforacion, se ve un derrame de materias estercoráceas en el vientre, y las lesiones características de una peritonitis sobre-aguda. La gangrena es una afeccion en extremo rara.

En lugar de ser destruida, la mucosa puede levantarse y desprenderse como si en ella hubiese un flegmoñ sub-mucoso. De este modo refiere Catteloup en el tomo LVII de las *Memorias de Medicina militar*, la historia de dos enfermos muertos de disenteria, que tenian, uno, la mucosa del intestino grueso desprendida y formando un cilindro de cincuenta y dos líneas de largo; en el otro se presentaba bajo la forma de una faja de cincuenta y dos líneas de largo y treinta y cinco de ancho. Una alteracion igual, vagamente indicada por los médicos antiguos, mas recientemente reconocida por Morgagni, ha sido tambien encontrada por Cambay, Haspel y algunos otros, aunque, sin embargo, debe ser considerada como muy rara.

Las lesiones que acabo de estudiar, son casi las mismas que Trousseau y Parmentier encontraron en 1826, en la epidemia de Indre y Loyre, y que acaban de encontrarse por dos cirujanos militares (Massetot y Fallet), en la epidemia que reinó en 1842 en la guarnicion de Versailles, y no se diferencian notablemente de las que con tanta exactitud describió en 1838, el doctor Gely, de Nantes. Este distinguido médico admitió cuatro formas anatómicas principales en la disenteria: 1.º hipertrofia mamelonada (abultamiento de la mucosa con infartacion de los folículos); 2.º las ulceraciones de los folículos; 3.º las falsas membranas, menos frecuentes que las ulceraciones; 4.º el adelgazamiento y el reblandecimiento de la mucosa, menos frecuentes que la hipertrofia, acompa-

ñados muchas veces de pseudo-membranas, y de ulceraciones muy superficiales, que no pueden distinguirse bien sino á trasluz. Las ulceraciones que pueden faltar en la disenteria esporádica y en la benigna, son, por el contrario, constantes en la crónica. En esta forma, la superficie de las ulceraciones suele ser fungosa y sanguinolenta, las paredes intestinales se han abultado, por lo regular son duras y de un aspecto como escirroso, á causa de la hipertrofia del tejido celular sub-mucoso.

En las personas que han muerto de disenteria desde el octavo al vigésimo dia, se ve ordinariamente que los ganglios mesentéricos están voluminosos, encendidos, friables y hasta supurados. Trascurrido este plazo, se aplanan y adquieren un color oscuro ó pizarroso.

Ademas de las lesiones indicadas, los autores hablan de diferentes alteraciones que suelen encontrarse en los disentéricos, hácia el hígado, el esófago y las vías urinarias; pero estas son complicaciones de que hablaremos mas adelante. Estas lesiones se hallan casi siempre limitadas al intestino grueso; igualmente pueden ocupar las últimas partes del intestino delgado, pero esto es bastante raro, y sobre todo es poco comun encontrar allí ulceraciones.

1.º *Síntomas de la disenteria benigna.*—La disenteria empieza frecuentemente sin prodromos; otras veces es precedida, durante algunas horas, ó de uno ó muchos dias de malestar, de desarreglo en las funciones digestivas, escalofríos, quebrantamiento y uná gran debilidad en el dorso (Zimmerman). Pronto aparecen los dolores abdominales; casi siempre existen hácia la S del cólon, y suben en seguida á lo largo de las otras partes de este intestino, ó bien son generales y movibles, concentrándose en la fosa iliaca izquierda y el recto; la presion los exaspera generalmente, pero no siempre. Todos los enfermos experimentan una sensacion particular de pesadez hácia el peritoneo; paréceles que experimentan la sensacion de un cuerpo extraño, situado en la estremidad inferior del recto, y hacen esfuerzos penosos, dolorosos de defecacion, sin esperar nada, en cuyo caso se dice que hay pujos ó falsas ganas de deponer. Sin embargo, de vez en cuando los enfermos espelen una pequeña cantidad de materias intestinales, que al pasar por el ano producen una sensacion de escozor ó quemadura intolerable. Al principio son materias estercoráceas ordinarias, sólidas ó líquidas; pero pronto consisten solo en mucosidades espesas, blanquizas, sanguinolentas y coposas, mezcladas alguna vez con pequeñas concreciones blanquizas ó grisáceas, formadas algunas veces por los restos de la membrana mucosa; pero que son por lo regular las falsas membranas que hemos encontrado en la superficie de las ulceraciones, y alguna vez sobre la mucosa misma; asi que es raro descubrir estas producciones en las materias defecadas antes del noveno ó décimo dia; Thomás las ha visto sin embargo desde el cuarto. Estas materias inodoras, de un olor ligero ó poco fétido, se deponen siempre en muy pequeña cantidad á la vez. El número de deposiciones es mas ó menos considerable; rara vez es menor de doce en las veinte y cuatro horas, y llega algunas veces á treinta, cuarenta y aun mas. En estos casos la piel del ano está roja, y hay una procidencia del recto, sobre todo en los niños y sujetos débiles. En muchos enfermos participa una parte de los órganos genito-urinarios de los padecimientos del intestino. Asi es que frecuentemente existe un tenesmo vesical, caracterizado por la necesidad continua de orinar y por



esfuerzos al efecto, sin que se espela ninguna gota de líquido. Hay enfermos que deponen entonces algunas mucosidades blanquizcas exhaladas en la vejiga misma, y mas á menudo en la uretra: en las mujeres se observa frecuentemente un poco de leucorrea. Con todo, por benigna que sea la disenteria, siempre va acompañada de un malestar y de una debilidad, que no se esplica frecuentemente ni por la intensidad de los dolores, ni por el número ú abundancia de las deposiciones. La cara, pálida y abatida, espresa el padecimiento; pero las facciones se contraen, y la agitacion es grande, mientras se verifican el tenesmo ó las escreciones. El apetito se pierde ó disminuye; la boca está pastosa y amarga; hay sed, y alguna vez vómitos. En medio de estos desórdenes, el pulso aparece tranquilo; pero con mas frecuencia se halla acelerado; se aumenta el calor de la piel y esta se pone árida y seca: estos síntomas caracterizan la disenteria benigna.

Despues de haber persistido con alguna intensidad por espacio de uno ó muchos dias, pronto se ven disminuir los cólicos y el tenesmo; menos frecuentes desde luego las deposiciones, dejan de ser mucosas, haciéndose poco á poco estercoráceas; muchas veces sucede un poco de diarrea á la disenteria, y por fin, despues de una duracion que varía entre cuatro y ocho dias, se restablecen las funciones á su estado de integridad, y de las perturbaciones que hemos descrito no queda sino cierto grado de debilidad, y algunas veces tambien una susceptibilidad mayor en las vías digestivas.

2.º *Síntomas, curso y terminaciones de las disenterias graves.*—Cuando la disenteria reina epidémicamente, sobre todo, si reina en paises cálidos ó si ataca en las cárceles, á bordo de los buques, en los campamentos ó ciudades sitiadas, se conoce por síntomas generales y locales mucho mas graves. Asi es que los dolores abdominales son por lo comun atroces; los pujos mas penosos, casi incesantes, y el número de deposiciones es mas considerable. Zimmerman ha visto enfermos que han hecho mas de doscientas en el espacio de algunas horas solamente. Las materias son las mismas que anteriormente, pero mas á menudo rojizas, algunas veces oscuras, negras, puriformes, semejantes al esperma, á la freza de las ranas, el mayor número serosas; en fin, en una época mas distante son comparables á la lavadura de la carne, y en todos los casos exhalan una horrible fetidez. Hay enfermos que de vez en cuando deponen sangre pura, y en algunas ocasiones en cantidad considerable; sucede tambien que en época avanzada espelen todavía materias fecales sólidas redondeadas, detenidas probablemente hasta entonces en las abolladuras del intestino grueso. Hay mas; se han visto salir películas dífitericas, falsas membranas y hasta pedazos de los mismos intestinos. Esto último observado por Celso y Areteo y negado por el mayor número de facultativos, es indudable segun el testimonio de Annesley y de muchos de nuestros médicos militares. MM. Catteloup y Cambay han visto á muchos disentéricos arrojar por el ano cilindros estensos formados de la membrana mucosa y túnica muscular del tubo intestinal. Los síntomas generales se hallan en relacion con este estado local. La fisonomía está alterada, el abatimiento es estremo, la sed inestinguible; pero las bebidas no pueden ingerirse sin escitar casi al momento la necesidad de deponer; la respiracion es acelerada; hay una reaccion febril considerable; el calor de la piel es seco y acre; el pulso es ya fuerte, lleno, desarrollado, ó bien pequeño y concentrado. La secrecion

urinaria se disminuye y aun casi se suspende, cuando las deposiciones son muy frecuentes.

La manifestacion ó el predominio de ciertos accidentes imprime muchas veces en la enfermedad una fisonomía especial, y justifica las variedades que los autores han admitido. Asi es que en ocasiones hay un delirio mas ó menos violento, sobresalto de tendones, un temblor general, y esa reunion sintomática que caracteriza el *estado atáxico (disenteria atáxica)*. Mas frecuentemente se ve caer á los enfermos en la postracion; la lengua se seca y oscurece; los dientes se llenan de fuliginosidades, y el vientre está tenso y meteorizado: esta es la disenteria *adinámica*, que como la forma precedente es, ya primitiva, ya consecutiva de una viva reaccion, con un pulso fuerte, desarrollado, con abultamiento de la cara, es decir, con el conjunto de síntomas que caracterizan la calentura inflamatoria (*disenteria inflamatoria*). La disenteria adinámica es la que se observa comunmente en los campamentos y las cárceles, complicándose tan á menudo con el tifo. Por último, en lugar de los síntomas precedentes, puede haber una lengua amarillenta, con amargor de la boca, náuseas continuas y vómitos verdosos que producen alivio: esta es la disenteria *biliosa* de Stoll.

Cualquiera que sea por otra parte su forma, cuando la disenteria debe terminar de una manera funesta, se altera la cara cada vez mas: el pulso se hace pequeño é irregular; el vientre se pone meteorizado; se aumentan las deposiciones y el tenesmo, aunque otras veces sucede, por el contrario, que disminuyen; los enfermos están molestados por un hipo continuo; todas las evacuaciones exhalan un olor fétido, y la demacracion progresa. Por último, sobreviene la muerte, ya á consecuencia del aumento de los síntomas y del curso natural de la enfermedad, ya despues de un accidente, como una hemorragia intestinal, ó bien una peritonitis agudísima, consecutiva á una perforacion de los intestinos. Por el contrario, se observa una mejoría progresiva en los síntomas, cuando debe terminar felizmente la enfermedad. Pero en estos casos se ha visto sobrevenir muchas veces parálisis parciales á los enfermos, como de la lengua y especialmente de los miembros superiores é inferiores. Estos accidentes, por otra parte muy raros, y que generalmente no se esplican por una lesion *patente* de los centros nerviosos, pueden observarse tambien en el período mas agudo de la enfermedad. La complicacion mas comun de la disenteria es la hepatitis: en los países cálidos casi se observa constantemente y por poco intensa que sea, aumenta mucho el peligro

En varios casos es definitiva, al paso que en otros transitoria y aun momentánea la cesacion de los síntomas, pues vuelve á presentarse la dolencia, ya espontáneamente, ya despues de un esceso en el régimen; pero algunas veces su recaida depende de una causa específica: asi es que hemos señalado ya la disenteria, como constituyendo una de las variedades de calenturas perniciosas: entonces afecta casi siempre el tipo de terciana. Despues de las disenterias graves la convalecencia es lenta y penosa; y las fuerzas se reparan con tanta mas lentitud, cuanto que es preciso ser bastante severo con los enfermos, á causa del peligro que ofrecen las recaidas.

*Disenteria crónica.*—Con bastante frecuencia pasa la disenteria al estado crónico, sobre todo en los tiempos de epidemia, verificándose esto del dia veinte



y cinco al treinta. Entonces se observan los dolores y el tenesmo como en la forma aguda; las materias escretadas, menos veces sanguinolentas, tienen un aspecto purulento y son muy fétidas; el vientre, ya está tenso y meteorizado, ya por el contrario, está como contraído; el apetito es nulo ó voraz, ó bien irregular y desahogado. Los excesos del régimen, que la mayor parte de los enfermos cometen, son una de las causas principales que perpetúan la enfermedad. Rara vez sigue la disenteria crónica un curso uniforme; pero ofrece alternativas de exacerbacion y remisiones: sin embargo, pronto hace continuos progresos la demacracion, los sugetos se infiltran, y sobreviene la muerte al marasmo, sin que las facultades intelectuales hayan padecido la menor alteracion. En la disenteria crónica pueden observarse las mismas complicaciones hepáticas que en la forma aguda.

*Duracion.*—La disenteria tiene una duracion mayor ó menor; si es benigna, se termina comunmente en cuatro ú ocho dias. En la forma grave varía esta duracion de uno á tres septenarios. Rara vez se verifica la muerte antes del octavo ó noveno dia: sin embargo, en algunas epidemias, sucumben muchos enfermos desde el tercero. Esto es lo que se ve especialmente en las regiones intertropicales, donde la disenteria tiene comunmente mas intensidad y un curso mucho mas rápido. La disenteria crónica tiene una duracion indeterminada: puede durar solo algunos meses, ó persistir muchos años si no es muy intensa.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la disenteria es casi siempre fácil: los dolores, el tenesmo, la escrecion laboriosa de un moco sanguinolento, forman una reunion de síntomas, que apenas se encuentra mas que en esta afeccion. Con todo, se les puede observar á cierto grado en el cáncer del recto y las hemorroides internas. No obstante, veremos que entre estas enfermedades y la disenteria, hay tanta diferencia, que es verdaderamente imposible confundirlas entre sí. Lo mismo diremos del cólico de cobre y del cólera morbo. En fin, en las diferentes especies de enteritis que hemos estudiado, no se observan las mismas evacuaciones; en estas afecciones son amarillas ó verdes, y depuestas en gran cantidad, sin pujo, mientras que las materias disentéricas, siempre poco abundantes, son mucosas, serosas, purulentas y mas ó menos mezcladas con sangre.

Debemos decir que en los niños, la disenteria se muestra unida á un pólipo que suele adquirir el volúmen de una avellana, y ocasiona el tenesmo y deposiciones sanguinolentas, como en la disenteria mejor caracterizada. En estos casos, los niños deponen tambien materias duras, que presentan una depresion lateral, producida por la impresion del pólipo. Este sale algunas veces durante la defecacion, y por otra parte, el tacto lo descubre fácilmente, no siendo raro ver desprenderse estos pólipos durante los esfuerzos de la deposicion; en este caso, los niños se curan al instante de las incomodidades que sufrian.

Para el diagnóstico de las lesiones en la disenteria, y para determinar la parte interesada, es indispensable el exámen de las deyecciones. Annesley ha consignado en efecto, que cuando se forman las ulceraciones, las deposiciones, que anteriormente habian sido como pegajosas, gelatinosas y estriadas de sangre, se vuelven serosas, y contienen grumos. La sangre escretada es mas negra, y á veces no es sino una sania icorosa, con estrias de aspecto puriforme.

Cuando la sangre se escruta pura y diferente del resto de las evacuaciones, es señal de que casi siempre hay una gran ulceracion en la parte inferior del intestino grueso.

*Pronóstico.*—La disenteria simple, esporádica, sobre todo apirética, tiene casi siempre una feliz terminacion: no sucede lo mismo á la que es epidémica, especialmente si ataca á las grandes reuniones de hombres, ó á la que reina en climas muy cálidos. Desgenettes vió morir en Egipto mas soldados de disenteria que de peste. Cambay dice que en algunas localidades argelinas la cuarta parte de los disentéricos sucumbe, de manera que segun él, se salvan siempre mas militares de los que han sufrido amputaciones, que de los atacados de disenteria. La descomposicion de las facciones, la postracion, la pequeñez del pulso, el hipó y la fetidez de las evacuaciones, son síntomas que indican un gran peligro. La disenteria crónica es igualmente muy grave, cuando reina en los campamentos y las cárceles, puesto que se valúa su mortalidad en un ochenta por ciento. La coincidencia del reumatismo y la disenteria, es tambien, segun Thomás, una circunstancia muy perjudicial.

*Etiología.*—La disenteria es comun á todas las edades; acaso es mas frecuente en la adulta y la vejez y suele atacar mas comunmente á los hombres; pero todavía se ignora la influencia que ejercen en su produccion las diversas constituciones. La disenteria se manifiesta en todas las estaciones y paises del globo. No obstante, es mas comun y funesta durante el otoño y fin del estío, y en los paises cálidos intertropicales, donde es endémica, y mas mortífera que el resto de las enfermedades. Reina sobre todo en aquellos en que hay repentinas variaciones de temperatura. En estos paises ataca especialmente á los extranjeros no aclimatados todavía, estando menos sujetos á ella los indígenas. Tambien es comun en los lugares donde reina un calor húmedo, como en una gran parte de la América, y en la mayor de los paises pantanosos durante el verano: las calenturas intermitentes y la disenteria reconocen en estos casos por causa los mismos miasmas. Un gran número de disenterias epidémicas ó esporádicas se han producido por el uso de alimentos de mala calidad, tales como las harinas averiadas, legumbres indigestas, frutas verdes; al paso que las maduras, aun tomadas inmoderadamente, no tienen el mismo inconveniente. La carne de cerdo, la ingestion de agua corrompida, de vino de mala calidad, el abuso de los drásticos, la inspiracion de vapores pútridos, tales como los que producen las sustancias animales en descomposicion, han determinado frecuentemente disenterias muy graves. Por último, la impresion del frio, las marchas escesivas, el cansancio y las emociones morales, son otras tantas causas que pueden determinar esta enfermedad. Pero, como lo observa Zimmermann, hablando de la epidemia de 1765, que describió tan bien, para que obren las causas de que acabamos de hablar, es absolutamente preciso que haya en el individuo una predisposicion particular preexistente. Ejerciéndose frecuentemente á la vez la accion de estas diferentes causas en un gran número de personas, esplica el por qué reina tan á menudo epidémicamente la disenteria, sin que sea necesario apelar entonces á un principio contagioso, para esplicar la rapidez con que se propaga. Sin embargo, los autores mas eminentes, como Zimmermann, Pringle, Lind, Cullen, P. Frank, Pinel y Desgenettes, han sostenido la doctrina del contagio. La mayor parte no miran la disen-



teria como esencialmente contagiosa, pero creen que toma este carácter en ciertas condiciones: así es que lo será siempre que reine epidémicamente, y cuando se hallen reunidos en lugares insalubres una porción de individuos. Nos parece difícil que se pueda disputar absolutamente la posibilidad del contagio de la disenteria, al menos en presencia de las grandes autoridades que le han sostenido; pero diremos que este modo de trasmisión es un hecho escepcional, porque no se le observa casi nunca cuando la enfermedad reina esporádicamente; pero se verifica probablemente en ciertas epidemias graves. Respecto á esto, se leen en Pringle y Zimmermann observaciones, cuyo valor es imposible dudar. Los hechos reunidos por Gendron, para probar el contagio de la disenteria esporádica, son menos concluyentes. Entre los contagionistas, hay pocos que admitan que pueda verificarse el contagio por los sudores, el simple contacto, ó por el aliento; mientras que todos están conformes en mirar las miasmas que se exhalan de las materias alvinas, como la causa principal ó única de la trasmisión de la enfermedad. Puede esta, á similitud de otros males contagiosos, atacar muchas veces á los mismos individuos; por manera que podemos con M. Cambay dejar sentado, que la persona mas predispuesta á la disenteria es aquella que la ha padecido mayor número de veces.

*Tratamiento.*—En la invasión de la disenteria, es menester apresurarse á separar las causas que han determinado ó favorecido su desarrollo; así es que se deberán destruir todos los focos de infeccion, se diseminarán los enfermos cuanto sea posible, se les preservará de las variaciones atmosféricas, y por medio del lavado y de la ventilacion, se evitarán la falta de limpieza y los efectos del confinamiento del aire. El tratamiento médico deberá despues variar segun el carácter de la enfermedad.

Cuando la disenteria es benigna, debemos limitarnos á prescribir la residencia de una temperatura suave, la abstinencia completa de toda alimentacion, el uso de bebidas mucilaginosas, de los baños, de medias lavativas, y de cataplasmas emolientes sobre el vientre. El único remedio algo activo que conviene emplear entonces es el opio; sobre todo es útil en los casos de disenteria apirética, y se le administra en píldoras, á la dosis de uno ó tres granos del extracto gomoso, ó bien en lavativas, y entonces se prefiere el láudano de Sydenham (diez gotas una ó mas veces en las veinte y cuatro horas). No se dará alimento á los enfermos sino cuando hayan cesado los cólicos y dejen de ser las deposiciones sanguinolentas; sujetándose todavia á un régimen severo mucho tiempo despues de su curacion, á causa de la facilidad con que reaparece la dolencia.

Con arreglo á estos preceptos principio el tratamiento de mis enfermos disentéricos, ordenándoles media onza y á veces una cantidad algo mayor de aceite de ricino, ó en su lugar una sal neutro-purgante. Generalmente luego despues de administrarse el medicamento, la naturaleza de los escrementos es diversa y no se nota sangre en ellos, en términos que al parecer no existe sino una diarrea; ordeno entonces el opio, y cesa tambien el flujo intestinal.

Pero cuando hay una viva reaccion febril; cuando sobre todo ofrece el pulso mucha fuerza y es jóven el sugeto, no debe prescribirse el opio, á no ser que los dolores sean muy vivos; pero se recurrirá ante todas cosas á la sangría general, y especialmente se aplicará un gran número de sanguijuelas al vientre.

Cuando se han calmado los signos de reaccion, se termina el tratamiento por el opio, si no se halla contraindicado por alguna otra complicacion. Inmensa cautela, sin embargo, exigen de parte del médico las evacuaciones de sangre, sobre todo si la disenteria reina epidémicamente, ó se ha declarado en alguna localidad cálida; nuestros médicos militares que han ejercido la profesion en la Argelia, tuvieron hartas ocasiones de cerciorarse de la inutilidad de las sangrias. ¡Ojalá que no fuesen mas que inútiles! Pero acarrear desgraciadamente funestos perjuicios: M. Haspel rechaza en su obra del modo mas enérgico la medicacion antiflogística.

Cuando la disenteria está acompañada de calentura, deberá ser combatida con el método evacuante, por poca que sea su intensidad. Existen dos medicamentos, que ora aislados, ora combinados, son siempre en extremo provechosos; hablo de la ipecacuana y de los calomelanos.

La ipecacuana, que tan merecido tiene el nombre de *raiz antidisentérica* con que se la conoce, ha sido administrada de diferentes modos: Pringle la prescribía á la dosis de cinco granos que repetía varias veces al mismo dia hasta que determinaba el vómito ó la notable exacerbacion de la diarrea, fenómeno que solia verificarse despues de la tercera dosis. Otros prácticos prefirieron administrarla á la dosis refracta de un grano cada hora y segun los casos cada dos, con el fin de no producir mas que náuseas: introducida la ipecacuana por este método, aumenta la traspiracion, pues provoca el sudor. Confiesa M. Délioux, que la raiz que nos ocupa es siempre utilísima, ordénese en la forma que se quiera, pero que él da la preferencia al cocimiento ó al infuso. Este último constituye el método primitivo de administrar la ipecacuana contra la disenteria; así es popular en el Brasil; tiene la desventaja de obrar como vomi-purgativo, digo desventaja, porque Délioux probó completamente que un efecto tan vehemente es innecesario, lográndose sin tamaño trastorno la curacion pronta y segura (1).

Mucho tiempo hace ya que los médicos ingleses habian observado en la India los satisfactorios resultados de los calomelanos para el tratamiento antidisentérico. Creiamos los franceses que era una exageracion británica, y esclamaba M. Segond al tratarse de la disenteria: *nada de mercurio, nada de purga*; y en el dia de hoy los facultativos franceses, especialmente los que observan las terribles disenterias africanas, tributan á los calomelanos tantos elogios como los ingleses. No hay que dudarlo; aquel preparado mercurial administrado al principio de la disenteria, la hace frecuentemente abortar: estando mas adelantado el mal, produce efectos tan salutíferos que en muchos casos han parecido milagrosos á H. Haspel. Tambien otro práctico distinguidísimo, M. Cambay, despues de haber tratado con los calomelanos á mas de doscientos disentéricos, los ensalza mas que un inglés: otro tanto podriamos decir de M. Catteloupalc, etc. Ordinariamente se prescribe para dosis cotidiana de 20 á 40 granos de calomelanos. Este medicamento se ordena algunas veces mezclado con ipecacuana y

(1) Se toman desde dos escrúpulos hasta dos draemas y media de ipecacuana y se dejan en infusion por espacio de diez á doce horas en ocho ó diez onzas de agua que se habrá echado hirviendo sobre la raiz; luego se separa el líquido por decantacion, y se echa otra cantidad igual é hirviendo sobre la misma raiz, y esta operacion se puede reiterar tres ó cuatro veces, cuidando que la infusion dure cada una las diez ó doce horas indicadas. Se administra una prudente dosis cada dia, y segun las circunstancias dos dosis de este infuso á los enfermos disentéricos. Si se prepara un cocimiento, claro está que el agua cargada entonces con una sola vez de todá la emetina que contiene la ipecacuana, constituye un medicamento muchísimo mas activo.



opio, ó tan solo con la primera; parece que ninguna circunstancia ha demostrado hasta ahora ser superiores tales combinaciones farmacológicas á dichas sustancias aisladas (1).

En las disenterias llamadas *malignas*, deberemos emplear el anterior tratamiento; pero además es menester procurar llenar las indicaciones predominantes. Así que hay casos en que serán útiles los antiflogísticos; pero en esta forma de la enfermedad es preciso usarlos con mas cautela, si es posible, que la que dejamos recomendada. Mas á menudo reclama la postracion de fuerzas el uso de los tónicos (vino, quina). Zimmermann cree tambien que la hipecacuana dada á dosis refractas, tiene la ventaja de sostener las fuerzas. Igualmente se aplican con el mismo objeto los vejigatorios. En fin, el almizcle, el alcanfor, los baños y las afusiones, servirán para combatir los accidentes nerviosos atáxicos. Pero desgraciadamente los auxilios del arte fallan muy á menudo contra esta forma de la disenteria. Tambien se han preconizado una multitud de remedios mas ó menos activos contra la dolencia en cuestion; pero no hay ninguno, cuyo uso pueda justificarse por bastante número de resultados, por lo tanto creemos que es prudente abstenerse de ellos; tales son en particular la nuez vómica, el ácido nítrico; el tabaco, el acetato de plomo, los cloruros y el sulfato de quinina. Este último medicamento solo está indicado cuando la disenteria adquiere los caracteres de la calentura perniciosa: entonces, le he visto tan heróico como en las otras afecciones periódicas. En fin, algunos médicos han aconsejado actualmente la administracion de la albúmina al interior, en tisana (dos claras de huevo en media azumbre de agua azucarada) en pocion (una ó dos claras de huevo en una agua destilada de lechuga ó de tilo); en fin, en lavativa (la misma cantidad). En efecto, este medicamento parece haber sido alguna vez útil, tal vez en su calidad de emoliente.

En los casos gravísimos en que á pesar del mas oportuno tratamiento, no ceden los peligrosos síntomas, se ha ensayado subsistir á la inflamacion disentérica otra artificial á beneficio de lavativas que contengan nitrato de plata: el objeto de este método es modificar la vitalidad de la membrana mucosa intestinal. Parece que MM. Boudin y Trousseau han alcanzado de su uso algunos triunfos; y si hemos de creer á MM. Masselot y Follet, las indicadas lavativas salvaron en la epidemia de Versailles de 1842 á muchos enfermos, que nadie hubiese creído pudieran librarse de la muerte, constituyendo las mismas el remedio que en dicha epidemia produjo constantemente mejores efectos en los casos desesperados (*Archives de 1843*). En una lavativa para los niños se disuelve un grano de nitrato de plata: para los adultos desde diez á cuarenta granos. En la misma idea de sustituir á la irritacion intestinal patológica otra irritacion terapéutica, está basado el tratamiento de la disenteria con lavativas que contengan iodo: han sido recientemente aconsejadas en Alemania por M. Ei-

(1) Segond, Monard y Délioux, han dado notable importancia á la fórmula siguiente:

R. De ipecacuana en polvo. . . . .	Granos VIII.
— calomelanos. . . . .	— XX.
— extracto de opio. . . . .	— V.
— jarabe de espinocerval. . . . .	— C. S.
Háganse seis pildoras iguales.	

mer (1), y en Francia por M. Délioux (2). Este pretende que se inyecten en el intestino recto de tres dracmas á una onza de tintura alcohólica de iodo, de veinte á cuarenta granos de ioduro potásico, disueltos ambos medicamentos en ocho ó diez onzas de agua. Trató M. Délioux con su lavativa á doce enfermos, de quienes curó á diez; los dos restantes continuaron como estaban antes del tratamiento, sin agravarse en lo mas mínimo: conviene advertir que los doce enfermos padecían disenteria crónica. El iodo introducido por la vía de que hablamos, es rapidísimamente absorbido, como lo prueba su presencia en la orina. La introduccion de medicamentos por el ano tendrá siempre el triste inconveniente de no poder modificar de una manera satisfactoria mas que la lesion que haya en el intestino recto.

En cuanto al tratamiento de la disenteria crónica, deberán observarse las reglas que hemos trazado anteriormente, hablando de la enteritis crónica. Se podrán ensayar contra ella los astringentes, como la ratania y otros; pero es menester ser muy cautos en su uso; porque administrados sin método por algunos medicastros del último siglo, han sido el origen de una multitud de accidentes (Zimmermann). En esta forma de la enfermedad es cuando conviene que los pacientes cambien de lugar.

Por último, se ven algunas veces enfermos que, aunque curados de la disenteria, continúan, sin embargo, atormentados por el tenesmo: entonces es menester averiguar la causa de este accidente, que puede depender de una ulceracion del recto, ó de la presencia de otra alteracion en este intestino. Alguna vez, sin embargo, no existe ninguna causa material, bastando entonces un suave laxante para triunfar al momento de ese síntoma incómodo, como lo he probado muchas veces.

*Naturaleza.*—La disenteria es ciertamente una inflamacion; pero si se reflexiona sobre la naturaleza de sus síntomas, sobre las lesiones anatómicas que la acompañan, las causas que la dan origen, y la posibilidad del contagio, habrá necesidad de admitir con algunos autores, que debe clasificarse en el número de las flegmasias específicas.

#### DE LAS INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS ANEJOS A LOS DIGESTIVOS.

##### *De las parótidas.*

En el lenguaje patológico, la palabra *parótida* sirve para designar un infarto agudo inflamatorio de la glándula parótida, que sobreviene comunmente en el período de aumento ó hácia la declinacion de muchas enfermedades graves, como la peste, el tifo de Europa y de América, y en algunos casos de calentura tifoidea, pernicioso y de cólera. Se les ha dividido en *críticas* y *acríticas*, segun que coincide su aparicion con una mejoría en los síntomas principales de la enfermedad, ó que, por el contrario, es seguida de una agravacion del estado general. En uno y otro caso la parótida constituye una afeccion esencialmente sintomática: puede suceder que no haya mas de una; otras veces se forman dos, simultánea ó sucesivamente.

*Síntomas.*—Principia ordinariamente el infarto por un pequeño núcleo bácia

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1852.

(2) *Gazette médicale*, 1855.



el ángulo de la mandíbula inferior, ó en otro cualquier punto de la region parotidea y en algunos casos en pocas horas, aunque en otros en uno ó dos dias la hinchazon es siempre considerable; ocupa toda la region parotidea y una parte de la cara y del cuello; con frecuencia es bastante para impedir la separacion de las mandíbulas, para estorbar la deglucion y la circulacion cerebral á consecuencia de la compresion que el tumor ejerce en los vasos del cuello: el tumor es mas duro que el del flegmon de esta region, tiene algunas veces todos los caracteres de él, y ofrece otras una pastosidad, y la piel un color violáceo. Sean críticas ó acricas, las parótidas rara vez terminan por resolucion. En efecto, casi siempre supuran, y con frecuencia tambien se desarrolla en ellas la gangrena. Hay ocasiones en que se presenta la supuracion por el conducto auditivo; otras horada el pus toda la longitud del cuello hasta el pecho; pero por lo comun se abre el absceso directamente al exterior.

Muchas veces ocurren graves desarreglos á consecuencia de la supuracion de la parótida; los granos glandulosos desecados por el pus, caen esfacelados, y el nervio del séptimo par queda comprendido total ó parcialmente en la destruccion; y tambien ha resultado alguna vez parálisis completa ó parcial de la cara.

*Pronóstico.*—Las parótidas, lejos de ser una crisis feliz, constituyen casi siempre un accidente muy penoso. Es una enfermedad nueva que no está exenta de peligros; así es que muchos enfermos mueren de sus resultas, unos estenuados por la supuracion, y otros á consecuencia de una reabsorcion purulenta, que por lo regular sigue á una flebitis.

En los sugetos que se curan, si la inflamacion ha podido producir una destruccion ó una obliteracion del conducto de Sténon, resulta una incomodidad que puede durar toda la vida, y que consiste en un rezumo ó especie de secrecion de un líquido seroso muy parecido á la saliva, que se reproduce á cada paso. M. Baillarger ha reunido seis observaciones de este género, en un trabajo publicado en 1853 en la *Gaceta médica de París*.

*Tratamiento.*—Cuando la tension es grande y el dolor agudo, es preciso aplicar sobre el tumor cierto número de sanguijuelas, y cubrirlo luego con captaplasmas emolientes, siendo tambien útiles las fricciones mercuriales. Debe procederse desde luego á abrir el tumor, y no esperar á que el pus se reuna en un punto, pues de este modo se evitará con mas seguridad cualquier desarreglo, que recurriendo á los diferentes tópicos que han sido recomendados en este caso.

En la parótida, los granos glandulosos están realmente afectados; pero no sabemos si lo están primitiva ó consecutivamente al tejido celular.

### *De la hepatitis.*

La palabra *hepatitis* sirve para designar la inflamacion aguda ó crónica del tejido del hígado.

*Historia.*—Esta afeccion, indicada vagamente antes de Galeno, algo mejor conocida despues de él, y sobre todo desde los escritos de Bianchi, de F. Hoffmann, de Van Swieten y Morgagni, ha sido objeto de algunas investigaciones por parte de los modernos, entre los cuales es preciso citar, en Francia á An-

dral (1), Louis (2), Jourdan, Merat (3), Bonnet (4) y Haspel (5); en Inglaterra se distinguen los escritos de Saunders, de Twining, y sobre todo la obra de Annesley, que por otra parte no merece bajo algun aspecto la reputacion que se le ha dado.

*Caracteres anatómicos.*—Acaso no haya órgano alguno en la economía, cuya inflamacion sea tan difícil de caracterizar anatómicamente como la del hígado. La mayor parte de los autores, especialmente los modernos, han cometido el grave error de querer comprobar demasiado á menudo la existencia de una inflamacion por uno ó dos caracteres enteramente insuficientes. Asi es que se ha hablado de una congestion activa, capaz á veces de ser bastante intensa para producir hemorragias intersticiales, ó una exhalacion sanguinea en el peritoneo que constituiria el primer grado de la flegmasia. Como el hígado contiene entonces mas sangre que la regular, ofrece en toda su estension ó en un punto mas ó menos circunscrito, un color rojo mas ó menos oscuro, uniforme ó ligeramente punteado, acompañado comunmente de cierto aumento de volúmen del órgano, producido mas bien por la gran cantidad de sangre que este contiene, que por una especie de hipertrofia ó de exceso de nutricion que hubiera sufrido su tejido. Estoy lejos de negar que la inflamacion pueda enteramente al principio producir en el hígado las dos alteraciones que acabo de designar; pero como estas se desarrollan las mas veces independientemente de todo trabajo inflamatorio, y solo bajo la influencia de un obstáculo á la circulacion; como por otra parte nada puede distinguir una y otra congestion, esto es, la mecánica y la vital, se deduce que la inyeccion del hígado, con ó sin aumento en el volúmen del órgano, no podria mirarse jamás como indicio de una hepatitis incipiente. Lo que digo de la congestion se aplica tambien á ciertas alteraciones de nutricion que se observan á menudo en el tejido del hígado. Efectivamente, este está á veces seco y friable, ó mas frecuentemente reblandecido, y se deja con facilidad penetrar por el dedo. Estas lesiones existen aisladamente ó coinciden con la inyeccion del tejido con diferentes coloraciones; otras veces se presentan con una decoloracion y una especie de anemia en el tejido; pero en uno y otro caso creemos, con M. Louis, que no se podrian considerar estas diversas alteraciones como una prueba segura de hepatitis, á no ser que existiera al mismo tiempo cierta cantidad de pus, ó que se hubieran observado durante la vida todos los síntomas que caracterizan una inflamacion aguda del órgano.

Asi, pues, solo la presencia del pus en el hígado es lo que puede caracterizar anatómicamente una hepatitis. Este líquido puede hallarse únicamente infiltrado; pero las mas veces está reunido en uno ó muchos focos de forma y divisiones variables. En el primer caso se observan chapas mas ó menos estensas, donde el tejido del hígado, duro ó reblandecido, presenta un color blanquecino ó amarillento, que se debe á la presencia del pus. Estos núcleos se hallan por lo comun aislados, limitados por una especie de membrana albumino-fibrinosa, que cubre la membrana interna del foco, cuando el núcleo reblandecido

(1) *Clinique médicale.*

(2) *Recherches anatomico-pathologiques.*

(3) *Dictionnaire des sciences médicales.*

(4) *Traité des maladies du foie.*

(5) *Maladies de l'Algerie.*



decido se transforma en una coleccion purulenta. De estos abscesos del hígado, los unos son superficiales y los otros profundos, y en este último caso ocupan todo el centro del órgano. Uno solo de ellos puede invadir todo un lóbulo (el derecho especialmente), y aun se ha visto al hígado reducido á sus cubiertas y convertido en una gran bolsa purulenta (Bontius y Haspel). El pus es casi siempre blanco flegmonoso; mas rara vez es verdoso, ó bien ofrece un color rojo como la hez del vino ó el chocolate, á causa de su mezcla con la sangre y el detritus de la sustancia del órgano. En este último caso el líquido se parece mas á la lavadura de la carne. La bilis puede tambien colorearlo de amarillo ó verde, y darle cierta viscosidad. Casi siempre es inodoro, pero en algunos casos, aunque raros, adquiere gran fetidez. Su cantidad varía mucho; comunmente no pasa de onza y media á dos onzas; pero la hemos visto llegar una vez á tres libras, y se han citado casos en que contenia el hígado ocho libras y media y aun doce. Muchos de estos abscesos, aun cuando son muy recientes, se hallan enquistados; en otros, el pus baña inmediatamente el tejido del hígado que está rojo, reblandecido y friable; y mas rara vez se halla este intacto alrededor de la coleccion purulenta, en cuyo caso parece estar solamente empujado, ó comprimido por el líquido derramado. La cavidad del absceso está libre ó bien atravesada por tabiques incompletos, por detritus flotantes, que indican haber existido primitivamente muchas pequeñas colecciones purulentas, que se han confundido en una sola. Ví una vez una porcion del tejido del hígado, gruesa como un huevo de gallina, enteramente separada de la víscera y llena de pus.

Si los abscesos ocupan la superficie del hígado, pueden contraer adherencias con los órganos contiguos; sin embargo, esto no se verifica hasta despues de mucho tiempo, lo que se esplica por la cápsula de Glisson, que se opone á la propagacion de la flegmasia hasta la membrana peritoneal. Los antiguos han hablado mucho de la gangrena del hígado; pero, sin embargo, esta lesion es rarísima, tanto que Andral no ha visto mas que un ejemplo de ella, habiéndose formado la escara en el caso que cita, alrededor de un absceso. Harpel cita un hecho igual. El tejido del hígado alrededor de los abscesos varía de aspecto. Ora hay una transición brusca y completa; pero generalmente se llega por grados insensibles desde el tejido normal al tejido mórbido; y con mas frecuencia el hígado se presenta oscuro-rojizo, lívido y reblandecido.

Cuando la hepatitis es parcial, casi ofrece la bilis sus cualidades normales; pero sin embargo en algunos casos es serosa, amarilla, sanguinolenta; no obstante carecemos todavía sobre este punto de noticias exactas. Las alteraciones consecutivas de los órganos digestivos (inyecciones, reblandecimientos), no son mas comunes en la hepatitis que en el curso de otras afecciones agudas y crónicas, por lo menos en nuestro clima.

*Sintomas y curso.*—Como todas las enfermedades agudas, empieza la hepatitis con algunos prodromos, ó repentinamente. Los sintomas que la caracterizan unos son locales y otros generales. Uno de los mas importantes entre los primeros, es un dolor generalmente obtuso, algunas veces vivo, lancinante, sobre todo si la hepatitis es superficial, que ocupa todo el hipocondrio, ó bien está circunscrito al epigastrio, hácia el borde de las costillas falsas, y en un punto cualquiera del hipocondrio derecho. Se irradia á mas ó menos distancia, especialmente hácia atrás, á lo largo del raquis, y algunas veces se siente

hasta en la espaldilla derecha á lo largo del cuello, esplicándose esto por el nervio diafragmático que tiene algunas relaciones con el ligamento coronario del hígado. Este dolor es continuo y exacerbante; la presion le exaspera, sobre todo si la hepatitis ocupa la convexidad; sucediendo lo mismo con la inspiracion, la tos, y los movimientos del tronco. Estos son difíciles, y hay muchos enfermos, que no pudiendo mantenerse en una posicion vertical, andan con el tronco doblado siempre; cuando se acuestan se quedan la mayor parte en supinacion ó un poco inclinados al lado derecho. Pronto se nota que el órgano ha adquirido un volúmen mas considerable. En efecto, el hipocondrio derecho está dilatado, la percusion da á conocer un aumento mayor ó menor en el diámetro vertical del hígado, que sobresale mas ó menos del borde de las costillas, como es fácil probar tambien por la palpacion. Sin embargo, no es raro ver hígados que aunque han adquirido un considerable volúmen no sobresalen por debajo del borde de las costillas. En estos casos el desarrollo del órgano se verifica de abajo arriba, á espensas del lado derecho del tórax, y entonces solo por la percusion ó ayudada de la auscultacion, es como se sabe el grado de elevacion que forma en esta cavidad. Ademas este aumento de volúmen puede ser parcial ó general, y esplica las sensaciones de pesadez que la mayor parte de los enfermos experimentan independientemente del dolor, y que refieren al esternon, el epigastrio y las ataduras del diafragma. La secrecion biliosa está muchas veces modificada; asi es que se observan bastante á menudo vómitos biliosos y un tinte ictérico general, ó limitado solamente á las escleróticas. En igualdad de circunstancias estos accidentes son mas comunes en los paises cálidos que en los climas templados. Prescindiendo de estas alteraciones, la lengua está sucia y blanquizca; hay un sabor amargo; la sed es variable, siéntense náuseas, hipo, vómitos, astriccion ó diarrea; las materias alvinas son incoloras, ó por el contrario, están muy teñidas por la bilis, y en algunos casos son negruzcas y sanguinolentas. La orina, menos abundante, es de un color mas oscuro. Muchos enfermos tosen, se quejan de disnea y de opresion, accidentes que se esplican ordinariamente por el empuje del diafragma, la compresion del pulmon y la dilatacion incompleta del lado derecho del tórax en su diámetro vertical. Al principio puede el pulso conservar su frecuencia, pero casi siempre se acelera y adquiere fuerza y plenitud; rara vez se le encuentra deprimido é irregular. La calentura, mas ó menos intensa, es continua; algunas veces afecta la forma de accesos, y entonces puede simular una calentura intermitente ó remitente. En fin, el sistema nervioso está mas ó menos afectado, como lo prueban la cefalalgia, el cansancio y la pérdida de fuerzas. En algunos casos se observan delirio, agitacion, insomnio y síntomas adinámicos.

Tal es la fisonomía general de la hepatitis; sin embargo, el sitio de la enfermedad y algunas otras circunstancias frecuentemente difíciles de apreciar, determinan la manifestacion ó el predominio de algunos síntomas. Asi es que cuando la inflamacion ocupa la cara convexa del hígado, el dolor y las alteraciones respiratorias predominan; es mas frecuente el hipo, mientras que los síntomas gástricos son poco marcados. Lo contrario sucede en la hepatitis de la cara cóncava, pues se hace notable por la tension epigástrica, el tinte ictérico, las náuseas y los vómitos. La hepatitis central, es decir la que está limitada al centro de un lóbulo, no produce mas que síntomas locales poco marcados y aun



nulos; entonces la enfermedad es verdaderamente latente, mientras que si la flegmasia ocupa la superficie (*hepatitis erisipelatosa de los antiguos*), se propaga muchísimas veces á la hoja correspondiente del peritoneo, y en este caso se observan todos los síntomas de una peritonitis circunscrita, y que pueden ocultar los que pertenecen á la misma hepatitis. En fin, en los países cálidos acompañan á la hepatitis, mas comunmente que en nuestros climas, síntomas atáxicos ó adinámicos, lo que acaso depende de que en los primeros se complica la enfermedad mas frecuentemente que entre nosotros, con la disenteria y otras lesiones graves, de los órganos digestivos.

*Curso y duracion.*—Las circunstancias precedentes influyen, no solo en la fisonomía de la enfermedad, sino en su marcha y duracion: asi es que en los climas cálidos la hepatitis sigue un curso mas agudo, y lo mismo sucede cuando la enfermedad ocupa la cara cóncava del órgano. En el mayor número de casos, si la hepatitis termina por resolucion, no pasa de tres semanas.

*Terminaciones.*—La hepatitis termina por resolucion, por supuracion, por gangrena, aunque pocas veces, ó bien pasa al estado crónico. La terminacion por resolucion se verifica comunmente del dia séptimo al décimoquinto, y empieza por la disminucion progresiva de todos los síntomas. Se ha dicho que con frecuencia estaba marcada por algunos fenómenos críticos, tales como epistaxis, deposiciones biliosas, orinas ó sudores abundantes; y segun Scömering, por una ligera hinchazon dolorosa del bazo; pero nada hay todavía bien demostrado respecto á esto. La curacion es casi siempre completa: no obstante, los enfermos conservan todavía durante mucho tiempo un poco de molestia y tirantez cuando quieren enderezar el tronco, lo que depende ordinariamente de las adherencias establecidas entre las dos hojas opuestas del peritoneo, cuando habiendo sido muy superficial la hepatitis, se ha propagado la inflamacion á la membrana serosa. Como dejamos dicho, la gangrena es una terminacion muy rara, y se conviene generalmente en considerar como síntomas de ella, la prostracion repentina de fuerzas, la aceleracion y pequeñez del pulso; en este caso, es casi inevitable la muerte, y sobrevendria rápidamente en medio de todo el aparato de síntomas adinámicos y atáxicos.

La supuracion es una terminacion muy frecuente. Cuando se forma el pus disminuye ó cesa el dolor, cesa la calentura y los enfermos solo se quejan de una mera pesadez en el hipocondrio que está un poco tenso y pastoso. Hay á menudo escalofríos erráticos, algunos sudores nocturnos y recargos febriles irregulares. Entonces se restablecen algunos enfermos incompletamente, es decir, que la calentura cesa del todo y vuelve el apetito; pero la debilidad continúa, y aun con frecuencia siguen adelgazando. Se nota ademas que el hígado ha quedado mas voluminoso, y alguna vez se reconocí entonces un tumor fluctuante que sobresale del borde de las costillas. Opina M. Haspel que cuando hay ictericia, depende mas bien de la compresion de los canales biliares que de los abscesos, durante cuyo curso la considera un accidente escepcional: asi piensa tambien el catedrático Cruveilhier. No es ya dudoso que los abscesos del hígado puedan terminar por reabsorcion. En efecto, cuando la vida se prolonga suficientemente, el pus concluye casi siempre por abrirse una salida. Se ha dicho que cuando en la proximidad del absceso habia conductos biliares de grueso calibre, podia el pus concluir por penetrar en ellos y evacuarse entonces por el

intestino, siguiendo el mismo camino que la bilis (Saunders). Sin embargo, en todos los casos se terminan los abscesos del hígado por abertura. Esta puede verificarse en el peritoneo, y producir entonces una peritonitis agudísima y mortal en algunas horas; pero mas comunmente se abre el absceso en un órgano próximo despues de haber anteriormente contraído adherencias con él. Asi es que se abren los abscesos del hígado en el estómago, en la segunda corvadura del duodeno, en el cólon trasverso, ó en la parte superior del cólon ascendente, ó bien dirigiéndose hácia el pecho se derraman en el pericardio, en la pleura, y mas á menudo aun se vacian en los bronquios despues de la ulceracion de los pulmones. Situados cerca de las venas cava y porta, pueden tambien, ulcerando las paredes de estos vasos, abrirse en su cavidad, y entonces, mezclándose el pus con la sangre, produce accidentes de infeccion rápidamente mortales, tanto que alguna vez ha sobrevenido la muerte casi instantáneamente. En fin, la supuracion puede abrirse un camino al través de la pared del hipocondrio derecho, ó bien el pus, horadando mas lejos, va á formar abscesos sintomáticos en el ombligo, la ingle, en el dorso y hasta en la axila. El punto hácia el cual se dirige el pus está determinado sobre todo por el sitio del absceso y la disposicion de las partes próximas.

Los síntomas que preceden, anuncian ó acompañan la rotura de un absceso del hígado, varían mucho segun los puntos donde esta se verifica. Asi que, si hecho superficial el absceso, contrae adherencias con la pleura y el peritoneo, se ven frecuentemente los signos de una pleuresía ó de una peritonitis circunscrita; muchas veces tambien hay síntomas de compresion en la parte del órgano, con la cual contrae adherencias el absceso. De modo que se observan vómitos cuando el absceso se apoya en el estómago, y hemos visto determinar todos los signos de un *ileus*, la compresion del cólon producida por la causa de que estoy hablando. En fin, cuando el pus se dirige á los pulmones, el sonido es macizo, el ruido respiratorio disminuye en la base del tórax, y despues se percibe un ruido crepitante: este se hace cada vez mas grueso y húmedo, y se aproxima al oído; en fin, se concluye por notar un verdadero gorgoteo cuando la escavacion que se ha formado en el hígado y el pulmon comunica con los bronquios (1). La rotura del absceso en un órgano hueco es en general repentina.

La ruptura del absceso en un órgano hueco, suele ser repentina. Como se hace comunmente por una abertura ancha, ó que por lo menos se agranda muy pronto, se sigue de ahí que coincide ordinariamente con el aplastamiento del tumor: fenómeno que se nota con facilidad siempre que sobresale hácia fuera el absceso. Pronto ocurren despues accidentes variables, segun el órgano donde se ha derramado el pus. Si pasa este líquido al estómago, se arroja frecuentemente por vómito; y si se vierte en el intestino, se evacua por cámaras; en fin, cuando se abre paso al través de los pulmones, escita la tos y sale en abundancia por la boca. Auscultando entonces á los enfermos, se notan con frecuencia en la region del hígado los signos físicos de una vasta escavacion (murmullo, respiracion cavernosa, anfórica y tañido metálico). Los enfermos experimentan casi siempre en seguida un gran alivio. Hay casos en los cuales despues

(1) V. mi *Tratado de la pulmonia*.



de haber persistido algunos dias la supuracion , se agota poco á poco y se declara pronto la convalecencia ; pero aun cuando es cierto que pueden curarse los abscesos del hígado , como lo he visto , aunque únicamente una vez , esto es muy raro , y por eso pocas veces se encuentran cicatrices en él. Louis dice que nunca las ha visto , y yo creo que no deben tomarse por tales , como quiere Merat , ciertas producciones fibrosas en forma de estrella , que se observan en la superficie del órgano. No ignoro que Petit (hijo) , Morgagni , Sømmering , C. Broussais , Catteloup , Haspel y Cambay han visto verdaderas cicatrices consecutivas de abscesos hepáticos , y por raro que parezca , se ha de creer. Pero en el mayor número de casos , con especialidad si el absceso tiene una grande estension , los accidentes momentáneamente suspendidos , continúan aumentándose , y sobreviene la muerte rápidamente en medio de los síntomas adinámicos ó atáxicos de las reabsorciones purulentas , ó bien lentamente y con el aparato sintomático de las calenturas hécticas (*tisis hepática* de los antiguos.)

En igualdad de circunstancias , parece , segun diferentes observaciones , que la posición de los abscesos influye mucho en su curso. Asi , pues , en general , los que son profundos tienen una marcha insidiosa , lenta y crónica , al paso que los superficiales se presentan con mas frecuencia bajo la forma aguda.

*Complicaciones.*—La hepatitis que reina en los climas cálidos rara vez es una enfermedad simple ; en efecto , se dice que casi siempre se complica con alguna otra afeccion , como peritonitis , calenturas intermitentes , pneumonia ó pleuresía ; pero mas aun con la disenteria ó enterocolitis. Se concibe que la dificultad de la circulacion en la vena porta dé lugar á la hidropesía derramada del abdómen ; es complicacion que admitimos , pero no las hemoptisis , epistaxis ni otras hemorragias que muchos prácticos juzgan ser tambien legítimas complicaciones.

*Diagnóstico.*—La hepatitis de la convexidad se ha confundido muchas veces con la pneumonia ; en efecto , el dolor del costado , la tos , la ansiedad , la calentura y la icterjcia , son accidentes comunes á una y otra ; añadamos que en la hepatitis , desarrollándose el hígado hácia el pecho , puede producir el sonido macizo , y debilitar ó aun suspender el murmullo vesicular en cierta estension. Pero en el caso de pneumonia se notarán los esputos herrumbrosos , la crepitacion , lo mismo que la existencia de la egofonia ; la posibilidad de hacer variar el sonido macizo , y los síntomas de auscultacion comunes á la pleuresía y á la hepatitis , permiten distinguir estas dos afecciones , independientemente de las luces que proporcionarán los demás síntomas y el estado general.

La gastritis sobre-aguda difiere de la hepatitis por la vivacidad del dolor que reside en el epigastrio , por la intensidad de la sed y el número de vómitos. En la gastro-duodenitis se dice que hay frecuentemente alteraciones de la secrecion biliaria , y notablemente una icterjcia ; pero el hígado conserva su volúmen , y de ello podemos convencernos por la palpacion y la percusion. Despues veremos que no es posible confundir la hepatitis con los cólicos hepáticos ó nefríticos : enfermedades apiréticas en general , y caracterizadas por dolores atroces , acompañados de vómitos , y que tienen su asiento , la primera en el epigastrio y el hipocondrio derecho , y la segunda en la region duodenal ; irradiándose desde ella hasta el testículo del mismo lado , y á veces hasta el muslo correspondiente. El diagnóstico diferencial de la hepatitis con las calenturas amarilla , biliosa y

remite de los países cálidos, no ofrece ninguna dificultad; además, nos remitimos á lo que hemos dicho anteriormente. Los abscesos del hígado, por los síntomas locales y generales que les preceden, y en razón de la pastosidad y del edema que producen, se distinguirán fácilmente de los tumores hidatídicos, en cefalóides, ó de los que están formados por la vejiga de la hiel. (V. *Hidátides del hígado.*)

*Pronóstico.*—La hepatitis es siempre una enfermedad grave; es mas temible en los países cálidos, sobre todo, cuando ataca á los sujetos no aclimatados. Su terminacion por supuracion agrava el pronóstico; la abertura del absceso al través de las paredes abdominales, es preferible á la que se verifica en un órgano hueco, y debe considerarse como una circunstancia feliz.

*Etiología.*—La hepatitis es escesivamente rara en nuestro clima; por el contrario, es muy comun en los países intertropicales, sin que sea posible decir si depende especialmente del calor, de las variaciones de temperatura, ó bien del modo de alimentacion. Como quiera que sea, la hepatitis, rara en todas partes antes de la pubertad, ataca mas á menudo á los hombres; pero se ignora la influencia que ejercen los temperamentos y la constitucion. Se ha dicho que los miasmas pantanosos, el uso de las aguas estancadas, el abuso de los alcohólicos y las pasiones tristes, podian producir la enfermedad; pero no hay nada cierto aun respecto á esto. En nuestro clima la hepatitis es casi siempre traumática, y en los casos raros en que es espontánea, es comunmente primitiva; rara vez sucede á una flegmasia gastro-intestinal.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la hepatitis es esencialmente antiflogístico; para aplicarle nos conduciremos segun las reglas comunes. Generalmente es útil combinar las sangrias generales con las locales; estas se harán en el hipocondrio derecho ó en el ano; se prescribirá el uso de cataplasmas emolientes, de baños prolongados y de bebidas atemperantes. Se mantendrá el vientre libre por medio de lavativas, y mejor aun con la administracion de laxantes suaves. Cuando la medicacion antiflogística se apure, ó aun antes, se emplearán simultáneamente las preparaciones mercuriales. Asi que se harán fricciones con el unguento napolitano en el hipocondrio, é interiormente se administrarán los calomelanos á dosis pequeñas (de 18 granos á una dracma, en las veinte y cuatro horas). Cuando se ha formado el pus, es menester procurar escitar la reabsorcion, ó por lo menos llamarle á la superficie de la piel; con este objeto se aplicarán exutorios poderosos (cauterios y sedales) sobre el hipocondrio, y se insistirá en los purgantes, con tal que el estado de los órganos lo permita. Aun cuando se haga superficial el absceso, no se le abrirá hasta tanto que esté bien demostrado que se halla adherido á la pared abdominal anterior; se tendrá esta conviccion si la fluctuacion es superficial, próxima á la piel, y si por lo menos se nota el edema del tejido celular subyacente al tumor. Por pocas dudas que haya, no se deberá dar salida al pus por medio del instrumento cortante; pero se penetrará en el foco con la potasa cáustica, que se aplicará segun las reglas que espondremos al tratar de los tumores hidatídicos del hígado.

### *De la hepatitis crónica.*

Con los datos que poseemos en la actualidad, es casi imposible trazar la his-



toria de la hepatitis crónica, tanto bajo el aspecto de la anatomía patológica, como de la sintomatología. Voy, no obstante, á esponer aquí lo poco que sabemos sobre esta enfermedad, que unas veces es primitiva y otras consecutiva al estado agudo.

*Anatomía patológica.*—Durante cierto tiempo y bajo el imperio de la doctrina fisiológica, habian comprendido los médicos indistintamente con el nombre de hepatitis crónica, casi todas las alteraciones de estructura del hígado, desde la inyeccion, el reblandecimiento y la induracion, hasta la atrofia, la ulceracion, degeneracion adiposa y producciones cancerosas. Esta confusion ha dejado de existir hoy; pero es imposible, sin embargo, señalar por qué caracteres se conocerá en el cadáver la hepatitis crónica. No podrá bastar una congestion sanguínea, sea la que quiera su intensidad, aunque esta lesion por sí sola pueda acarrear el marasmo y la muerte. Lo mismo sucede con la disminucion de consistencia del órgano, que es una lesion que hemos visto ya sobrevenir muchas veces, aun en alto grado é independientemente de un trabajo inflamatorio: otro tanto casi diré de la induracion. Con todo, si la consistencia del hígado hubiese sido considerable, sin que por eso dejase el tejido de conservar su organizacion; si al mismo tiempo ofreciese una alteracion de color; si sobre todo estuviera muy plétórico; si estuviera aumentado su volúmen, acaso pudieran referirse estas lesiones á un trabajo inflamatorio crónico. Pero respecto á esto no se pueden emitir todavía sino conjeturas. Cuando existe la supuracion es por el contrario un signo cierto de flegmasia; puede verificarse en la hepatitis aguda como en la crónica; en esta el absceso está siempre enquistado, la membrana piogénica es resistente, y con frecuencia está compuesta de muchas hojas y rodeada por lo comun de un tejido muy endurecido, blanquizco, gris ó rojo.

*Sintomatología, curso y terminacion.*—Lós individuos que padecen una de las lesiones á que se atribuye la hepatitis crónica, la mayor parte experimentan un dolor obtuso, gravativo; la percusion y palpacion dan á conocer un aumento mas ó menos considerable en el volúmen del hígado. Las digestiones están casi constantemente alteradas, se hacen con dificultad y van acompañadas de dolores y eructos; hay astriccion ó diarrea; las materias fecales tienen en general su propio color; pero algunas veces son grises y pueden contener sangre de vez en cuando. La piel es blanca, agrisada ó de un amarillo ictérico, y esta coloracion está sujeta á grandes variaciones, y es mas constante en la hepatitis aguda que en la crónica. Los enfermos están desfallecidos, su nutricion se hace mal, se adelgazan despues y se ponen ascíticos. Cuando la enfermedad ha progresado tanto, la mayor parte de los individuos sucumben, sin llegar, no obstante, al grado de marasmo que se encuentra en muchas afecciones crónicas, especialmente en la tisis y en ciertos cánceres; y es notable que algunos sugetos conservan mucho tiempo su gordura y sus fuerzas. Sin embargo, algunos se restablecen lentamente; pero muchos quedan sujetos á frecuentes desarreglos del estómago; otros tienen de vez en cuando flujos hemorroidales, y experimentan algunas veces recaidas de su enfermedad, que concluyen con la muerte; esto es lo que he tenido el sentimiento de observar en uno de mis mejores amigos, á quien habia curado diez y ocho meses antes, de un absceso del hígado.

*Diagnóstico.*—La hepatitis crónica pudiera confundirse con las diversas lesiones orgánicas y las producciones accidentales del hígado; pero al tratar de

cada una de estas afecciones, averiguaremos en qué difieren de la enfermedad que estudiamos.

Si observamos desórdenes digestivos, enflaquecimiento progresivo del enfermo, calentura continua ó remitente, deberemos temer la inflamacion del hígado con tendencia á la supuracion y quizá con supuracion formada y reunida en un foco. La hipertrofia es apiréctica, no causa dolor, no perturba las funciones digestivas ó las perturba poquísimas y no deprava la nutricion sino despues de dilatado tiempo. Los productos encefaloideos ó cerebriformes se dan á conocer por tumores desiguales y muchas veces fluctuantes en la superficie del hígado y cuyo número aumenta velozmente, duelen muchísimo, pronto están acompañados de derrame seroso en el abdómen y mas tarde de todas las señales de la caquexia cancerosa. La congestion permanente del hígado y la hepatitis crónica son en varias ocasiones muy dificiles de distinguir, porque tales congestiones existen ocasionando ictericia, desórdenes graves de la digestion, calentura y demacracion.

*Pronostico.*—La hepatitis crónica es una enfermedad muy grave.

*Tratamiento.*—Si el sugeto es fuerte, si hay dolores vivos y signos de congestion, será útil recurrir de vez en cuando á alguna emision sanguínea local, que se hará en el hipocondrio ó el ano. Se mantendrá libre el vientre con purgantes salinos. Si el hígado está voluminoso, se procurará resolver la ingurgitacion por medio de las pomadas y tópicos fundentes y resolutivos: tales como el emplasto de jabon, de Vigo, las pomadas mercuriales é ioduradas. Con el mismo objeto se administran al interior los calomelanos en pequeñas dosis, no deteniéndose sino cuando esciten la salivacion. Los alcalinos se han preconizado igualmente; v. gr. el jabon medicinal al interior, el bicarbonato de sosa dado en bebida, en baños y en chorros sobre el hipocondrio. Tambien se someterán los enfermos al uso de algunas aguas minerales, como las de Vichy, Carlsbad, de Neris, Pougues, Bourbon-l'Archambault, etc. En los casos mas rebeldes se aplicará bajo el borde de las costillas uno dos ó tres cauterios ó moxas. En fin, si el individuo vive en un clima cálido, es preciso aconsejarle la emigracion: así es que muchos de los criollos de nuestras Antillas, atacados de hepatitis crónica rebelde y con ascitis, se curan viniendo á Europa, ó yendo á habitar en el continente americano, países menos cálidos que los que dejan.

#### INFLAMACION DE LOS ÓRGANOS ESCRETORIOS DE LA BILIS, Y ESPECIALMENTE DE LA VEJIGA CÍSTICA.

##### *De la colecistitis.*

Los conductos hepático, cístico y colidoco, así como la vejiga de la hiel, pueden inflamarse aislada ó simultáneamente. Pero de todas estas partes, la vejiga cística es la que mas veces se inflama. Se ha propuesto designar esta inflamacion con el nombre de *colecistitis*

*Caracteres anatómicos.*—Cuando la inflamacion ocupa los conductos hepático, cístico y colidoco, estos parecen mas voluminosos; su membrana interna está roja, hinchada, friable, opaca, alguna vez ulcerada, y si la ulceracion invade todas las membranas, se verifica una perforacion. En la inflamacion de la



vejiga cística se encuentra en general, que este órgano es mayor y está distendido por una bilis alterada, mezclada ó no de cálculos; pero es raro encontrarla contraída sobre sí misma y conteniendo pus; su membrana interna está roja, engrosada ó adelgazada, friable, ulcerada, gangrenada. Estas diversas alteraciones invaden casi siempre las otras membranas: así que frecuentemente se encuentran las paredes de la vejiga de un espesor doble ó triple del natural, ó bien con la tenuidad de una tela de araña; otras veces sembradas de escaras, ó ya perforadas á consecuencia de un trabajo ulcerativo que ha procedido de dentro hácia fuera. Esta participacion de todas las tunicas respecto al trabajo inflamatorio, se observa principalmente en la colecistitis crónica. En general, hay entonces exageracion del estado reticular de la membrana mucosa; las paredes están engrosadas, y todas las membranas confundidas en una masa homogénea y como fibrosa; y el órgano, contraído sobre sí mismo, está atrofiado. Es probable que muchas obliteraciones y atrofias de la vejiga y de los conductos biliares, no tengan otro origen que una inflamacion aguda ó crónica. Esta obliteracion se verifica, unas veces á consecuencia de la hinchazon de las partes, y otras por la cicatrizacion de una ulceracion que hace se adhieran entre sí las superficies opuestas. Los conductos biliares, cuando son el sitio de una flegmasia aguda ó crónica, tienen casi siempre un número mayor ó menor de cálculos.

*Síntomas, curso y terminacion.*—Es imposible trazar en el estado actual de los conocimientos, la historia sintomática de la inflamacion de las vias biliares. Como quiera que sea, hé aquí los accidentes que se han observado mas á menudo. Los enfermos sienten un dolor muy vivo por debajo del borde de las costillas falsas, que se aumenta por la presion, y dificulta la respiracion y los movimientos. Alguna vez, se ve señalarse á este nivel un tumor piriforme, y al mismo tiempo hay náuseas, vómitos, astriccion y un tinte icterico, sobre todo cuando existe un obstáculo permanente al curso de la bilis; en fin, la calentura es mas ó menos viva. La marcha de la enfermedad, es el mayor número de veces rápida, sobre todo cuando el éxito es funesto. Este es producido, bien por una peritonitis agudísima, consecutiva á la perforacion de la vejiga, ó bien se verifica de una manera repentina, y en estos casos no puede esplicarse siempre ni por los desórdenes anatómicos, ni por la intensidad de los dolores que ha sentido el enfermo. Existen en la ciencia por lo menos cinco ó seis observaciones de inflamacion de las vias biliares, que han producido una muerte repentina. La terminacion es favorable, ya porque se resuelve la inflamacion, ya porque la vejiga cística distendida por el pus, se vacia al través de la pared abdominal ó por el colon y el yeyuno. Cuando la abertura se practica al través de los tegumentos, suele derramarse con el pus un poco de vilis, y casi siempre un número mayor ó menor de cálculos biliares. La llaga puede cerrarse y abrirse muchas veces, y por lo regular queda fistulosa, sin que á pesar de esto la salud sufra graves alteraciones. Probablemente fue un absceso de esta clase el que dió á Thelesius, en el espacio de nueve años, quinientos ó seiscientos pequeños cálculos. Bonnet, de Burdeos, refiere un hecho análogo.

*Diagnóstico.*—En el estado actual de la ciencia, se podrá alguna vez sospechar una colecistitis, pero es muy difícil formar respecto á esto, un diagnóstico cierto; frecuentemente será imposible decir si los síntomas que se observan dependen de una colecistitis mas bien que de una peritonitis local, ó de un cólico

hepático. Lo que digo se aplica con mayor motivo á la inflamacion de los conductos biliares; además, es sumamente difícil reconocer estas afecciones, que rara vez son primitivas, puesto que en casi todos los casos coexisten con lesiones graves del hígado, ó con productos morbosos, especialmente cálculos. Si se ha formado un absceso en la vejiga de la bilis, podrá presentar algunas dudas el diagnóstico. No se admitirá la existencia de un absceso del hígado, porque en el primer caso está mas circunscrito el tumor y no presenta dureza en su base; siempre está situado por debajo del borde de las costillas falsas, cubierto por el músculo recto; la fluctuacion es general, se ha formado de pronto y desde el principio ha sido superficial, al paso que sucede todo lo contrario en los casos de absceso hepático. En otro lugar diremos cómo puede distinguirse un absceso de la vejiga, de la distension simple de este receptáculo por esceso de bilis.

*Causas.*—La colecistitis, rara vez espontánea, sobreviene por lo comun en el curso de otras enfermedades graves, ó bien cuando la vejiga contiene cuerpos estraños y principalmente cálculos. Estos últimos obran unas veces por la desigualdad de sus ángulos, otras por su continuo movimiento de un punto á otro, otras en fin por haber chocado contra ellos las paredes de la vejiga de resultas de algun golpe en el hipocondrio derecho. Puede tambien suceder que haya algun obstáculo en el conducto colidoco ó en sus inmediaciones, que se oponga al paso de la bilis, y acumulándose esta entonces con esceso, puede distender demasiado las paredes de la vejiga y ocasionar la inflamacion. Finalmente, no es imposible que alguna vez sea esta flegmasia consecutiva á la del duodeno; pero hasta ahora no hay datos prácticos para afirmarlo.

*Pronóstico.*—Si se llegase á conocer la existencia de una colecistitis, habria que formar un pronóstico muy grave.

*Tratamiento.*—El tratamiento será esencialmente antiflogístico, y el mismo que para la hepatitis. Si la vejiga de la hiel muy distendida fómase una prominencia, deberíamos apresurarnos á abrirla con el bisturí, si hubiera la seguridad de que habia contraído adherencias con la pared abdominal. En el caso contrario, se la abriria por el mismo procedimiento que los abscesos y los acéfalocistos del hígado. (Véase *Hidátides del hígado*).

### *De la pancreatitis.*

La pancreatitis parece ser una afeccion escesivamente rara: ni una sola vez la he podido ver en el espacio de veinte y cinco años de asidua asistencia á los hospitales de París; reuniendo todos los hechos conocidos, es casi imposible poder trazar la historia sintomática, y aun anatómica, de esta afeccion; no obstante, hé aquí lo que resulta del estudio de las observaciones que se han recogido y analizado por Becourt (1), Mondiere (2) y Raige-Delorme (3).

En la pancreatitis aguda hay, segun dicen, calentura, un dolor constante con tension, y alguna vez un tumor circunscrito en el centro de la region epigástrica; las deposiciones son líquidas, serosas, y mas ó menos análogas á la saliva (4);

(1) *Thèse de Strasbourg*, 1850.

(2) *Archives de médecine*, 1858.

(3) *Dictionnaire de médecine*: artículo PANCREAS.

(4) En el tomo XIX de la 4.<sup>a</sup> serie de los *Archives de médecine* hay un bellissimo trabajo de M. Bernard sobre los usos del jugo pancreático: V.



se ha admitido que la pancreatitis podia terminar por resolucion, por supuracion, por induracion ó por gangrena. Cuando hay absceso, pudiera derramarse el pus en el vientre, ó abrirse paso por el estómago ó el intestino.

La pancreatitis es una afeccion rara vez primitiva; pero sucede casi siempre á la inflamacion de un órgano próximo. Tambien puede ser simpática de la inflamacion de las glándulas salivales, y en este caso se observa una especie de compensacion entre la secrecion pancreática y la de la saliva: asi es, que cuando la saliva corre abundantemente, los síntomas locales de la pancreatitis, y notablemente la diarrea, disminuyen ó cesan, mientras que sucede lo contrario en los casos en que se disminuye la irritacion de los órganos salivales. Se ha sentido que en muchos casos la pancreatitis procedia del uso del mercurio. Pero repetimos que todo lo que precede no debe considerarse mas que como simples indicaciones, pues nada se sabe todavía acerca de la pancreatitis aguda ó crónica.

#### *De la esplenitis.*

La inflamacion del bazo, ó la *esplenitis*, es una afeccion sumamente rara, y de la que no conocemos todavía sino con mucha imperfeccion, los síntomas y caracteres anatómicos.

*Anatomía patológica.*—El bazo es el sitio de diversas alteraciones en el curso de muchas enfermedades, y especialmente en las calenturas intermitentes y la afeccion tifoidea. Hemos visto que en estas pirexias aumentaba mucho de volumen, que su color era mas oscuro, y en fin que su consistencia estaba tan disminuida, que se reducía á una pulpa á la menor presion; pero como dejamos dicho, estas lesiones tan profundas parecen independientes de toda inflamacion. Creemos que los únicos indicios ciertos de un trabajo flegmático son: la presencia del pus y la infiltracion del tejido del órgano por una materia fibro-albuminosa. No hablaremos de los casos en que coincidiendo los abscesos del bazo con colecciones de la misma naturaleza en muchas vísceras, son sintomáticos de una infeccion purulenta de la sangre, pues aquí no debemos tratar sino de los abscesos idiopáticos, que son escesivamente raros. Cuando existen, el órgano está ordinariamente aumentado de volumen, y mas ó menos unido á las partes próximas por adherencias recientes, si la flegmasia se ha propagado hasta el peritoneo. En este caso se ve reflejarse al través de esta membrana y la túnica fibrosa, un color blanco opalino, producido por la coleccion purulenta. El pus flegmonoso homogéneo, ó bien sanioso y mezclado con el detritus del bazo, está casi siempre reunido en uno ó muchos focos superficiales ó profundos, libres ó enquistados. En la mayor parte de casos no hay mas que de dos dracmas y media á una onza de pus; pero se ha visto muchas veces aumentar esta cantidad á mas de una ó dos azumbres. El foco purulento está aislado, ó comunica por una ó muchas aberturas con el estómago, el intestino, la pleura, el pulmon, la superficie del cuerpo, ó bien, por último, con el peritoneo. Mas arriba hemos dicho que en vez de pus se depositaba frecuentemente en las areolas del bazo inflamado una materia albuminosa, fibrinosa, concreta y bastante consistente, que infiltra todo el tejido casi uniformemente, y está dispuesta mas á menudo todavía por placas ó zonas. En las esplenitis parciales hemos visto que estas concreciones establecen la línea de demarcacion entre las partes sanas y las enfermas.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—La esplenitis puede empezar repentinamente ó despues de algunos prodromos. Está caracterizada por un dolor mas ó menos vivo, casi siempre obtuso, en el hipocondrio izquierdo, que se irradia algunas veces hácia la espalda y la region mamaria correspondiente. El mayor número de veces está el bazo aumentado de volúmen, lo que se conoce por la inspeccion, que denota un ensanchamiento del hipocondrio izquierdo, por la palpacion, que da á conocer que este órgano pasa ordinariamente el reborde costal, y sobre todo por la percusion, que permite circunscribirlo. Por estos diversos modos de exploracion se conoce que en la esplenitis el volúmen del bazo rara vez pasa de siete á nueve pulgadas; la auscultacion no da ningun resultado, si no es en el caso en que habiendo la inflamacion atacado el peritoneo y producido allí falsas membranas, aplicado el oido á este nivel, distingue un ruido de frotacion comparable al que se oye en la pleuresia. Cuando el órgano ha adquirido un volúmen muy considerable, se forma algunas veces un poco de derrame ascítico y aun una infiltracion serosa de los miembros inferiores, á causa de la dificultad que experimenta la circulacion venosa. Tambien hay algunos accidentes que resultan de la compresion del bazo sobre los órganos próximos: tales son la disnea, la tos y los vómitos. Casi siempre, y por poco intensa que sea la flegmasia, hay una calentura continua que alguna vez ofrece recargos regulares. Aun se dice que en ocasiones se observan accesos febriles verdaderamente intermitentes. Por lo general la esplenitis no se acompaña de accidente alguno grave, á no ser que invada todo el órgano y termine por supuracion. Sin embargo, no poseemos todavía respecto á esto ningun dato cierto, ni tampoco sabemos nada sobre la marcha y duracion de la flegmasia, que lo mas ordinariamente termina por resolucion, y tambien por supuracion.

Los signos de la presencia del pus en el bazo, son escesivamente oscuros, y es raro que se obtenga respecto á esto alguna certeza, á no ser que el absceso se haga superficial. Los escalofríos, los sudores nocturnos, y el adelgazamiento que suceden á los accidentes agudos, solo pueden hacer sospechar la presencia del pus, sin caracterizarla. No se sabe aun si reunido en un foco el pus en el bazo, puede reabsorberse; pero casi siempre, lo mismo que los del hígado, se vacia el absceso en el estómago, en el cólon, en el ureter izquierdo, en el peritoneo, en la pleura y los bronquios; la abertura de los abscesos al través de las paredes abdominales, es uno de los modos mas raros de terminacion. Tambien se ha visto al pus ir disecando al tejido celular y salir, v. gr., por un absceso de la vulva, lo que acaso se haya verificado una sola vez. No hay un solo ejemplo auténtico de esplenitis terminada por gangrena. En fin, cualquiera que sea el órgano ó el punto hácia el cual se dirige el pus, la evacuacion de este líquido alivia inmediatamente, y puede ser seguida de una feliz terminacion; pero lo mas comun es que los enfermos se demacren, desfallezcan y sucumban al cabo de muchos meses en medio de los síntomas de calentura héctica: en otros, la muerte sigue á la evacuacion del pus, que se hace en medio de los accidentes mas graves: tal es el caso referido en el tomo 82 del *Journal de médecine*, de un militar que habiendo tenido en el espacio de catorce dias un vómito abundante de sangre y pus, acompañado de un gran síncope, sucumbió; en la autopsia se le encontró el bazo destruido, excepto en el grosor de línea y media, y convertido en una gran bolsa purulenta, que co-



municaba con el estómago por medio de una ancha abertura como un duro. Nada sabemos absolutamente acerca de la esplenitis crónica.

*Diagnóstico.*—Un dolor constante y los síntomas agudos harán distinguir la esplenitis de la hipertrofia simple del bazo, ó de las producciones accidentales que se forman en esta víscera. El dolor, el sonido macizo que puede subir bastante hácia el pecho, la debilidad del murmullo vesicular, y en fin, la disnea y la calentura, pudieran hacer confundir la esplenitis con la neumonía ó con la pleuresia. Pero independientemente de los signos de auscultación, como la crepitación, la broncofonía y la egofonía, faltan enteramente en la esplenitis; la percusión dará á conocer además que el sonido macizo depende del bazo por el lugar que ocupa, por su circunscripción, porque está fijo y no varía en las diversas posturas que toma el tronco. Mas adelante diremos en qué se diferencia la esplenitis de la peritonitis local.

Casi nos parece imposible confundir un absceso voluminoso del bazo con un derrame ascítico; sin embargo, la *Historia de la Academia de las Ciencias en el año 1753*, contiene el hecho único de un jóven de 18 años, consumido por una calentura héctica, cuyo vientre ofrecía el desarrollo y la fluctuación que se observa en la ascitis. Una doble punción dió salida á mas de 14 azumbres de pus. Habiendo espirado el enfermo, se vió que el bazo tenía un volúmen tan grande, que se extendía desde el epigastrio al pubis, cubriendo todas las vísceras abdominales; se hallaba hueco, conteniendo todavía siete azumbres de pus, y estaba revestido por una membrana sólida. Este curioso caso se presentó á la Academia de las Ciencias. En uno semejante creemos será fácil establecer el diagnóstico diferencial por el conmemorativo, así como por el exámen del enfermo, pues fácilmente se concebirá, que en vez de hacerse el abultamiento del vientre de abajo arriba, como en la ascitis, empieza al contrario por el hipocondrio izquierdo, y se aproxima sucesivamente al pubis. En la exploración se conocerá que la fluctuación es mas profunda y oscura que en la ascitis, y no puede el líquido cambiar de sitio, ni por consecuencia el sonido macizo, haciendo variar las posiciones del enfermo. Palpando el vientre con cuidado se podrán reconocer los límites del tumor, por un reborde mas ó menos prominente; en fin, la percusión, hecha con atención sobre el tumor y por su circunferencia, demostrará dónde se halla el tubo digestivo, el cual no está empujado hácia el epigastrio, como se ve en la ascitis ó en los casos de tumores que parten de la escavación pelviana.

En la undécima entrega de su *Anatomía patológica*, ha publicado Cruveilhier, con el nombre de *splenitis ó reblandecimiento agudo del bazo*, muchas observaciones muy curiosas de individuos que sucumbieron despues de haber presentado la sofocación, angustia, náuseas, vómitos, un pulso medianamente fuerte y frecuente, y algunos síntomas de remitencia. Se ha encontrado el bazo casi supurado en un caso, difluyente y agrisado en otro, negro y pulposo en un tercero. En 1837 he observado con Chomel este mismo aparato de síntomas graves con accidentes cerebrales, en una jóven en cuya necroscopia no hallamos sino una esplenitis circunscrita, caracterizada por una infiltración fibro-albuminosa del tejido. Pero ¿es racional referir á esta lesión todo el aparato de síntomas tan grave, observado durante la vida? La esplenitis, aquí como en las primeras observaciones de Cruveilhier, ¿no es mas bien una lesión enteramente

secundaria de una enfermedad primitiva? Yo así lo creo. En cuanto á las otras dos observaciones referidas por el sabio profesor, también las considero como casos de reblandecimientos no inflamatorios, análogos á los que se ven tan á menudo en las enfermedades graves, y sobre todo en las enfermedades por infección.

*Pronóstico.*—Es todavía imposible estar bien seguro sobre el grado de gravedad de la esplenitis. Sin embargo, esta afección es muy grave cuando termina por supuración.

*Etiología.*—La esplenitis rara vez es primitiva; en el mayor número de casos es producida por una causa traumática, y sobre todo por algun golpe recibido en el hipocondrio izquierdo. Concíbese fácilmente por esto cómo las calenturas intermitentes anteriores, haciendo que el bazo adquiriera un volumen mas considerable, constituyen una verdadera predisposición á la esplenitis, sobre todo cuando el órgano escede del borde costal, porque entonces está mas espuesto á las violencias exteriores.

*Tratamiento.*—El método curativo será antiflogístico. A no ser que la gravedad de los síntomas generales reclame una ó muchas sangrías generales, se preferirán las emisiones sanguíneas locales, á las que se agregarán los baños, las cataplasmas y los laxantes suaves. Si los accesos febriles son regularmente intermitentes, ó bien remitentes, se administrará al mismo tiempo el sulfato de quinina, como en una calentura periódica ordinaria. Los purgantes, las preparaciones mercuriales en fricciones, y en un período mas adelantado los vejigatorios como revulsivos, se hallan igualmente indicados.

#### INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DE LA RESPIRACION.

##### *De la laringitis.*

Con lo palabra *laringitis* ó *angina lartngea* se designa generalmente la inflamación de la membrana mucosa de la laringe. Sin embargo, presentándose esta bajo formas muy diversas, especialmente con respecto á sus síntomas y á las alteraciones anatómicas que la constituyen, así como á su marcha, se ha debido dividirla en muchas especies distintas, que son: las *laringitis simple* ó *mucosa*, *estridulosa*, *pseudo-membranosa* y *sub-mucosa*: en fin, se han admitido *laringitis aguda* y *crónica*. Esta última deberá también distinguirse en *crónica simple* y *crónica ulcerosa*.

##### *Laringitis aguda, simple ó mucosa.*

*Caracteres anatómicos.*—Las únicas lesiones anatómicas que se encuentran en ella, consisten en una rubicundez de la mucosa, que además suele hallarse también friable y engrosada. En este último caso se nota una disminución en el calibre del conducto aéreo. El mismo efecto pudiera producirse si la inflamación hubiera ocasionado la infiltración serosa ó purulenta del tejido celular sub-mucoso. En ciertos casos de laringitis, se encuentra únicamente el aparato folicular inflamado (Cruveilhier), ó bien con ulceraciones superficiales; finalmente, pueden existir pústulas, como sucede en la laringitis aguda que so-



breviene en el curso de la viruela. La inflamacion puede hallarse limitada á la epiglotis, que está entonces hinchada, endurecida, rígida y poco móvil.

*Sintomas.*—En el mayor número de casos, la laringitis aguda no determina mas que síntomas locales sin ninguna gravedad. La voz está constantemente alterada en su timbre, siendo con frecuencia chillona, desigual y por lo comun ronca; algunas veces hay aфонia completa. Los enfermos se quejan ademas de una sensacion de calor y ardor en la laringe, y al nivel de la glotis experimentan un picor incómodo que escita la tos; esta es frecuentemente penosa en razon al escozor que la acompaña. La espectoracion es nula ó no está formada sino por algunos esputos blancos y espesos. La presion ejercida exteriormente sobre la laringe, es dolorosa á veces y escita la tos con mucha frecuencia: lo mismo sucede con los movimientos de deglucion, durante los cuales se empuja la epiglotis sobre la abertura de la laringe, á la cual comprime en ocasiones, de una manera dolorosa. Es comun que á este grado no escite la laringitis ni malestar, ni calentura, ni desarreglo de las funciones de las vias digestivas.

No obstante, en una forma mas grave, la incomodidad de la laringe es mayor: algunos enfermos experimentan la sensacion de un cuerpo extraño que se opone á la entrada del aire; la voz está apagada y se hace con grandes esfuerzos; entonces se oye algunas veces desde alguna distancia ó auscultando la laringe, un ruido mucoso traqueal, mas ó menos sonoro. Sin embargo, por poco que se prolongue esta incomodidad, la cara espresa la ansiedad; está pálida, alterada, los labios están azulados, los ojos prominentes, la piel caliente y el pulso pequeño y frecuente. Estos síntomas asfíxicos pueden irse agravando sin cesar; pero otras veces se calman momentáneamente despues que los enfermos han arrojado algunos esputos mucosos, opacos ó filamentosos. Con todo, estos instantes de calma son muy cortos, pues pronto se agravan los accidentes cada vez mas, y casi siempre sobreviene la muerte antes del octavo dia, en medio de los síntomas de asfixia lenta ó de sofocacion. Como quiera que sea, la enfermedad tiene frecuentemente una terminacion feliz; entonces la violencia de los síntomas disminuye gradual y rápidamente, y la alteracion de la voz es la única que persiste durante un período algunas veces muy largo.

La inflamacion de la epiglotis se presenta con caracteres particulares, que han sido descritos con gran exactitud por Dezeimeris, en el tomo IV del periódico *La Esperiencia*.

En la epiglotitis, el enfermo experimenta en la parte anterior y superior del cuello un dolor mas ó menos vivo, y una sensacion parecida á la que produciria un cuerpo extraño. El timbre de la voz se altera mas ó menos; á veces hay disnea y hasta accidentes de sofocacion. Haciendo abrir la boca al enfermo y comprimiendo la base de la lengua, se presenta la epiglotis encendida como una cereza madura, ó como el glande del pene en ereccion, y ademas está dolorosa y rígida. La deglucion es meramente difícil y dolorosa, ó imposible. La disfagia consiste en tales casos en muchas causas: en la estrechez del conducto por donde deben pasar los alimentos; en la exquisita sensibilidad de la epiglotis, y en los esfuerzos convulsivos ocasionados por el dolor, lo cual escita la contraccion de la faringe. Por último, las partículas de alimentos, que penetran en la laringe en el acto de la deglucion, á causa de la dificultad que la

epiglotis experimenta en llenar sus funciones, originan una tos convulsiva que aumenta la fatiga de los enfermos.

La epiglotitis es una enfermedad esencialmente aguda, á veces fulminante, y en ocasiones se anuncia repentinamente, y llega con rapidez á un grado muy alto de intensidad.

*Diagnóstico.*—Mas adelante diremos cómo podrá distinguirse la laringitis simple, de las otras especies de inflamacion de la laringe, como el crup, la angina estridulosa y la edematosa. La forma grave de la enfermedad no se confundirá con un cuerpo extraño en la laringe, por la falta de calentura en este último caso, y porque los ataques de tos estremadamente violentos, y la sofocacion, sobrevienen súbitamente en medio de la salud, y los intervalos de calma son mucho mas marcados que en los casos de inflamacion aguda grave de la laringe. La sola inspeccion del fondo de la boca bastará para distinguir sin dificultad la laringitis de una intensa inflamacion de la faringe ó las amígdalas, aunque en esta tampoco está la voz ronca ó apagada como en aquella, y sí gangosa. La epiglotitis permite á los enfermos abrir bien la boca, por consiguiendo el exámen de las partes la da á conocer.

*Pronóstico.*—La laringitis no es temible sino cuando es intensa; es mas grave en los niños, en razon de la estrechez de la laringe en esta edad. La inflamacion de la epiglotis reclama encarecidamente toda la atencion del médico.

*Etiología.*—Casi todas las laringitis son producidas por la accion del frio húmedo; otras veces la enfermedad es consecutiva al ejercicio inmoderado de los órganos de la voz: y es mas raro que sea determinada por la inspiracion de vapores irritantes, como los del ácido hidroclórico, ó por la ingestion de bebidas muy calientes que inflaman á su paso la epiglotis y la glotis. La laringitis es frecuentemente epidémica, pero nada prueba que haya sido jamás contagiosa. La forma grave sobreviene alguna vez en el curso de la viruela, en cuyo caso está caracterizada por el desarrollo de pústulas numerosas en el árbol aéreo, de lo cual he visto muchos casos.

*Tratamiento.*—En la forma benigna de la laringitis se aconseja la quietud del órgano enfermo, en medio de una temperatura suave y uniforme. Se podrá añadir á esto el uso de pediluvios irritantes y de bebidas pectorales. Estos medios son insuficientes en la forma mas grave; en ella son indispensables las emisiones sanguíneas, por lo que se abrirá la vena y se aplicará simultáneamente un gran número de sanguijuelas en la region laríngea. Se insistirá en los revulsivos cutáneos, y si estos medios son insuficientes, será necesario producir una violenta sacudida administrando un emeto-catártico. Si á pesar de estos medios fuese inminente la sofocacion, y si no se pudiese ya recurrir á las emisiones sanguíneas, es menester escitar una fuerte revulsion por medio de un ancho vejigatorio aplicado á la nuca ó sobre la laringe misma, y á las estremidades inferiores. En fin, cuando la muerte es inminente á consecuencia de los accidentes de la asfixia, es preciso recurrir á la laringo-traqueotomia.

La inflamacion de la epiglotis no requiere una medicacion especial. No obstante, parece que algunas veces se ha empleado con buen éxito la cauterizacion de ella con el nitrato de plata; pero no debemos recurrir á este medio sino despues de haber administrado en vano los antiflogísticos.



*De la laringitis estridulosa ó pseudo-crup.*

La laringitis llamada *estridulosa*, en razon del ruido que la acompaña, puede considerarse como una variedad de laringitis simple y está caracterizada por accidentes de sofocacion frecuentemente formidables y que se repiten por accesos.

La laringitis estridulosa no es mas que el pseudo-crup ó falso crup de algunos autores; á ella debemos tambien referir gran número de hechos consignados en las colecciones científicas con los nombres de *asma agudo ó espasmódico*, *asma de Millar*, *catarro sofocante*, *espasmo de la glotis é inspiracion ronca de los niños*. Esta enfermedad ha sido bien estudiada sobre todo por Wichmann, bajo el nombre de *asma espasmódico*, y mas recientemente lo ha sido en Francia por Bretonneau, Guersant, Rilliet y Barthez.

*Síntomas, curso y duracion.*—La laringitis estridulosa es notable por su origen regularmente repentino, otras veces se empieza por observar durante algunos dias los signos de una ligera inflamacion catarral de la laringe. Con todo, pronto se declaran los accidentes propios de la enfermedad, que comunmente sobrevienen durante la noche; el enfermo se despierta repentinamente por una tos seca, sibilante, sonora ó ronca, y simulando á veces el ladrido de un perrillo. Al mismo tiempo la respiracion es acelerada, alta y entrecortada; cuando penetra el aire en la laringe forma un silbido agudo, ronco ó mas ó menos sonoro: el enfermo, inquieto y asustado, se agita, y si puede da algunos gritos: su voz está ronca pero muy distinta, y alguna vez se ha observado la afonia. El exámen de la faringe no hace descubrir ninguna falsa membrana, y los ganglios cervicales no están infartados. En medio de estos accesos tan penosos, se hincha la cara, los labios están azulados, la ansiedad es estremada, y de vez en cuando hay pequeñas remisiones, durante las cuales los enfermos dan gritos lastimeros. Despues de un tiempo variable, pero que rara vez pasa de una hora, se calman los accidentes, cesa la tos, la respiracion pierde su frecuencia y los síntomas de asfixia se disipan. Pero despues de una sacudida tan violenta, quedan los enfermos pálidos y débiles. Si se ha verificado el acceso en medio del dia, regularmente es mucho menor: tampoco es raro que al momento que ha pasado vuelvan los niños á adquirir la alegría, y á tomar sus juguetes, hasta que se declara un nuevo acceso. No es lo comun el que haya solo uno, pues por lo regular se verifican muchos en las veinte y cuatro horas; pero como lo observa Guersant, su violencia va disminuyendo á medida que se reproducen. Cuando hay muchos, los enfermos conservan en su intervalo la ronquera, un poco de calor y de sensibilidad en la laringe, y algunas veces hay tambien un ligero movimiento febril. En fin, á medida que los ataques se hacen menos frecuentes y van disminuyendo, la tos es húmeda, catarral, y los enfermos concluyen por tener un mero romadizo que termina al cabo de pocos dias, ó lo mas tarde de uno ó dos septenarios.

*Terminaciones.*—La laringitis estridulosa, cuando es simple, casi siempre tiene un éxito feliz. Guersant y Bretonneau no han visto sucumbir á ningun niño á consecuencia de esta enfermedad; asi es que no han podido decir cuáles son sus caracteres anatómicos. Pero con todo, hay algunos enfermos que muer-

ren por las complicaciones, como una angina lardácea, y sobre todo por una pneumonia; pero en estos casos, el exámen de la laringe no ha podido esplicar los síntomas graves observados durante la vida en este órgano, porque no se encuentra mas que una rubicundez eritematosa con poco ó nada de hinchazon. No obstante, hay en la ciencia algunos casos de pseudo-crup mortales por sí mismos: estos hechos raros se encuentran en los escritos de Wichman, de Millar, de Vieusseux y de Lobstein.

*Diagnóstico.*—La laringitis estridulosa se parece con especialidad al erup, con el cual se ha confundido mucho tiempo; pero daremos á conocer su diagnóstico diferencial cuando tratemos de esta última afeccion. La forma grave, sofocante, de la laringitis simple, se asemeja en sus momentos de exacerbacion á la laringitis estridulosa. Pero esta difiere de la primera por la instantaneidad de los accesos, que aparecen en medio de la salud, y por síntomas locales en extremo ligeros, mientras que en la forma grave de la laringitis simple, la molestia de la respiracion y la sofocacion llegan graduadamente. Por otra parte, todos los síntomas locales, tales como el dolor, la tos, la alteracion de la voz y ademas la calentura, son mucho mas considerables en esta última. Seria un entretenimiento pueril recorrer las diferencias diagnósticas entre la laringitis estridulosa y la coqueluche, la angina edematosa y la bronquitis capilar, pues no pueden ser nunca confundidas tan diversas enfermedades.

*Pronóstico.*—Aunque puede tener en ciertos casos un éxito funesto, creemos sin embargo que la laringitis estridulosa es generalmente mas alarmante que grave. Tal vez como dice Guersant, varios de los enfermos que han muerto de ella, fueron víctimas del tratamiento demasiado enérgico que sus facultativos emplearon, temerosos de ver desarrollarse el crup.

*Etiología.*—La laringitis estridulosa es una afeccion especial á la primera infancia; rara antes de los dos años, no sobreviene casi nunca despues del séptimo ú octavo. Esta frecuencia se esplica por la estrechez relativa de la laringe en esta edad, y á esta organizacion primitiva es necesario atribuir la frecuencia de la enfermedad en ciertas familias. Tambien hay niños que son mas particularmente atacados de ella; en estos se reproduce la enfermedad tres, cinco ó seis veces antes de llegar á la pubertad. Los jóvenes parecen mas predispuestos que las muchachas. Segun Guersant, esta dolencia ataca principalmente á los niños de la clase acomodada, y segun se ha advertido, verifica sus invasiones especialmente en la estacion fria. Se ignora la influencia de la constitucion y los temperamentos en su produccion. La enfermedad se declara casi siempre despues de la impresion del frio.

*Tratamiento.*—Guersant ha probado que en la laringitis estridulosa era menester limitarse á un método curativo poco activo, tal como lo hemos aconsejado para la laringitis aguda, simple y poco intensa. Sin embargo, si la opresion se prolongase é hiciera escesiva, y si ademas hubiese calentura, se deberia recurrir á una emision sanguínea general ó local. Es preciso no olvidar que en la laringitis estridulosa, si la calentura es intensa, casi siempre es sintomática de alguna flegmasia intercurrente, y con especialidad de una pneumonia. Han sido recomendados los vomitivos para combatir la forma algo aguda del mal y les considero en efecto muy ventajosos: se ha de preferir el tártaro estibiado, porque obrando como vomi-purgativo, establece una saludable revulsion en todo



el tubo digestivo, y por otra parte los purgantes son utilísimos. Algunos facultativos aconsejan que á la par de esta medicacion evacuante y fuerte, se aplique una cantárida en la parte anterior del cuello, pero muy rara vez la violencia de los accidentes nos obligará á recurrir á un medio tan doloroso. Predomina con frecuencia el elemento nervioso que puede exigir medios anti-espasmódicos, pareciendo preferibles las lavativas de asafétida á la dosis de dos á tres dracmas, y los baños tibios. Sin embargo, hay circunstancias en que es preciso emplear una medicacion mucho mas activa. Cuando por ejemplo, la laringitis estridulosa coincide con la angina lardácea, como entonces hay mas probabilidades de un crup que de una laringitis estridulosa, en la duda deben emplearse los medios propios para combatir la enfermedad mas grave. Si esto induce á equivocacion, la medicacion no podrá tener otro resultado temible, sino el de debilitar inútilmente á los enfermos, y alargar acaso la convalecencia; pero á pesar de estos inconvenientes, la prudencia aconseja que se obre como acabo de decir.

*Naturaleza.*—Aunque las investigaciones necroscópicas nada nos han enseñado respecto á la naturaleza de la laringitis estridulosa, creemos sin embargo, que atendiendo á los síntomas y á la marcha de la afeccion, es difícil no conocer una flegmasia ligera de la laringe, caracterizada sobre todo por la ronquera, el picor y la tos; flegmasia, que se acompaña ademas de un elemento nervioso, produciendo probablemente un espasmo de la glotis: esto es lo que explica la forma de los accesos y su carácter intermitente. Algunos creen, sin embargo, que la intervencion de un elemento nervioso no es tal vez indispensable para explicar el fenómeno de intermitencia, porque se podria suponer que una congestion pasajera, un resfriado de la glotis, como cree Bretonneau, puede angostar momentáneamente su calibre, lo mismo que vemos cesar ó aumentar un romadizo muchas veces en una hora, por el solo hecho de que se verifique un cambio de temperatura y sin necesidad de atribuirlo á una alteracion nerviosa. Con todo, nos parece que se explica difícilmente por el engrosamiento de la mucosa, la invasion repentina de los accesos; así, pues, persistimos en creer que para la inteligencia de los síntomas, conviene hacer intervenir un elemento nervioso como esencial.

#### *Del crup ó laringitis pseudo-membranosa.*

*SINONIMIA.*—*Angina suffocatoria, polyposa, membranacea, tracheites infantum, cynanche trachealis; angina laringea, membranosa, ditteritis traqueal.*

La palabra *crup* es una voz escocesa que F. Home ha introducido en la ciencia, y que despues se ha adoptado por la generalidad de los médicos de todos los paises, para designar una enfermedad aguda muy grave, de marcha rápida. y anatómicamente caracterizada por la formacion de una falsa membrana en la laringe y la tráquea.

*Historia.*—El crup es una enfermedad, que sin ser probablemente nueva, no ha sido sin embargo conocida de los Griegos, de los Latinos ni de los Arabes. Baillou fue el primero que en la constitucion de 1576 indicó sus síntomas principales, y acaso su carácter anatómico; pero este fue positivamente bien trazado por Ghisi, en su relacion sobre la epidemia que reinó en Cremona el 1747 y 48;

Diez y siete años despues publicó Home la primera monografía sobre el crup, así es que se ha mirado con justa razon como el primer historiador de la enfermedad. Desde esta época el crup ha sido objeto de numerosas investigaciones en todos los países; pero sobre todo en Francia, donde se publicaron, á causa de un concurso memorable abierto en 1807 por Napoleon, las obras de Jurine (1), d' Albers, de Vieusseux, de Caillau y de Double. En fin, en una época mas próxima á nosotros, aparecieron las obras de Louis Valentin y de Bland, las de Desruellés y de Bricheteau; y por último, las importantes investigaciones de Guersant y Trousseau, y sobre todas, las de Bretonneau, que en su notable *Tratado de la difteritis*, ha ilustrado muchos puntos oscuros, y demostrado de una manera positiva la conexion del crup con la angina lardácea.

*Caracteres anatómicos.*—Hemos dicho que el crup estaba anatómicamente caracterizado por la presencia de falsas membranas en las vías aéreas. Estas concreciones morbosas no esceden en las tres cuartas partes de casos de la laringe y la tráquea, y aun pueden no ocupar mas que la epiglotis ó los bordes de la glotis; pero en la tercera parte de los cadáveres se ve que se propagan igualmente por los bronquios y por algunas de sus ramificaciones. A veces no consisten mas que en algunos colgajos diseminados; pero en el mayor número de casos, están uniformemente repartidas sobre una superficie mas ó menos estensa. La mayor parte son de un gris blanquizco ó completamente blancas, y á veces rojizas ó negruzcas á causa de su combinacion con cierta cantidad de sangre. Unas veces son blandas y casi difluentes, y otras tienen cierta consistencia; las unas no son casi mas espesas que la película exterior del huevo ó una tela de araña, mientras que las demás tienen hasta línea y media de espesor. En general se puede decir que el grosor y consistencia de las falsas membranas, están en relacion con su antigüedad. Examinadas en una época poco distante de su formacion, estas concreciones de naturaleza fibro-albuminosa, no presentan ningun vestigio de organizacion; pero es cierto que al cabo de mas ó menos tiempo, y muy variable por otra parte, se desarrollan en ellas pequeños vasos desde la periferia al centro. Se adhieren mas ó menos íntimamente á la membrana mucosa; á veces están separadas en muchos puntos por una capa líquida; en fin, no es raro ver que queda libre y flotante una porcion mayor ó menor de la concrecion. No existe siempre relacion directa entre el grado de adherencia y la antigüedad de la falsa membrana, puesto que alguna vez se encuentra está unida íntimamente á la mucosa, aunque apenas date su formacion de quince ó veinte y cuatro horas. Además, es una circunstancia muy notable la rapidez con que se forman estas concreciones morbosas, puesto que bastan frecuentemente de seis á ocho horas para verlas ocupar la mayor parte de la laringe y de la tráquea. Debajo de ellas la membrana mucosa tiene un color rojo oscuro, lívido, y alguna vez está equimorada. Finalmente, no es raro que no presente ninguna especie de alteracion en su color, espesor y consistencia. En el crup se encuentra tambien en el interior de la laringe una cantidad mas ó menos considerable de un líquido mucoso, seroso ó puriforme: el calibre de la laringe, de la tráquea y de los bronquios, está mas ó menos estrechado segun el espesor de la falsa membrana. Esta obs-

(1) La obra de Jurine no se ha publicado, y solo se la conoce por los extractos de ella dados por Royer-Collard, en la muy notable memoria que escribió sobre las obras enviadas al concurso de 1807. Este trabajo es casi el mejor tratado que tenemos sobre el crup.



truccion esplica regularmente la muerte y los síntomas de asfixia que se han observado; sin embargo, se han notado todos estos accidentes aunque la conecion fuese muy poco considerable, y no pareciese haber producido mucho obstáculo á la entrada del aire en los pulmones; por eso los autores han supuesto que en este caso debió haber un estado espasmódico de la glotis. Ademas las partes subyacentes se congestionan, y aunque su congestion desaparece ó cuando menos disminuye en el acto de la muerte, no habrá dejado de contribuir á cerrar la entrada al aire, aumentando el volúmen de los tejidos.

Las vías aéreas no son siempre las únicas partes en que se encuentran coneciones pseudo-membranosas. En efecto, estas tapizan muchísimas veces la faringe y la parte posterior de la boca, mas rara vez las fosas nasales, el conducto auditivo y aun las superficies de la piel que han sido accidentalmente desnudadas. En fin, en los sujetos que mueren por el crup, se encuentran tambien otras diversas alteraciones, aunque accidentales: tales son con especialidad las neumonias lobulares, la congestion de los pulmones, etc.

*Síntomas.*—Se puede dividir el crup en tres periodos. En el primero los enfermos se quejan de malestar, de escalofríos, cansancio, calentura, y de una ingurgitacion de los ganglios sub-maxilares, con dolor mas ó menos vivo de la garganta. La inspeccion de la faringe, que jamás se debe dejar de hacer en semejante caso, demuestra una rubicundez mas ó menos viva de la mucosa, una tumefaccion de la campanilla y de las amígdalas; pronto se perciben sobre estas partes las placas diftéricas que caracterizan la angina lardácea. Esta precede, segun Bretonneau, al desarrollo del crup epidémico; Guersant asegura que tambien se observa en las cinco sextas partes de casos donde la enfermedad es esporádica. Esta particularidad es comun al crup de la infancia, como al que sobreviene al adulto, segun resulta de las observaciones de Louis. Este primer período de la enfermedad puede durar algunas horas, ó bien prolongarse durante ocho dias.

Sin embargo, la laringe concluye pronto por afectarse, lo que se conoce por el timbre como metálico que acompaña á la inspiracion, por una tos seca que se repite por accesos, por la afonia y los signos de sofocacion; estos accidentes marcan el segundo período del crup. El enfermo se despierta repentinamente durante la noche en un estado de ansiedad estrema; frecuentemente se sale de la cama asustado; experimenta la sensacion de un cuerpo extraño que llena la laringe y se opone á la entrada del aire; la tos y la voz ofrecen un timbre y caracteres particulares, habiéndoselas comparado al canto del gallo, del pato, al ahullido del perro, etc.; pero estas comparaciones no pueden dar una idea exacta del fenómeno. Bástenos decir que en el crup la tos es bronca, profunda y como reprimida; pronto es enteramente insonora, seguida de una inspiracion corta, repentina y sibilante, como si atravesara el aire un tubo seco y metálico; la voz está ronca y pronto apagada, ofreciendo tambien un timbre algo metálico, lo mismo que la tos. Al mismo tiempo que hay estos signos característicos, la respiracion está acelerada, corta é hiposa; el ruido respiratorio es débil en toda la estension del tórax, á causa del pequeño volúmen de la columna de aire y de las respiraciones incompletas que hacen los enfermos; la espiracion es prolongada, é igual frecuentemente á la inspiracion, á causa de la dificultad que el aire experimenta al salir de sus conductos. Aplicado el estetoscopio sobre

la misma laringe, hace oír ronquidos sibilantes y húmedos, ó tambien un murmullo ó ruido de escofina, como si hubiese un cuerpo extraño en movimiento. Estos fenómenos cesan ó disminuyen al menos despues de la espulsion de los fragmentos membranosos. Todo indica en los enfermos una dificultad estrema en las funciones respiratorias; la cara está abotagada y azulada; los ojos están extraviados, y las yugulares hinchadas; el pulso es pequeño, débil é irregular; sentado el enfermo, se agita, y algunas veces se lleva con furor la mano á la garganta, como para quitarse el obstáculo que le sofoca. Los ataques de tos se acompañan frecuentemente de epistaxis, de vómitos acuosos ó biliosos y de la espulsion de mucosidades filamentosas ó de colgajos membranosos. Sin embargo, causados los enfermos, caen pronto en el abatimiento y la soñolencia, se quejan de un dolor en la laringe y la tráquea, la respiracion es siempre molesta, y el aire que penetra á cada inspiracion produce un silbido que se percibe á alguna distancia, y es bastante fuerte para ocultar mas ó menos completamente el murmullo vesicular. No obstante, sucede con frecuencia, sobre todo despues de haber espelido alguna falsa membrana, que cesa la disnea hasta que sobrevienen nuevos accesos. Entonces llega la enfermedad á su tercer período. En estos casos se aproximan los accesos y se agravan; en cada uno de ellos se aumenta la inminencia de una asfixia; en fin, los enfermos sucumben unos violentamente y como sofocados, otros pacíficamente y con los síntomas de una asfixia lenta. La calentura es muy intensa desde el principio hasta el fin, pero la temperatura, aunque aumentada, no está en relacion con la frecuencia del pulso y de la respiracion, y segun Roger<sup>1</sup>, marca por término medio 38°, 50, es raro que se observen el delirio ó las convulsiones. La muerte es la terminacion casi constante del tercer período.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El crup tiene una marcha sumamente aguda: se le ha visto arrebatarse los enfermos en seis ó doce horas (*crup fulminante*). En la mayor parte de casos no se verifica la muerte hasta los cuatro, cinco ó seis dias, siendo raro que se prolongue la vida mas de un septenario. Si la enfermedad debe tener un éxito feliz, lo que sucede casi siempre en el segundo período, en este caso se repiten mas de tarde en tarde los ataques, la tos es húmeda, y los enfermos arrojan una cantidad mayor ó menor de mucosidades opacas, de esputos viscosos y colgajos membranosos irregulares ó tubulosos. No es cierto que en los casos que terminan felizmente, se espela por completo la falsa membrana, pues es posible que una parte de esta produccion persista y desaparezca en seguida por desgastarse ó por absorcion, al cabo de mas ó menos tiempo. La convalecencia es siempre rápida. Todavía no podemos establecer relaciones de proporcion entre las curaciones y las muertes, en atencion á que que se ha confundido muy á menudo el crup con el pseudo-crup, y es sabido este tiene casi siempre una terminacion feliz. Es dudoso que se hayan visto recidivas en el verdadero crup:

*Varietades.*—En la descripcion anterior solo he considerado el crup de los niños; pero sin embargo, diferencias bastante importantes distinguen el crup de los adultos, variedad que ha sido perfectamente descrita por Louis (1). Efectivamente en estos, los síntomas locales, tales como el dolor de garganta, de la la-

(1) *Recherches anatomopathologiques sur diverses maladies.*



ringe y la deglucion penosa, existen desde el principio ; experimentan disnea; su voz está alterada y arrojan pseudo-membranas; pero no se observan, como lo ha probado hace poco Charcellay (1), esos accesos de sofocacion, que son constantes en los niños. Las alteraciones de la tos y de la voz, aunque marcadas, son tambien menos características. En fin, la marcha es menos rápida, y si bien las lesiones son casi las mismas, el aparato sintomático es, no obstante, menos alarmante, lo que depende probablemente de la mayor capacidad de la laringe, y de que la enfermedad no ataca sino á individuos mas ó menos debilitados.

El crup presenta tambien algunas diferencias en su manifestacion sintomática, y tambien en su curso, cuando en vez de desarrollarse de arriba á abajo, empieza por el contrario, por la tráquea para estenderse luego hasta la laringe. En este caso, segun Jurine, los síntomas del principio son los de una afeccion catarral, los accidentes espasmódicos son menos pronunciados, las remitencias mas largas, el curso es mas rápido, y en fin, la voz se conserva intacta durante algunos dias, en tanto que los demás caracteres del crup existen en un grado mas ó menos ostensible. Nos parece que no debe admitirse el crup crónico ni intermitente, aunque algunos autores hayan creido lo contrario. Los dos casos publicados por F. Home y por J. Franck son bien poco convincentes.

*Diagnóstico.*—La laringitis estridulosa es la enfermedad que presenta mas semejanza con el crup. En efecto, se sabe que estas dos afecciones se confundieron y han confundido por mucho tiempo. No obstante, importa mucho para el pronóstico y la terapéutica poder distinguir una y otra. Se recordará, pues, que en la laringitis estridulosa la voz está *ronca*, pero no *apagada*, que la tos es clara y sonora, mientras que es profunda, bronca y reprimida en el crup, y que los enfermos en la primera jamás arrojan concreciones. En las dos enfermedades que comparo, hay accesos de sofocacion; pero en la laringitis estridulosa estos accesos son seguidos de una remision casi completa, puesto que muchos niños vuelven en los intervalos á tomar sus juguetes, no sucediendo lo mismo con el crup, que mantiene una disnea permanente. Agréguese á esto que la laringitis estridulosa empieza repentinamente, ó no es precedida sino por un poco de ronquera, al paso que el crup es casi siempre consecutivo á la angina lardácea. En fin, la primera es rara vez mortal, cuando del crup solo se cura el menor número de casos.

Tambien pudiera simular el crup un cuerpo extraño introducido repentinamente por la glotis, en razon á los accesos de sofocacion y á los ataques de tos; pero entonces no se presenta nunca la voz con el carácter crupal. La auscultacion de la laringe da á conocer frecuentemente que hay un cuerpo movible en esta cavidad, y en fin, casi siempre se podrá conocer por el mismo enfermo ó por los asistentes, la verdadera causa de los accidentes que se observan.

No se puede equivocar el crup con la angina faríngea ni tonsilar, tampoco con la laringitis aguda é intensa, aunque esta se le asemeja por la mucha dificultad de respirar, por la índole de los accesos y por la alteracion de la voz; pero no presenta chapas difteríticas en la faringe, son mucosos los esputos y nunca se arrojan con ellos falsas membranas. Ninguna analogía se observa en-

(1) *Recueil de la Société de médecine du département d'Indre-et-Loire.*

tre el crup y el espasmo de la glotis pues este se declara de un modo sumamente brusco, acompañándose con frecuencia de convulsion y otros síntomas nerviosos y terminándose por la salud ó por la muerte en el espacio de algunos segundos ó á lo mas minutos, sin dejar vestigio de su existencia, segun veremos en el estudio de las neurosis.

Un absceso retro-faringeo podria simular el crup, conforme indicamos á su debido tiempo; para esquivar el error, considérese que la existencia del absceso ni causa tos, ni puede comunicar á la voz el carácter crupal, al paso que determina disfagia y otros accidentes continuos, etc., etc. (V. *Edema de la glotis*).

*Pronóstico.*—El crup es una de las afecciones mas graves: la mayor parte de los que tienen la desgracia de padecerlo sucumben. Desconfiemos de las estadísticas de esta enfermedad, en las que constan pocos fallecidos, y pensemos que hay error de diagnóstico; siendo de presumir que se tomaron por casos de crup los de angina estridulosa. La afonía, la tos sorda ó insonora, la disnea estrema, la pequenez del pulso y su irregularidad, son síntomas que indican un peligro próximo. En el tercer período, no queda casi ya ninguna esperanza de recobrar la salud. Todas las complicaciones aumentan el peligro. No obstante, se ha dicho que la coqueluche, y con especialidad una bronquitis intercurrente, eran útiles, por los ataques de tos y la secrecion mucosa, para favorecer la disolucion ó la espulsion de las falsas membranas, que constituyen todo el peligro de la enfermedad; pero esta opinion está muy lejos de haberse demostrado.

*Etiología.*—Aunque el crup puede observarse en todas las edades, pues muchas veces se ha visto en ancianos, esta enfermedad sin embargo, es propia de la infancia. Rara antes de los siete meses, y despues de los doce años, tiene su máximun de frecuencia entre los dos y los siete. Numerosas estadísticas han probado que en la infancia con preferencia á la adolescencia, es mas comun la enfermedad en los individuos del sexo masculino; y tanto, que el número de niños que la padecen escede en mas de un cuarto al de niñas.

Ignórase la influencia ejercida por la constitucion y los temperamentos; solo si parecen probar algunos hechos, que el crup puede desarrollarse á consecuencia de una predisposicion hereditaria. Si bien es enfermedad que existe en casi todas las latitudes, por lo regular es mas frecuente en el Norte y en las regiones centrales de Europa, y parece que invade con preferencia en los países montañosos, húmedos, poblados de árboles, y á los sugetos mal alimentados que habitan en lugares insalubres, ó viven amontonados en espacios muy estrechos: de esta manera se esplica la mayor frecuencia del crup en la clase pobre de la sociedad.

Por lo comun, el crup sobreviene en los adultos durante enfermedades largas que han debilitado profundamente la constitucion; y aunque lo mismo sucede respecto de los niños, en ellos sin embargo, es las mas veces consecutivo á afecciones catarrales; y principalmente á la angina lardácea, y á las calenturas eruptivas, como resulta de la escelente relacion de una epidemia de crup que E. Boudet insertó en los *Archives de médecine* de 1842.

Casi siempre ataca el crup sin que pueda descubrirse la accion de ninguna causa determinante, sino és algunas veces la del frio ó la humedad. Los autores disienten relativamente á la cuestion del contagio: admitenle unos (Rosen,



Wichmann, y Goelis) al paso que otros (Home, Jurini, Albers, Valentin y Royer-Collard), desechan esta idea. Con todo, los hechos referidos por Lobstein, Bretonneau y Guersant, demuestran la posibilidad del contagio inmediato y mediato; contagio que, siendo además evidente en la angina lardácea, debe necesariamente existir en el crup, porque en último resultado, ambas enfermedades son específicas, solo difieren por su asiento, y muchas veces coexisten en un mismo sugeto. Con frecuencia puede reinar el crup epidémicamente; y esta constitucion, cuya causa nos es del todo desconocida, casi siempre se limita á una localidad pequeña, como una ciudad, un barrio, ó un solo establecimiento.

*Tratamiento.*—El del crup ha de ser esencialmente activo. Cuando el enfermo principia por tener una angina faríngea lardácea, es menester apresurarse á cauterizar las partes cubiertas por las membranas con ácido clorhídrico puro, ó todavía mejor con una disolucion concentrada de nitrato de plata, cauterizando estensa y profundamente hasta la epiglotis, en la inteligencia de que mas vale pecar por exceso que por defecto. Pero cuando la exudacion membraniforme principia por la laringe ó por la tráquea, no pudiendo ya emplearse la medicacion tópica, nos quedamos reducidos al uso de medios generales, de efecto mucho mas incierto. De todos modos hay que cumplir entonces dos indicaciones capitales: limitar la flegmasia, y favorecer la espulsion de las falsas membranas.

Para cumplir con la primera, se ha recurrido á las sangrias generales y locales; pero desgraciadamente estos medios que tan poderosos son contra las flegmasias ordinarias, resultan casi infructuosos en la laringitis membranosa. No obstante, es útil la sangría en los niños pletóricos, así como para disminuir los accidentes de asfixia, y favorecer la hematosi, combatiendo la congestion pulmonar, con tal que de ella no se abuse, ni se emplee en los sugetos débiles. En muchísimos casos debe el médico limitarse á aplicar sobre la laringe algunas sanguijuelas, cuyo número se arregla al vigor del paciente. Con el mismo fin de limitar la flegmasia, se han propuesto tambien diversos medicamentos, y principalmente el mercurio, que administrado interiormente y en fricciones, de manera que se promueva la salivacion á la mayor brevedad, ha producido muy buenos resultados segun demuestran los hechos que han observado Guersant y Bretonneau. Pero al mismo tiempo que se trata de contener la inflamacion, es necesario procurar desprender y espeler las falsas membranas, á beneficio de espectorantes, y principalmente por medio del emético y la ipecacuana.

El emético, medicamento que merece toda confianza, debe prescribirse desde el principio, á la dosis de un grano en los tres primeros años, y á la de dos granos desde esta edad á la de seis, desechando el temor de repetirle muchos dias consecutivos, y aun muchas veces por dia, como aconsejan Delarrouque y Marotte, quienes dan los vomitivos uno sobre otro; práctica recomendable, de la que resulta en efecto, como se ve por la estadística hecha por Valleix en su *Guia del médico práctico*, que entre treinta y un enfermos, en quienes el emético y la ipecacuana constituyeron la medicacion principal, se cuentan quince curaciones, mientras que solo sobrevivió uno de veinte y dos, á quienes se dieron con parsimonia los vomitivos.

No debemos ni podemos esperar siempre tanta fortuna de la medicacion emética; yo la he empleado con perseverancia en quince ó veinte casos, y todos han

sido desgraciados : verdad es que los enfermos eran niños muy tiernos , y en casi todos ellos iba el crup acompañado de complicaciones. Algunos médicos producen el vómito á beneficio del sulfato de cobre ; citarè á los doctores Serlo de Cross, Dür, Frelitz y Schawse. En estos últimos tiempos el doctor Beringuier ha experimentado la administracion de dicho medicamento muy poco usado entre nosotros, y asegura que con ella ha visto curarse diez y ocho niños atacados del crup, es decir, todos los que tomaron el remedio. Al escuchar un éxito tan completamente feliz tratándose de una enfermedad gravísima y casi siempre mortal, no puede uno menos de preguntar si todos los diez y ocho enfermitos padecían el verdadero crup... Aconseja M. Beringuier que se principie por ordenar dos granos de sulfato de cobre en diez ó doce de polvos de azúcar, y que se repita la dosis si el enfermo no ha vomitado á los cinco minutos (1). He ensayado este medicamento; me ha parecido que sus efectos eran mas constantes que los del tártaro emético, pero no he tenido la dicha de salvar á ninguno de los enfermos á quienes lo he administrado.

La utilidad, sin embargo, de la medicacion emética no puede ponerse en duda; conviene empero no retardarla, pues de lo contrario cae el organismo en una postracion tal que es impotente para la reaccion, quedando los medicamentos ingeridos sin ninguna virtud, por manera que en muchas ocasiones he hecho tomar á niñitos de teta atacados de crup, dos, tres y hasta cinco granos de emético, como tambien diez y veinte granos de ipecacuana, sin provocar tan siquiera náuseas.

Con objeto de favorecer tambien la espulsion de las falsas membranas, algunos autores han recomendado los estornutatorios, y otros el baño frio con afusion, á fin de escitar una reaccion viva; pero este medio, ademas de no tener comprobada su eficacia, puede ser peligrosísimo. Los revulsivos cutáneos, sobre todo, los vejigatarios en la laringe, los purgantes, los sudoríficos, y los antiespasmódicos, preconizados por algunos, son medios muy accesorios que si bien pueden aliviar, es lo probable que nunca hayan curado á nadie : lo mismo sucede con la poligala y los carbonatos alcalinos, cuya prescripcion nace de teorías químicas. En fin, el sulfuro de potasa se prescribe á la dosis de 12 á 18 granos en un jarabe para tomarle á cucharadas en las veinte y cuatro horas. Aunque se ha supuesto en estos medicamentos, y principalmente en el último, una virtud alterante ó disolvente, nada sin embargo, hay menos demostrado, y creemos mas prudente recurrir en el caso de crup á una medicacion menos incierta.

Quando habiéndose resistido el crup á las sangrías, á los mercuriales, y vomitivos, llega al tercer período, no queda ya esperanza de salvar á los enfermos, sino practicando la traquetomía. Mas á fin de que esta operacion, que en sí misma no presenta gravedad alguna, ofrezca aprobabilidades lisonjeras, no debe reservarse para cuando la asfixia esté ya adelantada, ó muy postradas las fuerzas. Una vez abierta la tráquea, aconsejaron en otro tiempo Bretonneau y Trousseau recurrir á dos nuevas operaciones que eran la *limpia* (*ecouvillonnement*) y la *cauterizacion*. La limpia se practicaba por medio de dos instrumentos, uno de los cuales consiste en una ballena delgada, flexible, terminada por

(1) *Journal de médecine de Toulouse*, 1846.



una esponja; el otro es una barilla que lleva en una de sus estremidades una brochita parecida á la que sirve para limpiar botellas. Teniendo separados los labios de la herida con un dilatador, aconseja Trousseau inyectar por la cánula una media cucharada de agua, é introduciendo la brocha á siete ó nueve dedos de profundidad, limpiar la tráquea durante des ó tres segundos; operacion que repetia diez, veinte y hasta cuarenta veces, pues por este medio esperaba separar las falsas membranas, sacarlas al exterior, y modificar la superficie exhalante. Con todo, estas maniobras, que parecian justificadas por algunos buenos resultados, son muy imponentes para muchos. Lo mismo sucede con la cauterizacion, instilando en la laringe y en la tráquea una disolucion de nitrato de plata. (4 granos en dracma y media de agua); aunque es preferible conducir el cáustico á las partes enfermas con una esponja que le lleva embebido (una parte de nitrato por cuatro de agua). En fin, Trousseau terminaba por instilar algunas gotas de agua tibia, á fin de reblandecer y disolver el moco y las falsas membranas. Es lo general que despues de estas maniobras se llegue á provocar la espulsion de algunas concreciones, y entonces se coloca en la tráquea una cánula adecuada, cuyo orificio tenga por lo menos el calibre normal de la glotis: canula que se mantiene en posicion con dos cordoncillos, vigilando ademas que no se descomponga ni se obstruya. Pero cuando sucede esto último, se retira, se la desobstruye y se coloca despues de practicar otra vez la limpia. En un escrito publicado en la *Union médicale* en 1851 se lee que M. Trousseau ha abandonado hace ya mucho tiempo todas esas maniobras, que á la verdad no carecian de peligro, y que hoy dia despues de practicada la operacion, ni emplea sustancias caracteristicas y en general ni emolientes, limitándose á la aplicacion de una cánula doble que cada dos ó tres horas limpian y reponen los padres ó encargados de los enfermos: únicamente cauteriza M. Trousseau la herida en el caso de verla cubierta de falsas membranas. A esta sencilla práctica atribuye Trousseau los satisfactorios resultados que recientemente ha obtenido, salvando á ocho de diez y ocho enfermos, cuando antes (1844) perdió las cuatro quintas partes de sus operados.

*Naturaleza.*—En vista de los resultados necroscópicos, no puede dudarse que en el crup existe una inflamacion de la mucosa laringo-traqueal, que no se parece á las ordinarias, ni por su curso ni por sus productos; y por tanto creemos con Bretonneau, que debe tenérsela por de naturaleza especifica: lo mismo que la de la angina lardácea, con la cual es idéntica.

#### *De la laringitis sub-mucosa.*

Llábase *sub-mucosa* la laringitis, cuando propagándose la inflamacion al tejido celular subyacente, determina su induracion ó produce en él una infiltracion serosa, purulenta ó abscesos. Cruveilhier, que dió á la laringitis submucosa el nombre que lleva, ha propuesto tambien distinguirla en *sobre-glótica* é *sub-glótica*: consiste la primera en la infiltracion serosa ó purulenta de los repliegues ariteno-epiglóticos, y la segunda, que es mucho mas rara, está caracterizada por alteraciones análogas, situadas debajo de los ventriculos y detrás del cartilago cricoides.

1.<sup>a</sup> *Laringitis sobre-glótica, edematosa ó edema de la glotis.*

La variedad de la laringitis sub-mucosa, llamada *sobre-glótica*, es la afeccion conocida con los nombres de edema de la glotis y angina laríngea edematosa serosa.

*Historia.*—En vano se trata de hacer subir hasta Boerhaave las primeras nociones relativas á esta enfermedad, cuyos caracteres anatómicos, bosquejados tan solo por Morgagni y por Bichat, no han sido realmente descritos, hasta que en 1808 lo efectuó Bayle, quien en las *Memorias de la Facultad de medicina de París*, trazó un cuadro tan fiel de la enfermedad, que despues de él nada se ha añadido á la descripcion que nos dejó. Justo nos parece, sin embargo, indicar algunos importantísimos escritos que despues de esa época han visto la luz pública y son debidos á MM. Thuilier (1), Bouillaud (2), Lisfrans (3), Cruveilhier (4), Miller (5), Legroux (6), Delasiauve (7), Valleix (8). Finalmente, M. Sestier, reuniendo se puede decir todos los hechos conocidos que ascienden á doscientos setenta y cuatro (entre ellos quince inéditos), ha compuesto una excelente monografía de esta temible enfermedad, discutiendo y aclarando con método rigurosamente analítico todas las cuestiones que le pertenecen.

*Caracteres anatómicos.*—La auptosia nos presenta la abertura de la glotis casi completamente obliterada por el engrosamiento y la hinchazon de los repliegues mucosos ariteno-epiglóticos, cuyos repliegues segun la observacion de Bayle, están de tal modo dispuestos, que todo impulso procedente de la faringe como el del aire, los inclina sobre la abertura de la glotis, cerrándola mas ó menos completamente, mientras que todo impulso que viene de parte de la tráquea, répele el rodete hácia los lados de dicha abertura, cuyo orificio queda libre, esto es: que la glotis está cerrada durante la inspiracion y queda mas ó menos practicable en la espiracion. La mucosa está pálida, blanquecina en toda su estension, ó bien rojo-azulada y mas ó menos engrosada. Estos repliegues son movibles, temblorosos, resisten mucho cuando se les aprieta entre los dedos, y si se cortan se advierte que el tejido celular es denso y de mallas tan apretadas que parece que las areolas no se comunican; lo que esplica cuán difícil es esprimir la serosidad que en ellas está infiltrada, aunque se compriman por mucho tiempo. Si la flegmasia ha marchado con mayor rapidez, mas que serosidad, el líquido contenido en los labios de la glotis, parece linfa plástica, líquido que mas tarde es pus, y algunas veces se ha reunido en foco. En fin, pueden existir en la mucosa puntos gangrenosos, y frecuentemente se encuentran tambien caries y necrosis de los cartilagos tiroides y aritenoides; y aun suelen existir trayectos purulentos entre las capas musculares de la laringe. Estas alteraciones se parecen á las que sufren las cuerdas vocales, aunque en general no sean tan ostensibles. Casi siempre están hinchados, obstusos y redondea-

(1) *Tesis de París*, 1815.(2) *Archives générales de médecine*, 1825.(3) *Journal général*, 1825.(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article LARINGITIS.(5) *London medical Gazette*, 1835.(6) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.(7) *Annales de la chirurgie*, t. XXII y XIV.(8) *Memoires de l'Academie de médecine*, t. XI.



dos los bordes de la epiglotis; y en fin, suelen encontrarse, segun Valleix, vestigios de flegmasias en la faringe y las amígdalas.

Hay un dato que interesa conocer, y acerca del cual Sestier ha llamado recientemente la atencion: esto es, que la filtracion serosa llega muchas veces al tejido celular del interior de la laringe, es decir, las cuerdas vocales y el resto del conducto, como se ha observado en las dos terceras partes de los casos. Unas veces general, pero mas comunmente parcial, el edema ataca por lo regular las espresadas cuerdas; y de esto procede el estrechamiento, y á veces hasta la obliteracion de la glotis. En pocas ocasiones se le ha visto atacar la tráquea y los bronquios. Es importante tener en cuenta esta lesion, porque esplica ciertas anomalías en los síntomas, y puede necesitar una operacion indispensable despues de la traqueotomia. Tambien se encuentra con frecuencia una infiltracion análoga en la parte posterior de la boca: la campanilla, el velo del paladar, sus pilares y la base de la lengua, son las partes mas frecuentemente atacadas.

*Síntomas, curso.*—Aunque la laringitis edematosa puede principiar repentinamente por un acceso de sofocacion, en casi todos los casos, sin embargo, es lenta y oscura la invasion de la enfermedad. En efecto, al principio no se notan sino los síntomas ordinarios de una laringitis benigna, es decir, una voz ronca ó desfigurada, una inspiracion un poco difícil; luego estos síntomas se agravan poco á poco, hasta que llega un violento acceso de sofocacion. En las seis séptimas partes de los casos analizados por Sestier, la invasion se verificó por la tarde ó la noche.

Una vez confirmada la enfermedad, los pacientes experimentan casi siempre, ó treinta y ocho veces sobre cuarenta, un dolor mas ó menos vivo, una sensacion de molestia en la parte superior de la laringe; paréceles tener un cuerpo extraño que los ahoga, y hacen incesantes esfuerzos de expectoracion y de tos para espelerlo, ó bien se llevan instintivamente la mano á la parte superior del cuello; á cada inspiracion parece que el aire vence un obstáculo y suele producir un silbido que se percibe auscultando la laringe; la voz es ronca ó débil y concluye estinguiéndose en breve, y lo mismo sucede con la tos, que está como ahogada. La respiracion siempre es embarazosa, y hasta existe ortopnea, presentándose el carácter notable de que por lo regular la *inspiracion* es muy difícil, mientras la *expiracion* es fácil; lo cual se esplica por la disposicion de los repliegues oriteno-epiglóticos de que hemos hablado anteriormente. No obstante, algunas veces la expiracion es dificultosa y la acompaña un ligero silbido (Sestier). La expectoracion es nula, ó por lo menos no consiste la mayor parte de las veces, sino en la espulsion de un poco de mucus viscoso, ó de un flúido de poca consistencia y trasparente. Los enfermos experimentan una dificultad mayor ó menor en la deglucion. Esta funcion puede llegar á ser del todo imposible; y los esfuerzos que el enfermo hace para tragar aumentan regularmente su malestar y su ansiedad, llegando á producir accesos de sofocacion.

Pronto, no obstante, se agravan los síntomas; la respiracion se hace cada vez mas difícil y ruidosa, y luego se representan los accesos de sofocacion. La inspiracion se hace cada vez mas sibilante y se efectúa con extraordinarios esfuerzos. Los enfermos experimentan una ansiedad estremada y se sientan en la cama; su rostro está lívido, sus labios cianosados y un sudor frio baña su cuerpo; tienen vértigos, y en una palabra, las alteraciones funcionales que acom-

pañan la asfixia. Estos accesos, que si se prolongan hacen inminente la muerte, duran de seis á siete minutos, y algunas veces mas, y se repiten al cabo de algunas horas, de muchos días ó de una semana; y en su intervalo, la respiracion, aunque siempre muy penosa, se hace, sin embargo, mucho mas fácil. No obstante, cuando los accesos se suceden con frecuencia, la ortopnea persiste en el intervalo que los separa. En este caso, el rostro azulado, las estremidades lividas y la disminucion de calorificacion que presentan los enfermos, indican una hematosis incompleta. Como hemos dicho al hablar del crup, algunos mueren rápidamente en un acceso de sofocacion, como si algun obstáculo impidiese súbitamente la llegada del aire; pero la mayor parte sucumben con los síntomas de una asfixia lenta, es decir, que todas las sensaciones se embotan, sobrevienen la somnolencia y el coma, y al fin la muerte.

Los accesos de sofocacion no son constantes, pues segun el análisis presentado por Sestier, no se les ha advertido sino en las tres quintas partes de los casos: en las otras dos quintas partes, la disnea es continua, y los paroxismos de sofocacion, muy variables como ya he dicho respecto de su número y duracion, se presentan especialmente por la tarde ó la noche.

En la afeccion de que hablo, siempre es sonora la percusion del tórax; y como por razon del obstáculo de la laringe, es mucho menor el volúmen de aire que llega á los pulmones, resulta que generalmente es débil el murmullo respiratorio, y aun algunas veces nulo; mas, dado el caso de que exista, se efectúa en la garganta y la laringe. La palpacion del cuello y la inspeccion de la garganta únicamente suministran resultados negativos. La posibilidad que hay, en concepto de Thuilier, Bricheteau, Legroux y Lisfranc, de comprobar por el tacto la tumefaccion de los repliegues ariteno-epiglóticos, introduciendo profundamente el dedo hasta debajo de la epiglottis, no está demostrada, y en vano hemos tratado dos ó tres veces de llegar asi al sitio del mal, porque las retracciones espasmódicas de la abertura superior de la laringe y los esfuerzos de los vómitos, han detenido siempre nuestras indagaciones, en las que tampoco han sido mas felices que nosotros otros muchos prácticos, entre ellos Chomel y Blache. Sea como fuere, parece posible llegar, por medio del tacto, á los dos repliegues infiltrados, que producen al dedo una sensacion como de dos rodetes, ya duros, ya blandos, ya lisos ó como aterciopelados y de una temperatura mas bien fria que elevada (Sestier). Las mas de las veces la epiglottis está hinchada, mas ó menos resistente, y algunas veces arrollada sobre sí misma. Por medio de la inspeccion se reconoce á menudo que la campanilla, el velo del paladar y la faringe, están igualmente infiltradas, y mas ó menos edematosas. En medio de un aparato de síntomas tan imponente, es nula ó moderada la calentura, y la anorexia es el único fenómeno simpático que presentan las vías digestivas.

*Duracion.*—Como acaba de verse, la laringitis edematosa es intermitente y mas ó menos rápida en su marcha, y despues que ha durado de algunas horas á muchas semanas, y hasta un mes y mas. Cuando esto ocurre, debe suponerse que ha disminuido la infiltracion, ó desaparecido para luego reproducirse una ó muchas veces. En general, la enfermedad, en su forma aguda, no pasa de cinco ó seis dias.

*Terminacion.*—La muerte es la terminacion mas comun de la enferme-



dad. Llega por asfixia, como resulta de la anterior descripcion. Si el resultado debe ser feliz, los accesos se alejan, disminuye y cesa la disnea, la deglucion adquiere facilidad, y la voz recobra poco á poco su timbre natural.

*Varietades.*—Sestier distingue con razon tres formas ó varietades de angina edematosa, atendidas la marcha y duracion de la afección. Asi, pues, hay una angina, en cierto modo *fulminante*, es decir, que sin prodromos notables, sobreviene repentinamente una disnea estremada, en medio de la que espira el enfermo algunos minutos despues de la invasion del mal; pero esta variedad es muy rara. Lo mas comun es ver la afeccion presentarse con prodromos ó sin ellos, caracterizarse por una disnea creciente, y terminar en uno, dos, cuatro ó cinco dias. Hay, en fin, una forma sub-aguda, que es la variedad descrita por Bayle, y que por lo regular empieza de una manera insidiosa, produciendo un entorpecimiento en la laringe y una disnea creciente. Si hay accesos de opresion, suelen no ocurrir sino en un intervalo de muchos dias y aun de una semana.

*Diagnóstico.*—Bayle ha consignado como signos patognomónicos de la enfermedad, los accesos de sofocacion, y principalmente el contraste que hay entre la inspiracion y la espiracion, por hacerse la primera con mucha pena, mientras la segunda no cuesta esfuerzos. Hay, sin embargo, respecto de este fenómeno numerosas escepciones, habiendo visto nosotros mismos muchos casos de laringitis edematosa, en que era tan penosa la espiracion como la inspiracion. ¿No consistirá esta anomalía en que, en este caso, habiendo llegado la infiltracion al interior de la laringe, y especialmente á las cuerdas vocales, habia un obstáculo permanente y fijo que se oponia asi á la entrada como á la salida del aire? Como no existe ningun signo patognomónico de la laringitis edematosa, creemos que el diagnóstico de esta afeccion solo puede establecerse por un conjunto de caracteres; asi, pues, una sensacion de incomodidad en la parte superior de la laringe, acompañada de ronquera, respiracion sibilante, y bien pronto de accesos de sofocacion, que cesan y se reproducen ordinariamente con cortos intervalos, indican con seguridad un obstáculo en la laringe, y todo induce á pensar que este obstáculo es determinado por la hinchazon y por la infiltracion serosa ó purulenta de los repliegues ariteno-epiglóticos. Confesemos, no obstante, que suele ser muy difícil distinguir esta afeccion de una laringitis muy intensa, y solo la existencia de los tumores situados detrás de la epiglotis puede disipar las dudas. Como quiera que sea, siempre es preciso, como aconseja Sestier, examinar la parte posterior de la boca, que suele estar infiltrada en la angina edematosa, pues esta circunstancia puede suministrar al diagnóstico incierto, un dato mas.

Comparando unas con otras las principales afecciones que puede producir la sofocacion, casi siempre se conseguirá conocer la naturaleza y el sitio del obstáculo. Los accesos de sofocacion causados por la tumefaccion de las amígdalas, ó por las enfermedades de la aorta, del corazon ó de los pulmones, se distinguirán fácilmente de los que la angina edematosa determina, por los medios de esploracion á que podemos recurrir. La afonia, el timbre de la tos, la espulsion de las falsas membranas, la consistencia de una angina membranosa, y la infartacion de los ganglios maxilares, no permitirán confundir el crup con la laringitis edematosa. Pocas veces podrá confundirse la laringitis

estridulosa con el edema de la glotis, pues la primera casi solo ataca á los niños, al paso que la segunda no se observa apenas sino en los adultos. Es cierto que en ambas enfermedades hay accesos de sofocacion; pero en la angina estridulosa, la disnea y la mayor parte de los síntomas desaparecen algunas veces hasta tal punto, que los niños vuelven á sus habituales juegos, en tanto que en la angina edematosa se notan entre los accesos, alteraciones funcionales bastante graves. Los accidentes producidos por ella tampoco pueden confundirse con los que determina la introduccion de un cuerpo extraño que ocasiona una sofocacion repentina, y un roce particular perceptible á alguna distancia por la auscultacion mediata cuando se disloca; y es raro, en fin, que no pueda ilustrar el conmemorativo. Aunque un pólipo pediculado de la laringe produce los mismos accidentes que un cuerpo extraño, siendo entonces difícil, si ya no imposible, diagnosticar, es tan rara, sin embargo, esta lesion, que hasta cierto punto es permitido hacer abstraccion de ella, cuando se establece el diagnóstico diferencial de la laringitis edematosa. El cáncer de la laringe se distinguirá por un tumor abollado y la espulsion de una materia saniosa en la expectoracion. Por último, un absceso retro-faríngeo podria simular el edema de la glotis, por la inminencia de sofocacion que le acompaña, si no viniesen á ilustrarnos acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad, el dolor de la garganta, la dificultad de la deglucion, el edema del cuello, y principalmente el tumor fluctuante que hay en la cara anterior de la faringe, y que se ve al abrir la boca el enfermo.

*Pronóstico.*—El pronóstico será siempre muy grave, pues de cuarenta enfermos observados por Valleix, solo se cuentan nueve curaciones. Bayle refiere en su memoria haber visto morir diez y seis entre diez y siete, si bien debe tenerse en cuenta que casi todos se hallaban con condiciones desfavorables. Sestier calcula la mortandad en una mitad, cuando los sujetos son acometidos gozando de buena salud, y señala entre los síntomas mas alarmantes la dificultad de la *espiracion*, pues este síntoma parece indicar efectivamente un obstáculo mas estenso en el mismo interior de la laringe.

En el pronóstico es preciso no dejarse engañar por las falsas convalecencias, pues suele haber remisiones mas ó menos largas, durante las cuales debe el médico hallarse muy prevenido.

*Etiología.*—La laringitis sub-mucosa, unas veces es *primitiva*, esto es, resulta de una inflamacion primitivamente desarrollada en la laringe; en otras ocasiones es *consecutiva* á las alteraciones de las partes vecinas, tales como ulceraciones de la laringe, caries de sus cartílagos, etc. Rara en la infancia, suele atacar de diez y ocho á treinta años, mas á los hombres que á las mujeres, se ignora la influencia que ejercen en su produccion, el sexo y la constitucion de los individuos. Bayle notó que las mas veces venia la laringitis edematosa durante la convalecencia de las enfermedades febriles, al paso que muy rara vez aparecia en un estado de salud perfecta: opinion confirmada recientemente por las investigaciones de Valleix, quien solo ha visto cuatro casos de angina primitiva entre cuarenta enfermos que la padecieron. Compréndese, por otra parte, fácilmente, que en los sujetos débiles la menor inflamacion de la mucosa produzca una sufusion serosa en el tejido celular sub-yacente. Las afecciones crónicas de la laringe con ulceraciones, parece que predisponen particu-



larmente á ella (Trousseau y Belloc). ¿Los repliegues ariteno-epiglóticos pueden infiltrarse por las causas que producen la anasarca? Esto es muy probable, y aun se han citado algunos hechos en favor de esta opinion, si bien es una circunstancia observada muy pocas veces.

Aunque en los mas de los casos sobreviene esta enfermedad sin causa determinante, á veces suele suceder á la impresion del frio, y otras tiene un origen en cierto modo enteramente traumático. Asi, pues, Charcellay la vió presentarse despues de un envenenamiento por el ácido nítrico. En Inglaterra se ha observado algunas veces la angina edematosa en los niños á quienes se hacia beber con el pico de una tetera agua muy caliente. Esto es lo que resulta de un trabajo que el doctor Jameson publicó en 1848, en *Dublin quaterly Journal*, y reproducido en el tomo III de la *Revue medico-chirurgicale* de Malgaire.

En resúmen: la angina edematosa tiene por lo regular un origen inflamatorio, es decir, que procede de una flegmasia aguda ó crónica de la laringe ó la garganta. Pocas veces el edema laríngeo es simple é independiente de toda flegmasia local; y este es un hecho que resulta evidentemente de los minuciosos y concienzudos trabajos de Sestier.

*Tratamiento.*—El tratamiento debe ser siempre enérgico, variado y pronto á causa de la gravedad y de la marcha á veces fulminante de la enfermedad. Asi, pues, á no ser que los enfermos esten muy débiles y estenuados, se recurrirá desde el principio á las sangrías generales y locales, aplicando al mismo tiempo enérgicos derivativos al tubo intestinal, pues en este caso los purgantes drásticos están únicamente indicados. Tambien se prescriben los vomitivos, con el doble fin de producir una revulsion, y operar ademas una disminucion en el infarto de las partes, á consecuencia de la presion que sobre ellas ejerce la faringe convulsivamente contraída durante el acto del vómito. En fin, se recurrirá ademas y simultáneamente á los revulsivos cutáneos, como los sinapismos á las estremidades inferiores, y un ancho vejigatorio á la nuca ó delante del cuello. El unguento mercurial en fricciones alrededor de este, y los calomelanos administrados interiormente en dosis refractas (un grano de hora en hora), han sido tambien recomendados, y no debemos desdeñarlos aunque su utilidad no esté todavía plenamente demostrada. Inútil es decir que si la angina edematosa fuese consecutiva á lesiones de origen sifilítico, los mercuriales solos ó unidos al yoduro de potasio deberian emplearse imprescindiblemente.

Ademas de los medios que acabo de recomendar, y que son indirectos, se han aconsejado otros encaminados de hecho y directamente á obrar sobre el sitio del mal. Tales son las cauterizaciones con el nitrato de plata, y sobre todo las insuflaciones con el alumbre pulverizado, que algunas veces han producido buen efecto. Este medio está especialmente indicado en la forma sub-aguda y casi pasiva. Pero el tratamiento local mas enérgico consiste en la incision, la escarificacion y la rotura de los rodetes ariteno-epiglóticos. Lisfranc y el doctor Gusdon-Buck, de Nueva-York, la verifican con un bisturí de hoja estrecha y cubierta de lienzo hasta tres ó cuatro milímetros de la punta. Sestier ha propuesto un instrumento especial. Legroux ha llegado al mismo resultado con la uña del indicador, que corta de una manera desigual. Las observaciones hechas por estos médicos merecen fijar la atencion; no obstante, segun lo que ya hemos dicho, creemos que este medio es aplicable pocas veces, precisamente á

causa de la dificultad que se experimenta en sentir el rodete que se trata de cortar ó dilacerar.

Cuando todos los medios son ineficaces, y la molestia creciente de la respiracion y los accesos que se multiplican hacen temer la asfixia, es preciso apresurarse á practicar la laringo-traqueotomia. Debe operarse antes que la asfixia haya adelantado demasiado, pues en este caso, como en el crup, vale mas pecar por precipitacion que por retraso, porque si no se opera hasta que la sangre venosa llene ya todos los órganos, sucede con frecuencia que los enfermos sucumben aun cuando la traqueotomia haya sido seguida en la apariencia del restablecimiento de las funciones respiratorias y circulatorias. La laringo-traqueotomia pudiera ser insuficiente en los casos en que la infiltracion ha atacado el tejido celular sub-mucoso de la parte inferior de la laringe, porque entonces puede verse, como lo ha visto Casimiro Broussais, que uno ó dos rodetes edematosos obstruyen el canal, y oponen un obstáculo á la entrada del aire. En tales casos, no debe dudarse cortar estos repliegues, para dar salida á la serosidad que los distiende.

Hallándose la angina edematosa caracterizada por alteraciones casi siempre limitadas á la laringe, y siendo en su mayor parte estas lesiones poco profundas y capaces de desaparecer en un tiempo muy breve, síguese de aquí que la traqueotomia debe ser seguida de curacion en una proporcion considerable. Sestier establece, en efecto, en su escelente monografía, que la broncotomia ha producido un buen resultado en las dos quintas partes de los casos, mientras que sin esta operacion la proporcion de las curaciones no llega á una cuarta parte. Y es útil consignar aquí que esta operacion ha sido practicada casi siempre *in extremis*. La traqueotomia no produce igual resultado en la misma proporcion en todos los casos de angina laríngea: esta operacion fracasa, en efecto, casi siempre, ó diez y nueve veces por cada veinte, cuando la infiltracion es consecutiva á una grave alteracion de la laringe, como necrosis, caries ó ulceraciones, y no produce buen resultado sino en una sexta ú octava parte cuando los enfermos han sido acometidos de angina en el curso de una enfermedad grave, ó durante una convalecencia. No sucede lo mismo cuando la angina es primitiva y no presenta complicaciones, porque entonces la abertura de las vias aéreas produce buen efecto en el mayor número de casos, con tal, sin embargo, de que no se acuda á ella demasiado tarde.

## 2.º Laringitis infra-glótica.

Muy pocos ejemplos tenemos de la laringitis infra-glótica descrita por Cruveilhier. En esta enfermedad, del mismo modo que la forma precedente, está obstruido el calibre de la laringe por la prominencia que en la mucosa produce un absceso desarrollado debajo de ella, y que trae en pos la denudacion y la necrosis del cartilago cricoides. Este acaba por separarse, y puede ser espelido por el esófago ó por la laringe, segun que el absceso se abra en uno ó en otro órgano.

La laringitis infra-glótica tiene un curso mas lento que la que existe por encima de la glotis; el dolor que produce, reside en un punto mas inferior, y viene acompañado menos frecuentemente de dificultad en la deglucion. Pero,



tanto en una como en otra hay respiracion sibilante, accesos de sofocacion, y ambas reclaman el mismo tratamiento.

### *De la laringitis crónica.*

Muchas veces existe la laringitis en el estado crónico, y sin embargo, la mayor parte de los autores ha reunido bajo esta denominacion alteraciones muy diversas, desde la simple inyeccion con ó sin reblandecimiento y engrosamiento de la membrana mucosa, hasta su ulceracion, que frecuentemente va acompañada de la destruccion de los tejidos subyacentes. Estas ulceraciones son tenidas comunmente por signos que constituyen el carácter anatómico de una forma de laringitis crónica, designada con el nombre de *tisis laríngea*, á causa de los síntomas de consuncion que la acompañan: enfermedad que al tratar de la anatomía patológica, veremos si en el estado actual de la ciencia puede admitirse como idiopática. De todos modos, por ahora todavía importa conservar la distincion que se ha hecho de la laringitis en *simple*, *benigna* ó *no ulcerosa*, y en *grave* ó *ulcerosa*.

*Historia.*—Las alteraciones de la laringe, vagamente indicadas por Galeno y Aecio, no empezaron á ser estudiadas sino por Morgagni (1), y especialmente por Borsieri (2); pero los trabajos mas completos son de este siglo, y se encuentran en las tesis inaugurales de Laignelet en 1806; Sauvée, en 1808; Papillon, en 1812, y Pravas, en 1824. Las obras de Bayle y Louis, acerca de la tisis, y el tomo IV de la clínica de Andral, encierran numerosas observaciones y preciosos detalles anatómicos. Lo mismo diremos respecto de una Memoria de Barth, publicada en 1839 en los *Archivos generales de medicina*. Pero el trabajo mas completo de cuantos hasta el dia han visto la luz, es la monografia de Trousseau y Belloc, que se publicó en el tomo VI de las *Memoires de l'Academie de medecine*.

*Caracteres anatómicos.*—Las lesiones de los que sucumben en el curso de una laringitis crónica, son muy variables. Unas veces está inyectada, azulada ó de color de pizarra la membrana mucosa; en otros casos está pálida, pero mamelonada y engrosada, mas resistente ó friable; algunas veces se presenta como fungosa y cubierta de vegetaciones, y el aparato folicular puede haber sufrido una especie de hipertrofia; algunas veces, en fin, hay una infiltracion purulenta del tejido sub-mucoso, ó bien el pus está reunido en pequeños focos, formando una ligera prominencia en la laringe, que importa no confundir con los tubérculos reblandecidos. Es raro que estas lesiones ocupen toda la estension de la laringe: por el contrario, ordinariamente se limitan á una porcion del órgano, y residen con especialidad en las cuerdas vocales, en los ventrículos ó en la epiglottis.

Aunque hasta estos últimos tiempos se han considerado las ulceraciones como lesiones que frecuentemente suceden á las inflamaciones idiopáticas de la mucosa laríngea, una observacion mas detenida, ha puesto fuera de duda en la actualidad, que si no en todos los casos, á lo menos en el mayor número, son sintomáticas las ulceraciones de la laringe. Asi es que no se las observa

(1) Carta 15, §. 15 y 16; Carta 22, §. 27.

(2) *Institutiones médico-pratiques* t. IV, §. 37 y 62.

en el estado agudo, sino en el curso del muermo, de la afección tifoidea, y más rara vez en las viruelas ó después de usar el tártaro estibiado á dosis altas; en el estado crónico casi siempre vienen ligadas á la existencia de tubérculos pulmonares; y en algunos casos muy raros son consecutivas á la infección sifilítica. Pero, ¿no serán nunca primitivas las ulceraciones de la laringe? Si bien estoy lejos de negar la posibilidad del hecho, creo sin embargo, que ha de ser sumamente raro, porque ni siquiera me han ofrecido un ejemplo las numerosas autopsias que he practicado de once años á esta parte, ni en los autores que asiduamente he consultado me ha sido posible encontrar ninguno de suficiente autenticidad; y aun diré también que las siete observaciones reunidas por Trousseau y Belloc como ejemplos de la laringitis crónica con ulceraciones simples, no son decisivas; porque si es verdad que no existió ningún tubérculo pulmonar, no está para mí tan bien demostrado que no fuesen efecto de una infección venérea. Repito, pues, que sin negar absolutamente la posibilidad de las ulceraciones primitivas idiopáticas, solamente digo que son tan raras, que cuando se encuentran en los cadáveres ó se sospechan en el vivo, es menester suponer la acción de alguna de las causas generales que dejo referidas. No es del caso ocuparnos en este artículo de las ulceraciones sintomáticas; lesión que por otra parte es muy probable se forme por un mecanismo diferente del que preside al desarrollo de las ulceraciones de naturaleza inflamatoria. (Véanse los artículos correspondientes).

Los autores que describen las ulceraciones simples de la laringe, nos dicen que unas veces son superficiales y otras profundas; que no interesan sino la mucosa, ó que han destruido los músculos y hasta los cartilagos. Tienen bordes redondeados ó irregulares, y su fondo es liso ó desigual. Pueden cicatrizarse, y esto se reconoce en una mancha azulada de la mucosa, que algunas veces es dura y adherente, y si la pérdida de sustancia ha sido considerable, se nota una brida resistente, y el canal se presenta más ó menos deforme.

Los cartilagos suelen hallarse alterados en el curso de la laringitis; ya hemos dicho que podían ser destruidos por el trabajo ulcerativo. Generalmente están engrosados y experimentan prematuramente un trabajo de osificación, como se advierte en los casos en que la mucosa está solamente engrosada.

*Síntomas.*—En la laringitis crónica se halla constantemente alterada la voz; tan solo mudada unas veces, y ronca, áspera, desigual é incapaz de producir sonidos agudos, otras. La ronquera varía mucho al día: por lo general es más notable por la mañana que por la tarde; disminuye cuando se habita en medio de una temperatura elevada, y se agrava por la exposición al frío y á la humedad. No obstante, se ha notado que aumenta más, por el paso del frío al calor, que cuando se pasa del calor al frío. Las fatigas y el hambre aumentan también algunas veces la alteración de la voz. Esta, en fin, se aclara frecuentemente durante el trabajo de la digestión, á menos que los enfermos hayan tomado con exceso bebidas alcohólicas. No solo está enronquecida la voz, sino que además es desigual y áspera, y algunas veces se estingue. Es más ó menos frecuente, se produce como por golpes, y algunas veces es *eruptante*; es decir, que el enfermo parece hacer, al toser, un eructo ahogado; pero este fenómeno no se observa sino cuando las alteraciones son bastante profundas. En la laringitis crónica hay algunas veces un dolor local, que no siempre indica el



sitio de la lesion: unas veces es un escozor, un cosquilleo incómodo, ó bien una sensacion de molestia que escita á los enfermos á hacer esfuerzos de espiracion, como si quisiesen espeler un cuerpo extraño que se hubiese introducido en la parte superior del tubo vocal. Los esputos son por lo regular escasos, y se espulsan especialmente en el momento de despertar: son blanco-amarillentos y algunas veces están apelonados, pudiendo llegar á ser puriformes y presentar estrias de sangre, cuando hay ulceraciones. La inspeccion del cuello no suele suministrar ningun indicio notable; la laringe tiene su volúmen y su configuracion normales; algunas veces es un poco dolorosa la presion exterior; la accion de hablar y hasta la misma inspiracion hecha con un poco de rapidez, suelen causar una sensacion penosa, y la deglucion puede ser igualmente dolorosa, á consecuencia de la presion que el bolo alimenticio ejerce sobre la epiglotis, ó sobre la pared posterior de la laringe al través del esófago. Habiendo Barth auscultado la laringe, halló que el ruido producido por el aire que atraviesa este canal, es mas áspero y rudo; pero esta circunstancia es de escaso interés. La mayor parte de los enfermos de que hablamos, tienen el aliento un poco corto, y si el calibre de la laringe es muy estrecho, habrá de tiempo en tiempo accesos de sofocacion; pero este accidente es muy raro.

En la laringitis simple no hay sino síntomas locales; pero no sucede lo mismo cuando hay ulceraciones. En este caso, los enfermos enflaquecen, se demacran y experimentan una calentura héctica como en la tuberculacion pulmonar.

*Marcha, duracion y terminaciones.*—Esta enfermedad, cuyo curso es lento, puede presentar exacerbaciones y pasar momentáneamente al estado agudo, siendo su duracion indeterminada, y puede persistir por muchos años sin influir de ningun modo en la salud general. Se ha dicho, que cuando se prolonga puede degenerar en tisis, produciendo ulceraciones en la laringe y los tubérculos de los pulmones. Es cierto que en algunos casos la laringitis crónica precede con mucha anterioridad á la tuberculizacion pulmonar; pero ¿esta es verdaderamente efecto de la primera? He aquí lo que es difícil de probar. Manifestaciones una y otra de una misma diatesis, creemos que la lesion puede predominar en un punto, ó presentarse antes de lo acostumbrado, sin que por ello estemos autorizados á referir á la alteracion que primero se presenta, los desórdenes análogos que en adelante ocurren en los demás órganos.

*Diagnóstico.*—Ninguna dificultad presenta el diagnóstico de la laringitis crónica; pero importa principalmente distinguir bien la simple de las diferentes especies de ulceraciones que pueden formarse en la laringe. Asi, cuando enflaquece un enfermo que tiene ronquera, calentura por la tarde y sudores durante la noche, hay que sospechar una afeccion tuberculosa de los pulmones; presuncion á la que casi siempre darán realidad la auscultacion y la percusion del pecho. Si la ronquera depende de una infeccion sifilítica, será mayor que en la laringitis simple, y muchas veces vendrá acompañada de expectoracion purulenta, al paso que existirán síntomas de sífilis constitucional, tales como sífilides, extosis, dolores osteocopos, y en especial ulceraciones características en la lengua, las amígdalas, el velo del paladar y la faringe. Pero si faltan estos signos, recurriremos á los conmemorativos. Ademas sucede, que los fenómenos de con-suncion jamás existen en la laringitis simple; por consiguiente, cuando no pue-

den referirse estos á ninguna afeccion tuberculosa de los pulmones, deberán considerarse los accidentes que se observan de parte de la laringe como de naturaleza sífilítica. En fin, el cáncer de la laringe se revela por síntomas tan evidentes, que es imposible confundirlo con la laringitis simple. (Véanse los artículos *Tisis pulmonar y Sífilis de la laringe.*) Respecto de la afonía nerviosa, accidente ordinario del histérico, diremos que por lo regular se anuncia súbitamente, sin venir acompañada de molestia y sin ningun dolor local.

El pronóstico de la laringitis ulcerosa siempre es grave, pues debe atenderse á la índole de la diatesis que ha producido las ulceraciones, que son curables si proceden de sífilis; pero la enfermedad tiene necesariamente un resultado funesto si hay cáncer, y acaso tambien cuando las ulceraciones son efecto de una diatesis tuberculosa.

*Pronóstico.*—Siempre es una afeccion benigna la laringitis crónica simple.

*Etiología.*—Rara en los niños, y mas frecuente en el hombre que en la mujer, la laringitis crónica afecta especialmente á los individuos que por su profesion fatigan mucho los órganos de la voz, sobre todo cuando sus profesiones les esponen ademas á las alteraciones del aire, como sucede á los mercaderes y cantores ambulantes. Tambien tienen gran influencia los escesos alcohólicos; y á esta triple causa es á la que principalmente han de referirse esas laringitis crónicas tan comunes en las mujeres públicas de baja esfera. No parece, como por mucho tiempo se ha creido, que la esposicion á los vapores irritantes, y en especial la inspiracion de cuerpos pulverulentos, sean causas activas de laringitis crónica. Pero no sucede lo mismo respecto de la introduccion en la laringe de cuerpos estraños voluminosos, como huesos de fruta, cuerpos metálicos, monedas, etc., cuya prolongada permanencia puede ser seguida de pneumonia ó de la produccion de tubérculos pulmonares, aunque algunas veces solo se origina una laringitis, probablemente con ulceraciones, porque viene acompañada de enflaquecimiento y de calentura héctica: accidentes que ceden con rapidez en cuanto se estrae ó se espele naturalmente el cuerpo estraño.

*Tratamiento.*—Desde luego es menester alejar las causas que han parecido presidir al desarrollo de la enfermedad. Si hay mucha ronquera, se abstendrán los enfermos de hablar; y si existen dolor y síntomas sub-agudos, se hará una aplicacion de sanguijuelas delante de la laringe, ó bien se pondrán algunas ventosas en la nuca. Sin embargo, los antiflogísticos no convienen sino en el menor número de casos, muy al contrario de los revulsivos, que siempre están indicados. Entre estos han de ocupar el primer lugar el vejigatorio ambulante, ó mejor aun, fijo delante del cuello ó de la nuca, las fricciones con aceite de croton, la pomada estibiada y los chorros ascendentes sulfurosos ó alcalinos. Tambien se han aconsejado el sedal á la nuca ó á lo largo de la laringe, ó bien cauterios en las partes laterales del cuello; pero somos de parecer que no deben emplearse contra una afeccion benigna remedios tan violentos y que dejan huellas indelebles. En estos casos se han obtenido muchas veces resultados ventajosos de las aguas de Eaux-Bonnes, d'Enghien, Cauterets, ya bebidas, ya en baños y dirigidas en chorro sobre el órgano enfermo. Hay un síntoma incómodo y que ocasiona diferentes accidentes que es importante aplacar: hablo de la tos, que se calma muchas veces merced al empleo de los narcóticos, administrando pil-



doras de opio, ó fumigaciones de datura estramonio; los enfermos pueden tambien fumar esta sustancia. Finalmente, podremos servirnos de emplastos y pomadas calmantes.

En estos últimos tiempos, han insistido Trousseau y Belloc en oponer á la laringitis crónica una medicacion tópica. Y si parece que las sustancias aromáticas escitantes, administradas bajo la forma seca ó húmeda, no han tenido resultados muy ventajosos, no sucede lo mismo con los astringentes y principalmente con los cáusticos, como el nitrato de plata, medios por los que Trousseau ha obtenido resultados tan felices como evidentes. Para cauterizar la parte superior de la laringe, queriendo usar el nitrato de plata, se empapa en su disolucion (de 50 á 60 granos por una dracma de agua destilada) un pedazo de esponja, fija en una ballena encorvada: entonces se hace que abra mucho la boca el enfermo, y tirando de la lengua hácia delante, y deprimiendo su base, se pone á descubierto la epiglotis, debajo de la cual se introduce la esponja para que penetre en la laringe y la cauterice. Tambien podemos recurrir para la misma operacion á una jeringa de plata parecida á la de Anel, cuyo sifon presente cerca de seis pulgadas de longitud, y esté muy encorvado en su estremidad, cuya abertura tendrá de diámetro la cuarta parte de una línea. En fin, el citado médico ha empleado frecuentemente insuflaciones con sub-nitrato de bismuto, con sulfato de zinc, de cobre, y acetato de plomo, mezclados con azúcar en cantidad que varía de 2 á 56 veces el peso de dichas sustancias. Estas insuflaciones podrán hacerse por el mismo enfermo con un tubo de nueve á diez y media pulgadas de longitud, y de 2 á 3 líneas de diámetro, una de cuyas estremidades, cargada de polvo medicamentoso; se la introduce lo mas profundamente que pueda en la garganta, y haciendo despues una gran inspiracion, el medicamento es arrastrado por la columna de aire que lo hace pasar en parte á la laringe. Aunque el uso de todos estos medios parece justificado por algunos resultados, sin embargo, no son tantos, que puedan emplearse todos ellos con igual confianza.

#### *De la traqueitis aguda y crónica.*

Prescindo de tratar especialmente de la traqueitis, porque todos saben que rara vez se halla limitada la inflamacion al órgano que le da el nombre, y que si á él llega, casi siempre es por estenderse, ya del lado de los bronquios, ya de parte de la laringe. En los casos raros de existir sola la traqueitis, se nota una ligera sensacion de incomodidad y de picazon en la parte inferior del cuello; hay algo de tos, y los enfermos arrojan algunos esputos filamentosos trasparentes ú opacos; los hay que se quejan de estar oprimidos, y casi nunca viene calentura. Creo que no se ha dado ejemplo de que la traqueitis haya comprometido la vida de los enfermos.

Esta enfermedad puede existir en el estado crónico, y ser, como la laringitis, simple ó con ulceracion: variedad de la que se ha querido hacer una forma especial de tisis (tisis traqueal), descrita por Cayol en su tésis, sostenida en 1810. Pero en el dia es evidente que en vez de ser independientes las úlceras de la tráquea, siempre coexisten con la tisis pulmonar ó con ulceraciones de la laringe, y que por lo comun están ligadas á la misma causa de estas afecciones, ó á una infeccion sífilítica ó escrofulosa.

*De la bronquitis.*

SINONIMIA.—Resfriado, catarro pulmonar, calentura catarral.

La palabra *bronquitis*, empleada para designar la inflamacion de la membrana mucosa de los bronquios, es preferible á la de *catarro pulmonar*, porque esta espresion da idea de un flujo mucoso que muchas veces es independiente de todo trabajo inflamatorio, y porque puede ademas haber flegmasia de la mucosa bronquial, sin que por esto haya necesariamente aumento en la secrecion de tal membrana.

*Historia y divisiones.*—Aunque se conoce desde muy antiguo la bronquitis, no se ha descrito sin embargo bien hasta despues de los inmortales trabajos de Laënnec. Entre las numerosas divisiones que se han admitido en la historia de esta afeccion, hay algunas tan importantes, que es menester conservarlas: tal es la division de la bronquitis en *aguda* y *crónica*, y despues la distincion de la primera en bronquitis *ordinaria*, *capilar* y *seudo-membranosa*. La bronquitis capilar, equivalente al catarro sofocante de los autores, no ha sido bien descrita hasta estos últimos tiempos; primero por Delaberge y Monneret, en su *Compendium*; por el doctor Foucart (*Tesis*, año 1842), y por Fauvel, que publicó sus investigaciones en su tesis en 1840, y posteriormente en el tomo II de las *Mémoires de la Société médicale d'observation* de París. En fin, mas recientemente han dado una escelente relacion de una epidemia de bronquitis capilar, que observaron asociados de 1840 á 1841, Mahot, Bonamy, Marcé y Malherbe, médicos del *Hôtel-Dieu* de Nantes.

*Caractéres anatómicos.*—Los bronquios inflamados contienen mayor ó menor cantidad de un moco blanco, viscoso, aireado, opaco y purulento. La membrana mucosa está roja; pero su inyeccion se halla dispuesta en arborizacion, en chapas, en zonas ó en puntitos. Es raro encontrar engrosado su tejido, pero no lo es tanto verle reblandecido y granuloso. Sin embargo, parece que nunca se ha observado ni supuracion del tejido celular subyacente, ni gangrena en la mucosa bronquial. Estos caracteres anatómicos de la inflamacion, que son mas ó menos estensos, casi siempre se observan en ambos pulmones á la vez, pero limitados á cierto número de bronquios. Muchas veces no pasan de los tubos gruesos; otras existen solo en las ramificaciones mas ténues, y entonces se dice que es *capilar* la bronquitis. Inciendiendo en estos casos los bronquios pequeños, se encuentran llenos de una materia mucosa-purulenta, espesa, no aerificada, que los oblitera desde las segundas ó terceras divisiones hasta las ramificaciones capilares; mucosidad que al fin produce mecánicamente una dilatacion uniforme en estos conductos, menos marcada en los adultos que en los niños. Aunque la membrana mucosa conserve su grosor y consistencia normales, tiene un rojo subido, que se va debilitando conforme se pasa de las grandes á las pequeñas ramificaciones: otras veces se observa lo contrario. Cuando es general la obstruccion de los bronquios pequeños, produce necesariamente la dilatacion de las vesículas (*enfisema vesicular*), principalmente en los bordes cortantes del órgano; enfisema que mas rara vez es interlobular, y es la lesion que explica por qué, ojos de deprimirse los pulmones cuando se abre el pecho, tienden, por el con-



trario , á salir de esta cavidad. Fauvel es uno de los primeros que, en mi concepto, ha hecho ver ademas que infinitas vesículas dilatadas contenian en los niños la misma materia que los bronquios, pero bajo la forma de granulaciones blanquecinas ó amarillentas, y que es menester guardarse muy bien de confundir con las tuberculosas, á las que se parecen por su aspecto y volúmen. Pero el tubérculo forma un tumor duro, mientras que, al picar la granulacion que forma la vesícula, se hace salir de ella un líquido puriforme, quedando en su lugar una depresion ó un pequeño vacío que comunica con una ramificacion brónquica. Cuando han sido invadidas muchas vesículas pulmonares, el pulmon se presenta friable y deja ver en el corte un matiz agrisado que pudiera hacer creer la existencia de una hepatizacion gris; pero un exámen mas atento no permite incurrir en esta confusion: ademas, al insuflar el pulmon, se le devuelve su ligereza; lo que nunca sucede cuando hay hepatizacion.

Todos los autores señalan como una lesion frecuente de la bronquitis capilar, dos núcleos de hepatizacion roja ó gris, diseminados por la superficie y el espesor de ambos pulmones; esta lesion ha recibido el nombre de *bronquitis lobular*. Sin embargo, en estos tiempos se ha puesto en duda la exactitud de esta denominacion. Legendre y Baylli se han esforzado en demostrar en un interesante trabajo publicado en los *Archivos de medicina* en 1846, que esta lesion es distinta de la pneumonia, y aducen por prueba de su aserto que el tejido no está hinchado, ni granugiento, ni friable como en la hepatizacion, y porque practicando una insuflacion, se le hace de nuevo crepitante y aireado. Dichos autores comparan, ó por mejor decir, asimilan este estado al de un pulmon que todavía no ha respirado. En su concepto, el tejido pulmonar ha sufrido en algunas de sus partes una especie de contraccion, porque el aire detenido por las mucosidades que llenan los bronquios, ha dejado de penetrar en ellos. Los hechos espuestos por Legendre y Baylli son muy importantes, y su opinion me parece perfectamente fundada en gran número de casos; pero insisto en creer que en muchas personas los núcleos que los pulmones presentan están constituidos por una verdadera flegmasia; no diferenciándose de la hepatizacion ordinaria sino por su poca estension y su diseminacion. Sea como fuere, los pulmones de los que sucumben á la bronquitis capilar, presentan comunmente un color sonrosado cuando se les corta, y los ganglios bronquiales, á lo menos en los niños, suelen estar infartados, rojos y reblandecidos.

Ademas, hay una bronquitis pseudo-membranosa, caracterizada anatómicamente por la produccion de falsas membranas en los tubos bronquiales, análogas á las que hemos encontrado en el crup, que se presentan bajo la forma de cilindros pequeños, blancos y elásticos, y ordinariamente están limitadas á las últimas divisiones bronquiales. Levantándolas y tirando de ellas con precaucion, á veces se llega á estraer muchísimas, compuestas de un tallo central, del que parten infinidad de divisiones que cada cual penetra en una ramificacion capilar. Muchas veces acompaña la laringitis pseudo-membranosa á la capilar.

*Síntomas, curso, terminaciones y duracion.*—La forma mas benigna de la bronquitis no produce mas accidentes que una tos poco fuerte, apenas dolorosa, con espectoracion de algunos esputos mucosos; y aunque por lo general no hay malestar ni calentura, el apetito, sin embargo, disminuye, ó parecen insípidos los alimentos. Esta incomodidad, llamada vulgarmente resfriado, muchas veces

sucede al coriza , y desaparece frecuentemente al cabo de algunos dias , aunque puede prolongarse durante un tiempo mas ó menos largo.

La bronquitis aguda é intensa , principalmente cuando aparece espontáneamente , por lo comun viene precedida de prodromos , tales como malestar , horripilaciones , sensibilidad al frio , inapetencia , coriza , cefalalgia viva , etc. En cuanto se confirma la bronquitis , se quejan los enfermos de una sensacion de incomodidad y pesadez en el pecho , á veces de un cosquilleo incómodo , ó bien de un dolor obtuso , confusivo ó dislacerante detrás del esternon , y de constriccion en la base y á los lados del tórax. Estos sufrimientos se exasperan por las tos , que frecuentemente promueve dolores vivos , dislacerantes , en direccion de la traquearteria y de los bronquios , y es un síntoma penosísimo , espontáneo ó provocado por la palabra , los movimientos del cuerpo , las emociones , la impresion de un aire frio , etc. , que viene precedido por algunos instantes de un cosquilleo hácia la parte superior de la tráquea. Ordinariamente la tos se reproduce bajo la forma de *golpes*; esto es , que una sola inspiracion es seguida de cinco ó seis sacudidas sucesivas. Estos accesos , que siempre son mas fuertes y frecuentes por la tarde , y sobre todo por la noche , suelen impedir del todo el sueño , y si se reproducen sin interrupcion por muchos minutos , abúltanse las yugulares ; congestiónase la cara ; lagrimean los ojos , y se quejan los enfermos de cefalalgia y de mucho malestar. Si los golpes de tos son frecuentes , dejan dolorido el epigastrio , los hipocondrios , y tambien las partes correspondientes á las inserciones del diafragma. Finalmente , como sean violentos los accesos de tos , ó si se padecen durante el trabajo de la digestion , provocan náuseas y vómitos biliosos ó mucosos. La tos , unas veces es ronca , otras mas ó menos estrepitosa ; primero es seca , y al poco tiempo viene seguida de una expectoracion , formada , primero por esputos mucosos , acuosos , á veces estriados de sangre , y de un sabor salado. Fuera de los accesos de tos , generalmente hay poca opresion , y si se percute el pecho , se oye en cualquier parte el sonido que le es natural. La auscultacion , por el contrario , revela la existencia de un ronquido sibilante y sonoro ; y si la secrecion bronquial es escesiva , hay tambien un estertor mucoso ó el sub-crepitante ; ruido que , esceptuando los casos de bronquitis capilar , reside casi siempre en la raiz de los bronquios , ó en la base de ambos pulmones. El estertor *sibilante* se deja percibir por un silbido pequeño , prolongado , agudo ó grave , y otras veces se parece mas al gorgeo de los pájaros. El estertor *sonoro* (*ronflant*) por el contrario , generalmente es mas ruidoso , y consiste en un ruido que imita el ronquido del hombre que duerme , el arrullo de la tórtola , ó el que se produce frotando con el dedo una cuerda de bajo. El primero parece que se efectúa en los bronquios pequeños , y en los gruesos el segundo ; ambos se esplican por el angostamiento de los tubos aéreos , producido por la tumefaccion de la mucosa , ó por mucosidades muy adherentes ; y ambos , que muchas veces se designan con el nombre de *ronquidos secos* , se oyen indiferentemente durante la inspiracion y la espiracion. El estertor *sub-crepitante* , comparado al ruido que se hace soplando con un canutillo en el agua de jabon , está caracterizado por burbujas algo grandes y húmedas , desiguales entre sí , que principalmente se oyen durante la inspiracion , y forma la transicion entre el *crepitante seco* de la pulmonía y el *mucoso* , que está constituido por burbujas mas grandes , mas húmedas y mas raras , y á veces parece un verda-



dero gorgoteo, cuando las mucosidades que lo producen se acumulan en los bronquios gruesos ó en los bronquios dilatados. Los ronquidos sub-crepitante y mucoso son producidos por el paso del aire al través de un líquido. El primero tiene quizá lugar en las vesículas, pero el segundo se produce indudablemente en los bronquios.

Para terminar el estudio de los fenómenos revelados por la auscultacion, diremos que en la bronquitis aguda, el ruido natural de la respiracion suele parecer semejante á la de los niños; muchas veces está debilitado ó disfrazado, y suspendido del todo en ocasiones, á causa de la oclusion momentánea de los tubos bronquiales por algunas mucosidades; pero reaparece cuando estas se espelen momentáneamente, ó despues de algunos esfuerzos de tos. Esta oclusion momentánea de los bronquios puede tambien suspender los ronquidos silbantes y sonoros. En fin, como el mucoso es producido por el paso del aire al través de las mucosidades, se concibe que tambien podemos dejar de percibirle, cuando los líquidos cambian de lugar, ó cuando son espelidos.

Independientemente de estos síntomas locales, la bronquitis aguda intensa, viene acompañada de síntomas generales y simpáticos; asi, pues, los enfermos se quejan de cefalalgia supraorbitaria y malestar; tienen horripilaciones, y su piel está caliente y húmeda, acelerado el pulso, blanca la lengua, y hay sed viva y falta de apetito. Finalmente, los mas de estos síntomas se exasperan por la tarde, y constituyen un verdadero paroxismo.

No obstante, despues de haber persistido en el estado agudo, disminuyen de intensidad los síntomas generales y simpáticos; son menos penosos y frecuentes los accesos de tos, y aumenta la secrecion bronquial, tornándose blanco, opaco y verdoso su producto. Entonces dice el vulgo que *se cuece el resfriado*: este es el período llamado de *coccion* por los antiguos.

La bronquitis casi siempre termina por resolucion; y cuando no, pasa al estado crónico. Jamás tiene una terminacion funesta, á no ser en sugetos debilitados por la edad ó por alguna enfermedad grave. Cuando viene la muerte en el curso de una bronquitis, siempre resulta de haberse propagado la flegmasia á las ramificaciones pequeñas (*bronquitis capilar*), ó al parénquima pulmonar (*pneumonia*); ó bien de que segregándose copiosamente mucosidades, y no habiendo ya bastantes fuerzas para espelerlas, se acumulan en el árbol aéreo y determinan la asfixia. La duracion, que varía entre algunos dias y muchos meses, es por lo general tanto mas larga quanto mas fria y húmeda sea la estacion, mas débiles y delicados los individuos, y cuantas mas veces hayan ocurrido recidivas de la enfermedad.

*Varietades.*—La bronquitis aguda puede presentar algunas modificaciones en sus síntomas generales y locales: asi, pues, si ataca á sugetos pletóricos y vigorosos, se observará el séquito ordinario de las calenturas inflamatorias; y de aquí el decir los autores que entonces hay un catarro *inflamatorio*. Otras veces existen simultáneamente síntomas biliosos; y asi, las mas de las afecciones que Stoll observó en el siglo pasado, y que describió como pulmonías biliosas, no eran en la mayor parte, sino bronquitis intensas, complicadas con un estado bilioso, que en aquella época era el carácter predominante de la constitucion médica de Europa. Tambien deben referirse á la bronquitis las numerosas descripciones que se encuentran acerca de las diversas calenturas catarrales biliosas,

que tantas veces reinaron epidémicamente en la misma época. Hay además una bronquitis, que puede llamarse *latente*, pues regularmente solo se revela por una tos seca, que se tiene por nerviosa, y como resultado simpático de la alteración de otro órgano. Pero la auscultación no manifiesta ningún ruido morboso, ni alteración alguna del murmullo vesicular, y todo induce á creer que en estos casos la flegmasia es ligera y está limitada á las primeras divisiones de los conductos aéreos. Pero las variedades mas importantes de bronquitis son aquellas en que la flegmasia invade las ramificaciones pequeñas, obstruyéndolas con mucosidades ó falsas membranas; y estas son la *bronquitis capilar* y *seudo-membranosa*, cuyos caracteres anatómicos hemos ya dado á conocer.

1.º *Bronquitis capilar*.—Parece que la bronquitis capilar casi siempre sucede á una bronquitis ordinaria de mediana intensidad, siendo muy raro que la inflamación invada primitivamente los bronquios pequeños, y se anuncie al momento por síntomas mas ó menos graves. En efecto, desde que existe la bronquitis capilar, se observa una opresión extrema, que á veces sobreviene de repente; la inspiración, frecuentemente acompañada de silbido, se hace con dificultad, y por la contracción convulsiva y simultánea de todos los músculos que á ella pueden concurrir; los movimientos respiratorios son acelerados principalmente en los niños, en los cuales algunas veces se han contado hasta ochenta ó cien respiraciones por minuto. La tos es frecuente, se repite por golpes, y fatiga por los dolores dilacerantes que ocasiona detrás del esternon. En fin, después de numerosas sacudidas los enfermos arrojan algunas mucosidades filamentosas, espumosas, y esputos blancos, viscosos, aireados, ó con estrías de sangre; otras veces estas mucosidades son amarillentas, no contienen aire, y su expulsión no trae ningún alivio, como se observó en la epidemia de Nantes. La percusión da en todas partes un sonido claro; y aun algunas veces sucede que está exagerada la sonoridad, sobre todo en la parte anterior, lo que se explica por el enfisema que sobreviene. La auscultación revela, como en la bronquitis ordinaria, la existencia de los ronquidos sibilante y mucoso, pero es mas agudo y ténue el sibilante, que es mas general y viene unido con el subcrepitante, dejando en fin muchas veces de ser percibido el murmullo vesicular, por la completa obstrucción de los pequeños bronquios. Con una alteración tan profunda en las funciones respiratorias, la palabra es breve y entrecortada; el pulso, acelerado siempre, suele adquirir escésiva frecuencia; la piel está caliente, seca ó cubierta de sudor, y todo el aspecto exterior espresa sufrimientos y ansiedad. Constantemente están los enfermos sentados y apoyados en los brazos, para buscar punto de apoyo á algunos de los músculos inspiradores; se presenta pálido, alterado y marmóreo el rostro, violáceos los labios y las mejillas; y esta lucha incesante del organismo y la disminución de la hematosis concluyen por agotar las fuerzas. Al cabo de algunos días de reacción se declara el abatimiento; disminuye la frecuencia de la respiración, pero sin volverse mas fácil; persisten en el mismo grado los ronquidos, excepto el subcrepitante, que por lo regular dismiiuye entonces, ó cesa del todo; la expectoración es mas penosa, y acumulándose las mucosidades en el árbol aéreo, determinan en él, por el paso alternativo del aire, un ruido estertóreo ó de gorgoteo; tórñase mas subido el color violado del rostro, y se presenta tambien en piés y manos; aun hay algunas veces equimosis, verdugones y manchas violáceas en toda la superficie de l



cuerpo; el pulso pierde su fuerza, aumenta en frecuencia, y se pone irregular, póstranse cada vez mas los enfermos; caen en un estado de somnolencia, y sucumben lentamente, conservando hasta el último momento íntegras las facultades intelectuales. Si por el contrario, ha de terminar felizmente la enfermedad, se ven disminuir simultáneamente el número de respiraciones y la ansiedad; son menos ruidosos, menos estensos y numerosos los ronquidos, lo que indica estar ya mas permeable el pulmon; la piel pierde poco á poco su color violado, y se declara, en fin, la convalecencia, aunque pueden por mucho tiempo todavía presentar los enfermos todos los síntomas de una bronquitis simple.

Los accidentes propios de la capilar cesan despues de una duracion variable, que rara vez baja de cinco dias, ni escede de diez á quince. La muerte sobreviene comunmente en este intervalo. Siempre tiene una convalecencia bastante larga esta enfermedad, y está muy sujeta á recidivas.

2.º *Bronquitis pseudo-membranosa*.—Precisamente los síntomas que acabo de esponer son los que se observan en la bronquitis *pseudo-membranosa*; variedad que solo se distingue de la primera por lo muy notables que en ella son los caracteres de la expectoracion. En efecto, despues de golpes de tos mas ó menos repetidos, los enfermos arrojan falsas membranas aplanadas en forma de cinta, tubulosas ó ramificadas, ó con el aspecto de una raiz fibrosa. Estas falsas membranas solo tienen á veces algunas líneas de longitud; pero las hay que llegan hasta cinco ó seis, como se ve en los hechos referidos en los *Archivos* de 1849, por el doctor Thore. Generalmente, todos se alivian despues de esta espulsion; pero aparecen de nuevo los signos de sofocacion y asfixia cuando se forma otra falsa membrana. Independientemente de los estertores sibilante y de ronquido, la auscultacion hizo distinguir en dos casos observados por Barth y Cazeaux, un *ligero ruido de válvula*, que probablemente lo causaban las falsas membranas desprendidas parcialmente, y flotantes en el árbol aéreo.

Inútil es decir que en esta enfermedad no se observa ninguna alteracion en la laringe, ni falsas membranas en la faringe; nada por lo tanto, puede hacerla confundir con el crup.

La bronquitis pseudo-membranosa sigue el mismo curso que la capilar y produce la muerte del mismo modo, es decir, causando la asfixia ó por la complicacion de pñeumonia, y puede degenerar en crónica. (Véase mas adelante *Bronquitis crónica*.)

*Diagnóstico*.—Casi siempre es fácil el diagnóstico de la bronquitis; en efecto, el carácter de la tos y de la expectoracion, la sonoridad permanente, y la naturaleza de los ronquidos secos y húmedos, no permiten confundirla con ninguna otra enfermedad aguda de pecho. La bronquitis capilar ofrece caracteres no menos marcados; y como se verá en adelante, no es posible confundirla, ni con la coquelúche, ni con la pñeumonia. La bronquitis pseudo-membranosa tampoco podrá confundirse con el crup, á pesar de la opresion que la acompaña y de la espulsion de falsas membranas, si se atiende á la falta de respiracion sibilante, á la ronquera, á la afonía, á la tos y la voz propia del crup; ni con la laringitis estridulosa, enfermedad casi apirética, que presenta accesos de sofocacion, y no ofrece á la auscultacion los ronquidos ruidosos, ni á la percusion la sonoridad de enfisema que se observa en la bronquitis capilar.

*Pronóstico*.—Es muy grave el pronóstico de la bronquitis capilar, pues pere-

ce aproximadamente la sexta parte de los adultos , y las siete octavas de los niños que la padecen. Sin embargo, no debemos olvidar que en estos se complica frecuentemente la bronquitis capilar con la pneumonia lobular , causa de nuevos peligros. La bronquitis pseudo-membranosa es por lo menos tan grave como la precedente. La inflamacion simple de los bronquios gruesos es una afeccion benigna , cuya terminacion constantemente es feliz , escepto en algunos viejos , en los niños , y generalmente en todos los sugetos debilitados. La muerte suele sobrevenir por asfixia , cuando las mucosidades segregadas en gran abundancia no pueden ser espelidas.

*Etiología.*—La bronquitis es una enfermedad muy comun , que rara vez deja de acometer en muchas ocasiones á un mismo individuo. Con todo es mas frecuente en ambos extremos de la vida , y parece tambien serlo mas en el hombre que en la mujer (Louis y Ruzf) , quizá por la diferencia de condiciones higiénicas á que están sometidos ambos sexos. Es tanto mayor la predisposicion á la bronquitis , cuantas mas veces se ha sufrido ya. En los mas de los casos esta enfermedad sobreviene de una manera espontánea en apariencia , y sin poder descubrirse la accion de ninguna causa determinante , aunque muy á menudo es , sin embargo , consecutiva á la accion del frio , como la de un enfriamiento parcial de la cabeza ó los piés , ó bien resultado de variaciones repentinas de temperatura. Tambien es mas frecuente en invierno , primavera y otoño , estaciones en que suele reinar epidémicamente. Hay bronquitis enteramente *simptomáticas* , de las que , no debiendo ocuparnos ahora , solo diremos que son las concomitantes del sarampion y de la calentura tifoidea , y que muchas veces llegan á ser capilares.

*Tratamiento*—Como el tratamiento debe variar segun la intensidad de la dolencia , si la bronquitis es benigna y enteramente apirética , bastará que observen los enfermos una buena higiene , y podrán usar provechosamente bebidas y pastillas pectorales. Esta es la forma de la enfermedad en que algunos han preconizado diversos medios para hacer que ceda la inflamacion : asi Laennec aconsejaba á los enfermos , conforme en esto con el vulgo , el uso de los espirituosos (vino , ponche , aguardiente) calientes , de modo que escitasen una fuerte diaforesis ; otros han empleado purgantes suaves y revulsivos cutáneos , medios que siempre son útiles. En cuanto á los escitantes difusivos , es menester reservar su uso para los enfermos que no sean pletóricos , que no padezcan ningun flegmasia gastro-intestinal , ni tengan tendencia á contraer pneumonias. Es , por lo general , sin embargo , muy prudente abstenerse de emplear estos medios. Forget usa en semejantes casos un método mas sabio , pues propina el opio en dosis moderadas , y de este modo cura en pocos dias la enfermedad.

Si la bronquitis es mas intensa y viene acompañada de calentura , hay necesidad de prescribir una quietud absoluta , dicta y las mismas bebidas dulcificantes propuestas en el caso anterior ; y si el pulso está dilatado , elevado el calor , y es fuerte la opresion , se deberán practicar una y aun muchas emisiones sanguíneas , entre las que ordinariamente merece la preferencia la abertura de la vena. Tambien hay que recurrir en estos casos á los pediluvios irritantes , á los purgantes suaves , y si duele el pecho , podrá aplicarse ventajosamente sobre el esternon una cataplasma emoliente , que se cubrirá con un tafetan ó una franela , á fin de que no se enfríe. Los vomitivos se usan frecuentemente en la



bronquitis, bien para combatir los síntomas biliosos, bien para favorecer la expectoracion. En efecto, cuando por cualquier causa es incompleta la espulsion de las mucosidades y se acumulan en los bronquios, se arrojan por las sacudidas del vómito, que determinan el emético y la ipecacuana, sustancias que tienen además la ventaja de escitar la diaforesis. Los vomitivos pueden y deben ser administrados en la mayor parte de los casos, aunque no los reclame ningun accidente gástrico. Este es un medio que Girad, de Marsella, ha preconizado mucho en las bronquitis agudas con calentura, (*Archivos de 1843.*) Tan incómoda es la tos, que exige medios especiales para combatirla; entre ellos se cuentan los pediluvios irritantes, y principalmente las preparaciones de opio en pildoras ó en pocion; y en los casos mas rebeldes se usará el baño tibio algo prolongado, medio que da muy buen resultado, sobre todo en los niños.

Cuando, habiendo cesado todos los accidentes agudos y los signos de congestion, persisten la tos y la expectoracion, se deberá insistir en la medicación revulsiva, ó sea en los purgantes y en los sudoríficos en bebidas, ó aplicados al exterior, como los baños de vapor, las fricciones secas aromáticas en la piel, los emplastos escitantes, los rubefacientes ó vexcantes en el pecho (esparadrapo, pez de Borgoña, vejigatorios). Las friegas con el aceite de cróton ó la pomada de Autenrieth producirán el mismo efecto. A estos medicamentos se asociará el uso de algunas bebidas ligeramente estimulantes, tales como el líquen, la yedra terrestre, el hisopo, la polígala, etc. Por último, si la enfermedad ha pasado del todo al estado crónico, se prescribirá la serie de medios de que hablaremos mas adelante.

Aunque en la bronquitis capilar ha de insistirse en la medicacion antiflogistica y revulsiva, es menester, sin embargo, no prodigar demasiado las sangrías, por temor de que se agoten las fuerzas. Además, si consultamos nuestras propias observaciones, diremos que generalmente la sangría produce un alivio mucho menos pronto y marcado que el que se obtiene con los vomitivos, despues de cuyo caso respiran casi siempre mejor los enfermos; por lo que deberán repetirse muchas veces, con algunos dias de descanso: método cuyos buenos efectos ha observado Miguel Levy, en el hospital de *Val-de-Grâce*, como puede verse en un trabajo publicado en 1843 en la *Gazette medicale*, por Chambert. Esta medicacion es tambien especialmente aplicable á los casos de bronquitis pseudo-membranosa. Los purgantes son mucho menos ventajosos. En fin, cuando sigue progresando la opresion, se podrá algunas veces conjurar el peligro aplicando un gran vejigatorio á la parte anterior del tórax. Cuando en el segundo período se une el abatimiento á la reaccion, conviene sostener las fuerzas con algunos tónicos, con la polígala, las infusiones de quina y las bebidas vinosas, al mismo tiempo que se administran las sustancias, cuyo uso está consagrado por la esperiencia como coadyuvantes de la expectoracion, y entre las que particularmente se encuentran el ojimiel escilítico y el kermes. En todos los casos, pero principalmente en los ancianos y los niños, es indispensable observar el decúbito y darles en la cama la posicion mas adecuada para favorecer la expectoracion, cambiando frecuentemente su postura para evitar las congestiones pasivas.

*De la bronquitis crónica.*

Con frecuencia es crónica la bronquitis, ya primitivamente, ya á consecuencia del estado agudo.

*Caracteres anatómicos.*—Es lo general que las lesiones difieran poco de las que se encuentran en la forma aguda. En la bronquitis crónica, sin embargo, comunmente es violáceo, de color de pizarra y parcial el color de la mucosa, que ocupa uniformemente cierta estension de la superficie ó está diseminado con irregularidad. Es raro que la membrana mucosa se halle reblandecida; y en el caso de hallarse así, nunca es hasta el punto de poder reducirla á pulpa por la presion del dedo, como tan frecuentemente se ve en la mucosa gastrointestinal. Desacertados anduvieron algunos autores al consignar las ulceraciones como un carácter anatómico bastante frecuente de la bronquitis crónica, pues las investigaciones de los médicos franceses, principalmente las de Louis y Andral, han demostrado que eran escesivamente raras las ulceraciones de los bronquios, exceptuando los casos de afeccion tuberculosa. Se ve, por el contrario, algunas veces, que inflamada crónicamente la mucosa, adquiere tanto engrosamiento, que angosta ú oblitera del todo el calibre de las ramificaciones pequeñas, donde tambien se ha observado que se forman, como en el estado agudo, concreciones pseudo-membranosas. Hay, en fin, otra alteracion que frecuentemente coincide con la bronquitis crónica, esto es, la dilatacion de los bronquios y el enfisema pulmonar, de que hablaremos á su debido tiempo.

*Síntomas.*—Si bien es lo comun que no exista ningun dolor de pecho en la bronquitis crónica, algunas veces, sin embargo, los enfermos experimentan en el epigastrio y detrás del esternon una sensacion de incomodidad, de calor ó de presion permanente, ó que solo se despierta de un modo fugaz despues de los accesos de tos. Ordinariamente la respiracion no está acelerada, al menos cuando se mantienen quietos los enfermos; no obstante, algunos tienen una disnea habitual, que se aumenta por el ejercicio y á veces puede mostrarse en forma de accesos. Efectivamente, la bronquitis crónica puede producir la serie de accidentes que caracterizan los accesos de asma, sobre todo en el caso de haberse engrosado una gran estension de la mucosa, ó como se ha supuesto, de resultas de una congestion súbita en dicha membrana, ó de la obstruccion de los ramos bronquiales por algunas mucosidades. De todos modos, sobreviniendo en estos casos la disnea casi de repente, llega con rapidez á su mayor grado de intensidad, y desaparece, por lo comun, despues de espeler abundantes esputos, no dejando en pos de sí mas alteraciones en las funciones respiratorias, que las precedentes de la misma bronquitis.

La tos y la expectoracion son los dos síntomas predominantes en esta enfermedad: la tos es rara ó frecuente, en cuyo caso aparece por accesos; la expectoracion es fácil ó difícil, rara ó abundante, y los materiales que arroja son tan variables, que pueden ser agrisados, amarillentos, verdosos, opacos, de un blanco mate ó del todo purulentos, y adherirse al fondo del vaso (*catarro mucoso*); en otros casos es un líquido sin color, trasparente, filamentoso, de superficie espumosa, y que, despojado de esta espuma, se parece á la clara de huevo desleida en agua (*catarro pituitoso*). Pero esta especie de expectoracion carac-



teriza mucho menos la bronquitis crónica, que un flujo particular de los bronquios, del que hablaremos minuciosamente mas adelante (Véase *Broncorrea*). La cantidad de los esputos varía mucho: frecuentemente es de 1  $\frac{1}{2}$  á 2 onzas; otras veces pasa de una libra, en cuyo caso es frecuente que arrojen los enfermos tanta cantidad de esputos á la vez, como si se hubiese abierto en los bronquios una vómica; en fin, hay casos, en que, al contrario, ó falta la expectoracion, ó á lo menos no despiden los enfermos en las veinte y cuatro horas sino algunos esputos globulosos, nacarados, de un blanco de perla y de consistencia de engudo (este es el *catarro seco de Laënnec*).

He dicho ya que la bronquitis pseudo-membranosa podia existir en estado crónico. En las personas atacadas de esta especie de bronquitis, se ve que tosen con mucha frecuencia, y que de tiempo en tiempo padecen mas y arrojan en medio de una ansiedad mas ó menos viva y despues de repetidos accesos, y á veces tambien sin mucha dificultad, falsas membranas tubuladas, mezcladas con una cantidad mayor ó menor de esputos ordinarios. En 1831 Trousseau y Barthez han presentado á la Sociedad médica de los hospitales dos ejemplos muy notables de esta efeccion. Pero de todas las formas de bronquitis crónica, esta es la que en menos casos se ha observado.

La expectoracion, por lo demás, ofrece numerosas diferencias en un mismo individuo: asi es que, se hace mas abundante en los tiempos húmedos despues de un enfriamiento ó del uso de ciertos alimentos, y por lo general, despues de todas las causas capaces de aumentar la congestion de la membrana mucosa bronquial.

La sonoridad del pecho permanece normal en la bronquitis crónica, y por la auscultacion se descubren los ronquidos sibilante, mucoso y subcrepitante, propios del estado agudo. Muchas veces existen los dos primeros en toda la estension de los pulmones, mientras los dos restantes, y principalmente el último, apenas se encuentran, á no ser en la parte posterior hácia la base de estos órganos. Por lo general, la bronquitis crónica simple no viene acompañada de calentura ni de ningun trastorno grave en las funciones digestivas y asimiladoras; pero si la secrecion bronquial es copiosa, y la mucosa está ingurgitada en mucha estension, puede haber algun enflaquecimiento, el que frecuentemente depende tambien de la alteracion de las funciones digestivas.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Por lo general la bronquitis crónica persiste durante muchos meses, bien de una manera continua, bien con exacerbaciones durante muchos meses. Si empieza al principio del invierno, es raro que cese completamente antes de los calores del estío; muchas veces reaparece despues de los primeros frios: su duracion por consiguiente nada tiene de constante. Esta enfermedad puede terminar por resolucion; alguna vez es acelerada esta terminacion por el paso de la flegmasia al estado agudo; pero en los viejos, sin embargo, esta recrudescencia anuncia frecuentemente el principio de una pulmonía. Parece, en fin, que algunas veces ha producido la muerte la consuncion que acarrea toda secrecion escesiva; pero es raro que no haya entonces alguna otra alteracion grave, que explique por sí sola la muerte, ó que al menos haya acelerado su llegada; tales son principalmente los tubérculos pulmonares y las enfermedades del corazon. Por último, sucede frecuentemente que cesando todos los signos anatómicos de inflamacion; la mucosa recobre su color, consistencia y gro-

sor normales; esto no obstante continúa siendo abundante la expectoracion, cambiando entonces evidentemente de naturaleza la enfermedad. En este caso solo debemos ver una simple modificacion, una perversion de la secrecion originada por la flegmasia, pero que continúa aunque haya desaparecido su causa, y es de suponer que en tal caso la mucosa ha sufrido una modificacion enteramente vital, y por consiguiente imperceptible.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico diferencial de la bronquitis crónica se estudiará detenidamente en los artículos *Broncorrea* y *Tisis pulmonar*, únicas afecciones con que puede confundirse. En los artículos destinados á la *dilatacion de los bronquios* y al *enfisema pulmonar*, enfermedades que suelen complicarse con la bronquitis, determinaremos sus síntomas propios, y los que dependen de la flegmasia bronquial.

*Pronóstico.*—Si bien este solo es grave en los ancianos y los sugetos debilitados, la bronquitis crónica constituye siempre una afeccion molesta, muchas veces repugnante, muy rebelde á la terapéutica, sujeta á recidivas, y que puede producir, ó al menos favorecer, el desarrollo de diversas lesiones orgánicas, como los aneurismas del corazon, la dilatacion de los bronquios, y aun quizá la de las vesículas pulmonares. La acumulacion de las mucosidades en los bronquios, y los repetidos esfuerzos de tos esplican el por qué se dilatan los conductos aéreos. La agravacion ó el desarrollo de los aneurismas cardíacos halla su razon probable en la agitacion circulatoria del pulmon á consecuencia de la hinchazon de los bronquios y de los golpes de tos, durante los cuales los enfermos quedan casi sin sentido. En cuanto á los tubérculos que se han tenido como un resultado frecuente de la bronquitis, mas adelante probaremos que de ninguna manera proceden de ella.

*Etiología.*—Aunque la bronquitis crónica se manifiesta en todas las edades, principalmente afecta á los ancianos, y es rara en la infancia. Los sugetos de constitucion laxa, linfática, y los que habitan sitios húmedos ó se hallan espuestos á las variaciones atmosféricas, están mas propensos á padecer esta enfermedad, que muchas veces es en los niños consecutiva á la coqueluche.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la bronquitis crónica, como el de todas las demás afecciones, debe variar segun el estado general y local. Raro es que esté indicada la medicacion antiflogística, y no obstante será útil recurrir á ella si es fuerte el sugeto y permanente la disnea. Los revulsivos, por el contrario, siempre son provechosos, y por lo tanto, deberá prescribirse desde luego el uso de una franela sobre el pecho, y aun sobre todo el cuerpo; se darán fricciones secas y aromáticas en el tórax; en esta region se aplicarán emplastos rubefacientes y aun vexcantes (pez de Borgoña, vejigatorios) ó pomadas irritantes con el emético, etc.; se escitará una fuerte diaforesis á beneficio de los baños de vapor; y si, en fin, el estado de los órganos digestivos lo permite, se administrarán algunos laxantes, entre los cualen merecen la preferencia las preparaciones que, como el ruibarbo, gozan al mismo tiempo de propiedades tónicas. Tambien ha preconizado Laënnec el uso de los vomitivos, repetidos en cuanto lo permitan las fuerzas y la manera de soportarlos los enfermos. Los médicos ingleses prefieren el cólchico, que obra á la vez como drástico y diurético.

Los prácticos están conformes en recomendar para la bronquitis crónica el uso de sustancias amargas y aromáticas, en tisanas, pastillas, etc., tales como



el liquen, la yedra terrestre, el hisopo, la polígala, la quina, el agua de brea, la trementina, los bálsamos peruviano, de la meca, tolu y copaiba; las aguas sulfurosas de Enghien, de Aix, de Bonnes, de Cauterets, de Baréges, de Luchon, tomadas en bebidas ó baños; y las de Mont-Dore, cuya utilidad está igualmente reconocida. A las personas que no pueden mudar de localidad, se aconsejará el uso de las aguas artificiales, y aun mejor los baños sulfurosos, preparados con cuatro ó cinco onzas de sulfuro de potasa, y que obran, no solo por una especie de revulsion sobre la piel, sino tambien por los vapores sulfurosos que la inspiracion pone en contacto con las vías aéreas.

Se ha tratado de modificar el estado de la mucosa bronquial por medio de medicamentos mas ó menos volátiles y capaces de obrar localmente sobre las partes enfermas, como las fumigaciones de brea, creosota, iodd y cloro, mediante ciertos aparatos, ó haciendo llegar los vapores á pequeños aposentos en que los enfermos deben permanecer mas ó menos tiempo. Hace algunos años se preconizó tambien el uso de las aspiraciones amoniacales, ya haciendo pasar rápidamente por debajo la nariz y delante la boca un frasco destapado con amoniaco líquido, ya (y esto es preferible), echando dos cucharadas de café en esta sustancia en un vaso de agua caliente cuyos vapores se respiran.

Pero, hágase lo que se quiera, estos medios suelen ser ineficaces en sus resultados, porque es difícil modificar el estado de la mucosa bronquial. Los medios higiénicos están dotados de un alcance mucho mayor. ¡Cuántas bronquitis crónicas se modifican felizmente y con la mayor facilidad, trasladándose á un clima mas benigno! Basta algunas veces, aun bajo la misma latitud, que el enfermo pase de un lugar á otro, enviándolo al campo, por ejemplo, ó haciéndole cambiar un país llano por otro montañoso, para que desaparezcan prontamente los accidentes de la bronquitis.

Hay síntomas que reclaman ciertos medios especiales: por lo tanto, cuando son demasiado frecuentes los accesos de tos, se calmarán con el uso de los narcóticos, y principalmente con el opio en píldoras; si se espectoran difícilmente los esputos, y acumulándose en los bronquios amenazan producir accidentes graves, se aconsejarán vomitivos, y en especial la ipecacuana, que puede darse de manera que promueva vómitos, ó bien á dosis fraccionadas para mantener náuseas continuas; en estos mismos casos se emplean tambien oportunamente el kermes y el ojimiel escilítico. Cuando la dificultad de espectorar consiste en la viscosidad excesiva de los esputos, que al mismo tiempo son pequeños *esputos perlados*), tales como se observan en la variedad de bronquitis denominada por Laënnec *catarro seco*, se podrá ensayar, siguiendo el ejemplo de este ilustre médico, el uso de los alcalinos, como el jabon amigdalino en píldoras, los baños de carbonato de potasa, el agua de Vichy, etc.; medios, que modificando el estado de la mucosa, disminuirán la abundancia de la secrecion catarral. Pero si esta persistiese siendo copiosa; si se resistiese á los diferentes modificadores ya enumerados; si el empleo de los astringentes, como la ratania y el tanino, no produjesen efecto, podria recurrirse á un medio, que aunque no me inspira confianza, muchas veces ha producido buenos efectos á Piorry: la privacion mas rigurosa posible de tomar líquidos.

## DE LA GRIPE.

SYNONIMIA.—Catarró epidémico, cocote, influenza, etc. Se dice que la palabra gripe procede de la polaca *chrypka*, que significa ronquera.

La gripe es una enfermedad caracterizada por el coriza y los síntomas ordinarios de una bronquitis poco intensa, con calentura, cefalalgia, quebrantamiento de huesos, cansancio y un decaimiento que no está en relacion, ni con los padecimientos ni con las lesiones locales que se observan.

*Historia.*—Raige-Delorme, médico tan distinguido por su talento como por su carácter, insertó en el tomo X del *Dictionnaire de médecine* un artículo sumamente notable concerniente á la gripe, y en él demuestra que no hay ningun documento que pruebe la existencia de esta enfermedad anteriormente al siglo XV; en efecto, hasta el año 1380 no hubo descripciones de ella. Desde esta época se ha manifestado de cuando en cuando en diversas partes del globo, y todas las epidemias descritas son notables por la multitud de individuos que acometieron, y el estenso territorio que han recorrido. En Francia no se habia padecido la gripe desde el año 1803, cuando se presentó en 1830 y reapareció en 1833 y 1837, y muchas veces despues.

*Anatomía patológica.*—Como la gripe no es mortal, á no ser por sus complicaciones, apenas tenemos noticia alguna de las lesiones propias de esta enfermedad, y solo se sabe que comunmente se encuentran en la autopsia, rojizas, inyectadas y tumefactas las mucosas de las fosas nasales, de la faringe y de la laringe; alteracion que en muchos casos se prolonga dentro de los bronquios, donde en muchas ocasiones han encontrado pseudo-membranas Nonat y otros; pero entonces casi siempre habia una pulmonía simple ó doble, que es la lesion concomitante mas frecuente en la gripe, y la que hace perecer el mayor número de enfermos.

*Sintomas.*—Desde el principio se quejan los enfermos de malestar; se hallan abatidos, muy cansados, sienten dolores contusivos en los miembros, pecho y epigastrio, y cefalalgia violenta, algunas veces atroz, general, ó como es mas frecuente, limitada á la frente y acompañada de vértigos y zumbido de oídos; ordinariamente tienen epistaxis. La fisonomía espresa sus sufrimientos, y sus fuerzas, siempre postradas, lo están á tal extremo, que uno llegaria á creer que los enfermos se hallan acometidos de una enfermedad grave é incipiente: muchos tienen lipotimias. La calentura varía, de modo que en unos casos es violenta, al paso que ligera y aun á veces nula en otros; generalmente presenta mediana intensidad, se aumenta por las tardes, y las noches se pasan en un estado de agitacion penosa. La sangre estraída de las venas, no siempre tiene el mismo aspecto: unas veces es denso y con costra el coágulo; otras blando y casi difluente, como principalmente se notó en la gripe de 1837. Al mismo tiempo existen constantemente signos flegmáticos de parte de algunas membranas mucosas; hay, pues, romadizo, pérdida del olfato, evacuacion abundante de un líquido seroso por las narices (coriza), y encendimiento, lagrimeo y alguna tumefaccion en los ojos, que dificilmente soportan la impresion de la luz. Muchos enfermos se quejan de incomodidad en la garganta, y casi todos tienen ronquera, cosquilleo en la parte superior de la laringe, sensacion de ardor y



calor detrás del esternon, tos mas ó menos frecuente, que viene por accesos, siempre fatigosísima y muy dolorosa, seca primero, y despues provoca la espulsion de esputos mucosos mas ó menos abundantes. El pecho está sonoro á la percusion; frecuentemente se descubren algunos ronquidos sibilantes, subcrepitante ó mucoso, habiendo en fin disnea y una sensacion de opresion, síntomas que de ninguna manera están en relacion con los resultados obtenidos de la exploracion física. Los trastornos de los órganos digestivos, que son muy variables, se reducen frecuentemente á un poco de inapetencia, y en muchas epidemias consistian casi siempre en náuseas, vómitos ó diarrea.

La mayor parte de los síntomas precedentes pueden existir simultáneamente y con mediana intensidad, y en otros casos, por el contrario, faltan ó apenas se manifiestan, mientras que otros muchos predominan y dan á la enfermedad una fisonomía especial. Asi es que, segun el carácter de la epidemia ó las predisposiciones individuales, se ven predominar en diferentes casos, ya síntomas nerviosos, ya desórdenes abdominales ó bien accidentes torácicos: de aquí proviene la division que han propuesto algunos médicos modernos, de gripe *encefálica*, *abdominal* ó *pectoral*.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Por lo general sigue la gripe un curso continuo y rápido, de suerte que en su estado de simplicidad dura de cuatro á seis dias, y se juzga comunmente por los fenómenos críticos, que las mas veces son sudores abundantes, algunas veces diarrea, orinas sedimentosas, una epistaxis ó un herpes en los labios. Muchos de los enfermos quedan débiles durante algun tiempo, porque la duracion de la convalecencia no está en proporcion con la de la enfermedad. Efectivamente, no es raro ver á los enfermos restablecerse lentamente, aunque la gripe haya sido de las mas benignas. Las fuerzas, especialmente, se restauran con trabajo; la tos continúa por mucho tiempo; y los órganos digestivos vuelven con lentitud al desempeño de sus funciones.

Cuando la gripe viene exenta de toda complicacion, casi no hay un caso en que haya hecho perecer á los enfermos, y solo es grave en los tísicos, cuyo término fatal acelera, ó cuando sobreviene una enfermedad intercurrente. Las pneumonias son la complicacion mas frecuente que se observa en estos casos y tienen por lo general una fisonomía especial, como lo demostré, antes que nadie, en la epidemia de 1837 (Véase la *Presse médicale*). Asi, pues, el dolor del costado es poco intenso, y poca veces se advierte la verdadera crepitacion fina, seca y numerosa de la pulmonía franca, pues lo que se percibe es mas bien un ronquido sub-crepitante. Los esputos, apenas aireados y viscosos, no se diferencian de los producidos por la bronquitis simple. En general, la disnea es intensa y no está en relacion con la estension de la flegmasia, no siendo raro que ocurran verdaderos accidentes de asfixia. En medio de estos desórdenes, el pulso tiene una frecuencia media, se presenta blando y no ofrece resistencia al tacto. Algunos enfermos son acometidos de delirio, de saltos de tendones, y todos están tan postrados como en las calenturas graves. En presencia de este aparato sintomático, no es de estrañar que la enfermedad tenga mas comunmente un éxito funesto, que cuando es primitiva.

*Diagnóstico.*—Fácilmente se distingue la gripe de una coriza, una bronquitis comun ó de un acceso de jaqueca, por el abatimiento, la postracion y los dolores que la acompañan. Los síntomas nerviosos, tan pronunciados desde el

principio, unidos las mas veces á epistasis, diarreas, insomnio y ronquidos silbilantes en el pecho, hicieron que á veces en la epidemia de 1837 no se supiese si los enfermos tenian una gripe ó una calentura tifoidea incipiente. Sin embargo, la rapidez con que invadia el mal, que en algunas horas, ó en uno ó dos dias llegaba al grado mas alto de intensidad (cosa insólita en la afeccion tifoidea), inducian mas bien á creer que los enfermos estaban bajo el influjo de la epidemia reinante. Mucho mas dificil es distinguir algunas veces la gripe del segundo estado del sarampion, á causa de los sintomas de catarro que les son comunes, y de los fenómenos generales que suelen ser los mismos en ambos casos, aunque la marcha de la afeccion no tarda en ilustrar al médico acerca de su verdadera naturaleza.

*Pronóstico.*—En vista de lo que dejamos dicho, solo es grave la gripe en los sujetos afectados de antemano de alguna enfermedad grave, ó bien cuando se complica con una flegmasia pulmonar, siendo por lo tanto muy de temer en los viejos. Un mes de gripe, dice M. Marc d'Espine, hace morir los viejos de sesenta y cinco á ochenta años en la proporcion de 52 por 1,000, mientras en un mes ordinario solo desaparecen 11 en el mismo número (1).

*Etiología.*—La gripe es una enfermedad esencialmente epidémica, cuya aparicion en un país no puede esplicarse por ninguna condicion especial, en atencion á que se ve reinar en todos los climas y bajo cualquier temperatura. Tampoco se sabe nada á punto fijo respecto de las condiciones que pueden constituir una predisposicion individual á contraer esta enfermedad; por lo demás, nada prueba que sea contagiosa.

*Tratamiento.*—Cuando la gripe es simple y benigna, es menester limitarse á aconsejar la quietud, la dieta, el uso de bebidas dulcificantes y calientes para promover el sudor, y algunos pediluvios irritantes á fin de descargar la cabeza. Si el pulso se presenta dilatado y duro, no debe vacilarse en sacar alguna sangre, aunque generalmente se ha reconocido que debe procederse con sobriedad en las emisiones sanguíneas. Los evacuantes intestinales suelen ser útiles cuando hay constipacion. Los vomitivos no están indicados sino cuando hay una complicacion saburral, ó bien cuando la bronquitis es estensa y la secrecion catarral abundante y se espele dificilmente; el opio es por lo regular ventajoso para calmar los dolores y procurar algun descanso. Si los miembros, y principalmente las articulaciones, son asiento de dolores vivos, como sucedió en la epidemia de 1837, se procurará algun alivio con cataplasmas laudanizadas ó con unturas de bálsamo tranquilo y láudano; otras veces se destruyen con los linimentos amoniacales; y si se resisten, es menester combatirlos con un vejigatorio ambulante, y en caso necesario, con una sal de morfina. (En cuanto á las complicaciones, véase mas adelante *Pulmonía.*)

*Naturaleza.*—Aunque la gripe esté colocada al lado de la bronquitis, no ha de creerse, sin embargo, que consiste únicamente en un flegmasia de la mucosa aérea, porque los desórdenes nerviosos que la acompañan, y la desproporcion que media entre los sintomas torácicos y los demás fenómenos morbosos, indican la accion de una causa general, cuya esencia y sitio desconocemos aun.

(1) *Gazette medicale* de Paris, abril de 1848, relacion de la epidemia de Ginebra de 1847 á 1848.



### De la pulmonía.

SINONIMIA.—Perineumonia, neumonia, neumonitis, fluxion de pecho, calentura neumónica; *peripneumonia vera*, etc.

La palabra *pulmonía* sirve para designar la inflamacion del parénquima pulmonar.

Esta afeccion es una de las mas importantes del cuadro nosológico, á causa de su estremada frecuencia, de su gravedad y de las dificultades que presenta su erapéutica. Imposible me seria poder comprender en este artículo todas las cuestiones relativas á tan vasto objeto, y cuya solucion importa aun mas á la práctica que á la ciencia misma; asi, pues, remito al lector á la obra que publiqué en 1844, en la cual la pulmonía ha sido estudiada en las diferentes edades de la vida, y en sus relaciones con las demás enfermedades agudas y crónicas, segun el análisis de infinitas observaciones, y aprovechándome de los trabajos de mis antepasados, y principalmente de mis contemporáneos, entre quienes debo hacer singular mencion de Laënnec (1), Andral (2), Chomel (3), Louis (4), Piorni (5), Stokes (6), y respecto de la pneumonia de los adultos; de Hourmann y Dechambre (7), respecto á la de los ancianos; y de Gerhard (8), Rufz (9), Valleix (10), Rilliet y Barthez (11), relativamente á la de los niños, desde el nacimiento hasta la pubertad.

*Anatomía patológica.*—Desde Laënnec, los anatomo-patólogos han admitido en la inflamacion pulmonar tres grados, que se designan con los nombres de *infarto*, *hepatizacion roja* y *hepatizacion gris*.

En el *primer grado*, ó sea el de *infarto*, ofrece esterioresmente el pulmon en os puntos afectados un color violado, lívido ó de heces de vino; crepita menos, ha perdido su elasticidad, es mas pesado, y sumergido en el agua, sobrenada incompletamente. Cuando se le divide con el escalpelo, corre de la superficie de las incisiones un líquido seroso, rojizo, turbio y espumoso; el tejido está rojo-violado, friable y penetra en él el dedo con facilidad. No obstante que ha mucho tiempo se consigné en esta friabilidad el medio de distinguir el infarto inflamatorio del cadavérico, hemos probado precedentemente que por lo regular es imposible distinguir uno de otro estos estados por la simple inspeccion anatómica. Pero en casi todos estos casos coincide el infarto con una ó muchas de las alteraciones que caracterizan los grados segundo y tercero.

En la pulmonía que ha llegado al *segundo grado*, el pulmon se halla evidentemente aumentado de volúmen, lo que hace que pueda notarse en las superfi-

(1) *Traité de la auscultacion*, t. I.

(2) *Clinique medicale*.

(3) *Dictionnaire* en 50 vol., artículo PNEUMONIE.

(4) *Recherches sur les effets de la saignée et de l'emétique*.

(5) *Pathologie iatrique*.

(6) *Diseases of the chest*, Dublin, 1857.

(7) *Archives de médecine*, 2.<sup>a</sup> serie, ts. X et XII.

(8) *The American journal*, 1834.

(9) *Journal des connaissances medico-chirurgicales*, año 1855.

(10) *Clinique des enfans nouveau-nés*.

(11) *Traité des maladies des enfans*.

cies enfermas la impresion de las costillas; al mismo tiempo está duro el tejido del órgano, no crepita ya, y como se halla absolutamente impermeable, sucede que cuando se introduce en el agua, lejos de sobrenadar, baja por el contrario al fondo del vaso. Esta porcion del pulmon, de un rojo subido al exterior, ofrece interiormente, cuando se le incide, el mismo color, que, si bien unas veces es uniforme, es en los mas de los casos desigual y matizado diferentemente, de modo que imita el aspecto de ciertos mármoles ó granitos. El líquido que se derrama es rojizo, no aireado, menos abundante que en el primer grado; pero el carácter anatómico mas importante se descubre por el exámen de las superficies incididas, que están erizadas de granulaciones rojas, duras, algo aplanadas, que no son otra cosa sino las vesículas pulmonares trasformadas en cuerpos sólidos por el engrosamiento de las paredes y por la obliteracion de su cavidad. Esta disposicion granulosa, singularmente ostensible cuando se desgarrá el pulmon en vez de dividirlo con el instrumento cortante, se encuentra constantemente en el adulto, mientras que parece faltar algunas veces en las pulmonías de los recién nacidos (Valleix), y en la de los ancianos (Hourmann y Dechambre). Es evidente que tanto las vesículas pulmonares como el tejido celular intervicular, están igualmente afectados en la alteracion que describimos. El color que el pulmon adquiere en el segundo grado de la pulmonía, su dureza, el aumento de su gravedad específica, y el aspecto granuloso de la superficie, le dan mucha semejanza con el tejido del hígado; y por esto se designa comunmente esta alteracion con el nombre de *hepatizacion roja*, ó de *induracion roja*, denominacion que Andral ha propuesto sustituir con el nombre de *reblandecimiento rojo*, porque, aun cuando esté mas duro el tejido pulmonar, es indudable que se ha tornado menos friable. Aun está caracterizado el segundo grado de la pulmonía por otras dos lesiones que son, la *carnificacion* y la *esplenizacion*: en la primera está rojo, húmedo, duro, sin granulaciones y casi homogéneo el tejido pulmonar; y se dice que está esplenizado, cuando es de un color rojo vinoso, flácido, poco ó nada granuloso, mas ó menos completamente impermeable y parecido en algun tanto al parenquima del bazo. Esta alteracion sobreviene principalmente en los sujetos debilitados; por ejemplo, en aquellos que son acometidos de pulmonía en el curso de una enfermedad grave, como la calentura tifoidea.

En el tercer *grado* de la pulmonía, el pulmon conserva el volúmen, la dureza, la impermeabilidad y el estado granuloso que hemos notado en el estado de *hepatizacion*; pero al color rojo no tarda en sustituir poco á poco uno gris, amarillo de paja, que principia por puntos diseminados y acaba por generalizarse. Entonces el tejido pulmonar se hace mas friable que en el estado precedente, bastando muchas veces la mas ligera presion para reducirlo á una pulpa agrisada; ademas, si se le divide, vemos correr una materia opaca muy parecida al pus. Estos diversos caracteres han motivado que se designe indiferentemente el tercer grado de la pulmonía con los nombres de *hepatizacion ó induracion gris*, *reblandecimiento gris*, é *infiltracion purulenta*.

Pero el pus infiltrado primero, puede reunirse en uno ó muchos focos, esto es, formar abscesos simples ó múltiples, que casi siempre residen (nueve veces entre doce), debajo de la pleura, la cual, á este nivel, ora está adelgazada y reblandecida, ora, por el contrario, engrosada y mas resistente. El foco, mas



frecuente en el lóbulo superior, puede presentar, ó solo la estension de 3 á 4 líneas, ó bien 6 á 7 pulgadas de altura, por 4  $\frac{1}{2}$  de latitud. La cavidad del absceso es por lo comun, anfractuosa; sus paredes son desiguales, y están formadas por un tejido endurecido é infiltrado de pus, y algunas veces aparecen gangrenadas, ó, como frecuentemente se ve, lisas y tapizadas por una falsa membrana mas ó menos densa y elástica, que se forma con sorprendente rapidéz. Es raro que comunique la cavidad con los bronquios; el pus contenido unas veces es flegmonoso, otras rojizo, inodoro y fétido, si el foco contiene restos mortificados del tejido pulmonar. Finalmente, si en vez de suceder el absceso á una pulmonía franca, sobreviene consecutivamente á la rotura en el pulmon de un foco formado en otro órgano, como el hígado, el bazo, el riñon izquierdo, etc. abscesos que he denominado *perforantes*), se encuentra una caverna mas amplia, que comunica constantemente con el absceso primitivo, y casi siempre con uno ó muchos bronquios. Generalmente es flegmonoso el pus. Casi inútil es en el dia prevenir á los observadores contra un error que tantas veces cometieron nuestros antepasados, tomando por abscesos pulmonares unos tubérculos reblandecidos, y aun muchas veces los bronquios dilatados y las pleuresias interlobulares. Por último, es menester saber que hay abscesos enteramente consecutivos á la muerte, formados por la excesiva presion que se ejerce en las partes muy reblandecidas del pulmon, al sacarle del pecho.

Como los puntos del pulmon que se encuentran afectados en la abertura del cadáver, lo han sido sucesivamente, ó bien la inflamacion ha seguido en cada uno una marcha distinta, resulta de esto que casi siempre se ven reunidos dos y aun los tres grados de la pulmonía. Las lesiones del pulmon son mas ó menos estensas: pueden ocupar todo el órgano, lo que es muy raro, ó bien invadir solamente un lóbulo; algunas veces, en fin, sucede, principalmente en los niños, que la flegmasia no ocupa sino uno ó muchos lóbulos, y entonces recibe los nombres de pulmonía *lobular*, *múmelonada* ó *diseminada*. Esta alteracion está caracterizada por núcleos de hepatizacion roja ó gris, diseminados en diferente número (de 2 á 30), en uno de los pulmones ó en ambos á un tiempo: núcleos que los mas tienen el volúmen de una avellana ó de una nuez, y casi todos están situados superficialmente, manifestándose por debajo de la pleura en forma de manchas rojas y violadas. Esta lesion es la misma de que hemos hablado al tratar de la bronquitis capilar.

Las alteraciones precedentes no se encuentran con igual frecuencia en ambos pulmones, ni en sus diferentes partes: en efecto, está reconocido que en cualquier edad padece muchas mas veces de pneumonia el pulmon derecho que el izquierdo (: : 11 : 6); lo que puede esplicarse, á nuestro modo de ver, por la diferencia de volúmen y de capacidad. Los dos órganos son invadidos á un tiempo; á lo menos así se observa en los ancianos, y principalmente en los niños menores de seis años, en quienes son dobles casi todas las pulmonías. Ya hemos probado que el número de estas va disminuyendo en el periodo medio de la vida, hasta quedar reducidas á la proporcion de una décimasesta parte. La desigualdad de volúmen de ambos lobulos, esplica en nuestro concepto, el por qué la pulmonía del inferior es mas comun que la del superior en la relacion casi de 4 : 3: proporcion que por otra parte varía mucho segun las constituciones médicas ó epidémicas.

Después de haber espuesto las lesiones características de la pulmonía, nos resta dar á conocer las alteraciones concomitantes que proceden de los principales órganos. Por parte del pecho, se encuentra que en el adulto está casi siempre mas ó menos inflamada la pleura (33 veces entre 35); pero la pleuresía es menos constante en ambos extremos de la vida. Así, pues, en los ancianos solo se encuentra en la tercera parte de casos: aun es mucho menos comun en los niños, y principalmente es bastante rara en los recién nacidos, pues que en ellos apenas se encuentra en uno de cada seis casos. Rara vez están alterados los bronquios, que solo contienen mucosidades copiosas en los niños y en los ancianos. Finalmente, en casi todos los casos se encuentran hinchados, rojos, reblandecidos y aun supurados, uno ó muchos ganglios bronquiales. Habiendo examinado comparativamente en infinidad de cadáveres el estado del corazón, he visto que principalmente en el de los pneumónicos se encuentran muchas mas veces coágulos densos, que en la quinta parte de casos eran descoloridos y fibrinosos, de manera que justificaban la opinion de Burserius, quien consideraba la pulmonía como una causa muy activa de las concreciones poliposas del corazón. A la verdad, muchas veces se forman estas durante la vida, y por el mismo mecanismo que la costra pleurítica. La pneumonia no se acompaña de ninguna otra lesion visceral, si ya no es de algun reblandecimiento en la mucosa gastro-intestinal, que está mas ó menos reblandecida en la cuarta parte de los casos; pero esta alteracion es independiente de la inflamacion y como consecutiva al estado febril.

*Pulmonía crónica.*—A esta pneumonia se han referido las diferentes formas de induracion pulmonar. En concepto nuestro, hay constantemente endurecimiento é impermeabilidad del tejido pulmonar en la pulmonía crónica; el color de dicho tejido es ceniciento, rojizo, de pizarra ó negro, siendo tal su dureza, que muchas veces resiste á una presion muy fuerte; y cuando se corta, parece menos húmedo y de un gris violado ó lívido. Aunque la superficie de las incisiones ó de las dislaceraciones puede ser granulosa, esta disposicion sin embargo, se manifiesta tanto menos evidentemente cuanto mas antigua es la alteracion, y acaba por desaparecer. En tales casos suele encontrarse hipertrofiado y formando tabiques gruesos y casi fibrosos, el tejido celulo-interlobular.

*Prodromos, invasion.*—No obstante que las mas veces la pulmonía parece principiar repentinamente, me he convencido que desde los diez y seis á los sesenta años se observan en la cuarta parte de enfermos síntomas precursores, tales como malestar, torpeza, pérdida del apetito y de las fuerzas, sensibilidad al frio, escalofríos, etc.: accidentes que por término medio duran de cuatro á cinco dias. He visto ademas, que de cada cuatro enfermos, aproximadamente, en uno aparece la pulmonía en el curso de una bronquitis aguda, casi siempre benigna; afeccion que parece hacer mas impresionables á las causas ordinarias de la enfermedad que ahora nos ocupa, á los individuos á quienes acomete.

La invasion de la pneumonia se revela en las cuatro quintas partes de casos, por un escalofrío mas ó menos violento, por dolor vivo en un costado del pecho, por tos y expectoracion. Estos síntomas locales y el escalofrío, faltan algunas mas veces en los ancianos que en los adultos, y no pueden ser reconocidos en los niños de pecho; pero en ellos son mas frecuentes la calentura, la agi-



tacion, y principalmente la estremada aceleracion de los movimientos respiratorios. No obstante, á medida que nos alejamos del nacimiento, vemos que la pulmonía de la infancia se parece cada vez mas á la de los adultos, por su modo de invasion.

*Sintomas.*—Una vez declarada la pneumonia, la revelan síntomas generales y locales. Distinguese entre los primeros el dolor de costado, que las mas veces sobreviene en las doce primeras horas (161 entre 182), y casi nunca despues del cuarto dia, dolor que por lo comun es vivo, pungitivo y reside en las cuatro séptimas partes de casos al nivel ó á las inmediaciones de la tetilla; á veces corresponde (en  $\frac{1}{3}$  de casos) á la porcion del pulmon flogoseado; está limitado, ó se irradia á lo lejos, se exaspera siempre por los movimientos inspiratorios, frecuentemente por la presion, y menos es efecto de la pulmonía que de la pleuresia concomitante: y hé aqui lo que esplica el por qué falta tantas veces en la pneumonia de los niños y en la de los ancianos. En todos los casos existen disnea y aceleracion en los movimientos respiratorios, síntomas que no están en relacion, como se ha dicho, con la violencia del dolor, ni son mas ostensibles en la pulmonía del vértice, si bien es lo general que guarden proporcion con la estension y la violencia de la flegmasia pulmonar, y ofrezcan mas intensidad en los jóvenes, en los individuos que tienen deforme el tórax, y en las mujeres cuyo embarazo está adelantado, etc. La tos es un sintoma constante por lo regular, que sobreviene casi siempre en las doce primeras horas de la enfermedad (80 entre 90), y cuya frecuencia, si bien está las mas veces en relacion con lo estenso de la pulmonía, de ningun modo lo está con su asiento; es raro que se efectue por accesos como en la bronquitis, y provoca la espulsion de esputos particulares, pero variables, que hasta Laënnec han sido el único signo diagnóstico cierto de la pulmonía. Los mas de estos esputos son viscosos y se adhieren intimamente al fondo del vaso, trasparentes, mezclados con burbujitas de aire, homogéneos, y ofrecen un color rojo, como de ladrillo molido ó de herrumbre; ó bien son amarillos como el *azajran*, la *corteza de limon*, de *naranja*, el *azúcar de cebada* ó la *conserva de albaricoques*; alguna que otra vez, pero rara, son verdosos, desde el verde claro hasta el mas subido; y menos frecuente todavía es encontrar liquida, serosa, de un rojo oscuro, cubierta de espuma blanquecina y parecida al zumo de *regaliz* ó de *ciruelas*, la materia espectorada. Hay, en fin, esputos, serosos tambien, pero de un color amarillento, pegajosos, aireados por lo comun, que tienen alguna viscosidad y se parecen á una disolucion concentrada de goma arábica. Los colores que dejo indicados son producidos por la sangre, y su diversidad resulta de la diferente proporcion de este líquido y de su combinacion mas ó menos íntima con el moco. Aunque he manifestado que en los mas de los enfermos se presentan los esputos característicos en los dos primeros dias de la enfermedad, en la novena parte de casos, sin embargo, la espectoracion presenta algunas anomalías: asi es, que en toda la duracion de la dolencia los esputos pueden permanecer blancos, como en un simple catarro, ó faltar completamente, como principalmente se ve en la pulmonía del vértice. Ademas, en igualdad de circunstancias tienen menos color los esputos, y son menos viscosos y homogéneos en los ancianos que en los adultos. Casi inútil es decir que falta la espectoracion en los niños muy tiernos: no obstante, Valleix y Vernois en Paris, y Kiwisch en Praga, han visto muchas veces

en los recién nacidos que padecieron hepatización pulmonar, salir por la boca una espuma blanca, ligeramente sanguinolenta, espesa y viscosa.

Casi en la totalidad de casos no se descubre por la inspección ningún cambio en la conformación del tórax de los pneumónicos: con todo, creo haber demostrado (p. 226 de mi obra), que algunas veces puede la hepatización producir por sí sola é independientemente de ningún derrame pleurético, una dilatación en el punto correspondiente á la alteración. Pero entre los signos que suministra la exploración del tórax, los únicos importantes son los que resultan de la percusión y auscultación. Desde el primer grado de la pulmonía, y en cuanto es menos permeable el pulmón, toma el tórax á esta altura mas oscuridad en su sonido, y pierde elasticidad. La oscuridad va aumentando poco á poco, hasta que llega á ser completamente macizo el sonido y nula la elasticidad, cuando la flegmasia se eleva al segundo ó al tercer grado. Si bien produce los mismos resultados la percusión en adultos, ancianos y niños, en estos, sin embargo, y en algunos viejos muy estremados, está tan sonoro el pecho en el estado normal, que muchas veces aun queda cierta resonancia al nivel de una hepatización completa y de bastante estension; ni tampoco ha de aguardarse encontrar en esta edad una falta de elasticidad y un sonido macizo *absolutos*, sino solamente *relativos*. Esta diferencia se encontrará percutiendo comparativamente el punto correspondiente del lado opuesto. Mas, para que la percusión suministre signos positivos, es menester que sea superficial y algo estensa la alteración pulmonar; así, pues, solo da resultados negativos en las pulmonías centrales y en la forma lobular. Si bien se puede, mediante la percusión, circunscribir la alteración y seguir sus progresos ulteriores, esto, sin embargo, se consigue principalmente por los resultados obtenidos de la auscultación, que difieren segun el grado de la pulmonía.

Nó obstante que desde Laënnec han admitido los médicos que el estertor crepitante es el primer fenómeno estetoscópico que se advierte en la pneumonia, algunos casos en que he podido auscultar á los enfermos en las primeras horas de la afección, me inducen á creer que en los mas, sino en todos, es precedida la misma crepitación de debilidad en el murmullo respiratorio; y en concepto de Stokes, alguna que otra vez, de respiración pueril. Con todo, pasadas seis, doce ó veinte y cuatro horas, todas estas modificaciones del ruido vesicular son substituidas por el *estertor crepitante*, que se produce por burbujas muy pequeñas, iguales, secas, mas ó menos numerosas, peculiares del acto de la inspiración, y que causan un ruido análogo al de la sal marina que se arroja sobre ascuas, ó al que se obtiene frotando en la concha de la oreja un mechón de cabellos: es probable que este estertor se efectúe en las vesículas. La crepitación pneumónica, sin embargo, puede presentarse con otros caracteres; así, algunas veces son menos numerosas las burbujas, desiguales entre sí, y principalmente mas voluminosas y húmedas, aproximándose entonces mucho al estertor subcrepitante, que precedentemente hemos notado en ciertas bronquitis, con especialidad en las capilares; forma de crepitación que no es rara en los ancianos, y que comunmente se observa en las pulmonías de los niños. Por otra parte, cualquiera que sea el carácter de las burbujas, se las puede oír en toda la inspiración, ó solamente durante una parte de ella, que por lo regular es la última mitad. Muchas veces falta la crepitación en las inspiraciones ordinarias, percibiéndose exclusivamente



en las fuertes, ó mejor aun durante las sacudidas de tos. Casi nunca falta el ruido crepitante en la pulmonía, cuyo primer grado caracteriza. Cuando la flegmasia pasa del infarto á la hepatizacion, la auscultacion revela la existencia de esta nueva alteracion, haciendo oír al nivel de las partes enfermas, en vez de murmullo respiratorio, un ruido bronco, sordo, metálico, parecido al que se produce soplando en un tubo de madera ó de metal: este fenómeno ha recibido el nombre de *soplo tubular* ó de *respiracion bronquial*, y se efectúa en las principales divisiones bronquiales, siendo producido por la repercusion del aire, que no penetra ya en las últimas ramificaciones, ó en las vesículas, ó bien lo verifica difícilmente.

Este soplo, que, como he probado, de acuerdo con Jackson, casi siempre principia á ser percibido durante la espiracion, solo existe cuando es mas completa la hepatizacion, llegando entonces á ser predominante, y aun muchas veces esclusivo de la inspiracion. A medida que va siendo mas perfecta la impermeabilidad del pulmon, es tambien mas rara la crepitacion, que despues cesa del todo, al mismo tiempo que el soplo tubular adquiere un timbre cada vez mas bronco. En vez de ser directa y rápida la transicion de crepitacion al soplo, se efectúa algunas veces mas lentamente, y con un fenómeno intermedio que nosotros denominamos *ruido de tafetan*, porque efectivamente se oye en la inspiracion, y sobre todo, durante la tos, un ruido duro y seco, parecido al que se hace partiendo un pedazo de tafetan, ó frotando una tela de seda. Este ruido, que principalmente se observa en la axila, en el borde anterior del pulmon, y en la parte interna de la fosa escapular, caracteriza á mi modo de ver una hepatizacion limitada todavía á la superficie del pulmon. Si la alteracion llega á ser mas profunda, adquiere mas intensidad el ruido de tafetan, se hace mas bronco, y es al fin sustituido por el soplo bronquial.

Tambien suministra algunos fenómenos importantes la auscultacion de la voz; así, cuando no hallándose todavía mas que ingurgitado el pulmon, se aplica el oído al nivel de las partes enfermas, se advierte casi en la mitad de los casos, que el eco natural de la voz está aumentado pero sin ningun carácter particular. Cuando el pulmon está hepatizado, resuena fácilmente la voz; pero esta resonancia es *difusa, inarticulada*, de timbre sordo, sonoro ó metálico: dicese entonces que hay *broncofonia*. Si se aplica la mano al nivel de los puntos enfermos, se observa mientras habla el paciente, un estremecimiento que sin embargo no existe en todos los casos y que tiene poca importancia en comparacion de los fenómenos que se acaban de describir: M. Monneret se ha ocupado mucho de este estremecimiento en la *Revue médico-chirurgicale* de 1848.

Los síntomas estetoscópicos percibidos en toda la estension de la pulmonía, cesan luego repentinamente en sus límites, ó se oye sin ninguna transicion el murmullo natural de la respiracion. No obstante, en vez de suceder siempre así, he probado, por el contrario, que en la cuarta parte de casos donde cesan los signos estetoscópicos característicos de la pneumonia, se nota en un radio mas ó menos estenso, limitado por lo general á seis ó siete pulgadas, una debilidad del murmullo respiratorio, y mas rara vez una respiracion pueril, que no siempre puede esplicarse por un estado de congestion de los tejidos.

En el curso de la pulmonía presentan diversos fenómenos morbosos los principales órganos de la vida animal y orgánica, participando simpáticamente de

alteracion tan profunda, como lo es ya la de los órganos respiratorios. Por lo tanto, el pulso se acelera desde el principio, y ofrece en los mas de los casos dilatacion y resistencia; generalmente su frecuencia está en proporcion con la estension y la gravedad del mal, y en igualdad de circunstancias, es mayor en los niños, siendo en efecto, comun contar en ellos ciento veinte pulsaciones, ciento cuarenta y aun ciento ochenta. El pulso de los ancianos es notable, porque muchas veces presenta mas irregularidades que en ningun otro período de la vida. Explorado el corazon por la percusion, no manifiesta aumento en su volúmen, á no ser en los últimos instantes de la vida, cuando organizándose los coágulos principian á distender sus cavidades. La sangre procedente de las sangrías presenta un coágulo denso y costroso; porque resulta de las investigaciones modernas, que la pulmonía y el reumatismo son las enfermedades que mas aumentan la cantidad de fibrina. La calentura es en la pulmonía un síntoma casi constante, cuya intensidad es por lo general proporcionada á la gravedad de la afeccion, y que en igualdad de circunstancias es mayor en el niño que en el adulto, y mucho mas que en los ancianos; y aunque es esencialmente continua, en los mas de los casos, sin embargo, se exaspera por la tarde ó á la noche. En los órganos digestivos se observan los mas de los desórdenes que generalmente acompañan á todas las pirexias; asi es que hay capa blanquecina en la lengua, sed viva, anorexia completa, vómitos en la quinta parte de enfermos, y diarrea algo menos frecuente; síntoma casi constante en los niños; en los ancianos la lengua tiene mucha tendencia á secarse y cubrirse de fuliginosidades, como tambien los dientes. Entre los cambios que presenta la secrecion urinaria, se cuenta su disminucion en la mitad de los casos, su aumento de acidez en una tercera parte, y en fin, la formacion espontánea, ó cuando se trata el líquido por el ácido nítrico, de diversos depósitos de urato de amoniaco. Este fenómeno es casi esclusivo de la época de la declinacion, y casi nunca se observa cuando la enfermedad debe terminar funestamente.

Una cefalalgia frontal viva, es uno de los síntomas simpáticos mas constantes en la pulmonía, pues se presenta casi en las cinco sextas partes de casos; desde el principio adquiere su máximum de intensidad del primero al cuarto dia, y disminuyendo luego de una manera espontánea, cede completamente en casi todos los enfermos desde el sétimo dia. Las fuerzas siempre están mas ó menos disminuidas á pesar de ser la pulmonía una de las enfermedades febriles algo graves que menos las postran: esto ha de entenderse sin contar con los casos de ancianos, en que agotadas por lo general bastante pronto, caen rápidamente en un estado adinámico.

El rostro de los que padecen pulmonía, varía mucho de aspecto; por lo general está inyectado en el período de reaccion, y sin embargo, no puede establecerse ninguna relacion cierta entre el pulmon afectado y el sitio que dicho encendimiento ocupa en la cara. Si bien es muy variable el decúbito como sea vivo el dolor, prefieren los enfermos el supino ó el del lado afecto.

En conclusion, se ve que la pneumonia despierta en todo el organismo desórdenes simpáticos, que especialmente se observan en los niños y los adultos. En los ancianos, por el contrario, hay menor número de reacciones, porque á esta edad cada órgano parece vivir y padecer aisladamente, siendo muy reducida su esfera de actividad; esto explica el por qué suelen verse ancianos que,



aun cuando padecen de una hepatizacion gris de la mayor parte de un pulmon, apenas se quejan de un ligero malestar, y siguen andando y comiendo, y luego mueren de repente. Hechos de este género, muchos de los cuales cito en mi obra, prueban que en los ancianos es necesario tener en cuenta todos los desórdenes que sobrevengan en la salud, aun cuando sean muy leves, porque nunca debe olvidarse que en una edad avanzada pueden coincidir las lesiones mas graves con algunos síntomas, en la apariencia insignificantes, y escasos en número.

*Curso.*—En vez de quedar limitada la inflamacion pulmonar á los puntos primitivamente invadidos, casi siempre tiende durante algunos dias á estenderse en superficie, pero progresivamente, y sin que de antemano se pueda determinar cuáles serán los puntos que efectará últimamente; sin embargo, en la octava parte de casos nos indican la direccion del trabajo inflamatorio, la debilidad del ruido respiratorio y una disminucion de la elasticidad á la percusion, fenómenos que se manifiestan aun algunas líneas mas allá de los puntos en que cesan los síntomas estetoscópicos enteramente característicos. Las mas de las pulmonías principian invadiendo la superficie de los pulmones: otras, por el contrario, ocupan primitivamente las capas profundas del órgano, de modo que en los primeros dias no las revela ningun signo estetoscópico, por estar disfrazados por los ruidos normales que produce la parte sana, mas superficialmente colocada. Puede tambien suceder, asi como lo hemos visto muchas veces, que falten completamente en toda la duracion de la enfermedad los fenómenos estetoscópicos y de percusion; pero esta circunstancia es rarísima, y casi siempre se advierte que habiendo ganado la alteracion hasta las capas mas superficiales del pulmon despues de algunos dias de existencia, llegue á oirse la crepitacion y el soplo, limitados primero á un espacio pequeño, y poco despues en una superficie mas estensa. No solo gana la flegmasia progresivamente el mismo pulmon, sino que puede tambien invadir el opuesto; dicese entonces que la pulmonía es doble. En otra ocasion he demostrado (*pág. 304 de mi Tratado*), que en esta variedad quizá serian afectados los pulmones, sucesiva y nunca simultáneamente. La pneumonia que, simple primero, llega á ser doble, lo efectúa del undécimo al décimotercero dia; y es muy notable que entonces principie casi siempre esta segunda pneumonia de una manera oscura, latente, esto es, sin escalofríos, sin dolor ni modificacion en los esputos ni en la tos; aunque algunas veces causa aumento de calentura (en la sesta parte de casos), y con mas frecuencia (en la mitad), hace mas fuerte la opresion. No obstante, como en los mas de los casos pueden esplicarse tales accidentes por los progresos de la flegmasia en el pulmon primitivamente invadido, resulta que solo la auscultacion y la percusion pueden dar á conocer el momento en que el pulmon sano principia tambien á padecer.

La auscultacion es ademas el medio por el que podemos convencernos de cuán raro es que la pulmonía no pase del primer grado. Efectivamente, en casi todos los casos (veintinueve entre treinta), sobreviene una hepatizacion mas ó menos completa; transicion del primero al segundo grado, que comunmente se verifica con tanta rapidez, que para ello bastan pocas horas. Desde el tercer dia existe el soplo tubular en la tercera parte de los enfermos, y al sexto solo falta en la duodécima parte. Esta marcha tiene igual velocidad en todas las edades, y aun quizá es mas rápida en ambos extremos de la vida.

Si estudiamos las modificaciones que sufren los síntomas enumerados anteriormente, veremos que los mas de ellos continúan agravándose á medida que gana superficie y profundidad la alteracion de los pulmones: estos síntomas son principalmente la disnea, la aceleracion de los movimientos respiratorios y del pulso, los fenómenos estetoscópicos, la calentura y la postracion de fuerzas; pero no sucede lo mismo respecto del dolor de costado, de la cefalalgia, y muchas veces respecto de la misma expectoracion. En efecto, despues de algunos dias cesa, ó al menos disminuye el dolor de cabeza y el de pecho, asi como las mas veces la expectoracion, que aun cuando conserva su viscosidad pierde su transparencia, y en especial su colorido rojo, tornándose en ocasiones enteramente catarral. Todos los síntomas precedentes disminuyen poco á poco si ha de terminaf felizmente la enfermedad; pero en el caso contrario, se agravan en su mayor parte; se vuelve mas penosa y frecuente la respiracion, difícil ó nula la expectoracion, y acumulándose comunmente los esputos en los bronquios, donde sin cesar están agitados por el aire, producen un estertor muy ruidoso. Entonces se acelera cada vez mas el pulso, que se debilita y torna irregular; pónese árida la piel, y se cubre de sudores viscosos; altérase la cara, ya azulada y plomiza; se postran las fuerzas, llegando en fin la muerte despues de una agonía mas ó menos larga, y las mas de las veces hallándose íntegras las facultades intelectuales.

*Terminaciones.*—La pulmonía puede terminar por resolucion, ó ser seguida de supuracion y gangrena, ó pasar al estado crónico.

Si bien cuando termina por resolucion principia á notarse el alivio en mas de la tercera parte de casos, por la disminucion del aparato febril, en la mitad de los enfermos, sin embargo, la mejoría del estado general sobreviene simultáneamente con cambios favorables en los fenómenos de auscultacion. Asi, pues, cuando se resuelve la pulmonía antes de haber pasado del período de infarto, la crepitacion disminuye en su cantidad; son mas grandes y húmedas las burbujas, no tarda en desaparecer, siendo sustituida por un murmullo vesicular, mas débil que en el estado normal. Si la resolucion se efectúa en una parte completamente hepatizada, principia á ser menos bronca y árida la respiracion bronquial, que disminuye de fuerza y aun muchas veces cesa durante la inspiracion, mientras sigue percibiéndose durante la espiracion. Al mismo tiempo reaparece la crepitacion, que muchas veces habia ya cesado; pero por lo comun las burbujas son menos numerosas, y principalmente mas húmedas y grandes. Laënnec ha llamado á este ronquido *crepitacion de retorno*, ó *ronquido crepitans redux*; fenómeno que tiene por constante. Este estertor disminuye, y cesa despues de una duracion que varía entre algunas horas y muchos meses, siendo sustituido al fin por el murmullo natural, que á veces no recobra su fuerza y pastosidad hasta que pasan algunas semanas ó muchos meses. El trabajo de resolucion siempre es bastante lento, y nunca viene seguido de contraccion de las paredes torácicas, á no ser en el caso de estar complicada la pneumonía con un derrame pleurítico. (Véase *Pleuresía*). Aunque nada prueba que haya terminado alguna vez por delitescencia la pulmonía, puede suceder sin embargo, que bajo el influjo de una enfermedad intercurrente que produzca una revulsion viva, como el cólera ó la erupcion de las viruelas, se interrumpa repentinamente el curso del padecimiento pulmonar: dos casos de este género han referi-



do los profesores Andral y Graves de Dublin, á pesar de lo rarísimos que son. La auscultacion ha probado, que cuando la pneumonia ocupa cierta estension, en vez de efectuarse la resolucion simultáneamente en todos los puntos, principia, en las dos terceras partes de casos, por los que fueron invadidos últimamente. La resolucion sigue una marcha inversa en la quinta parte de enfermos, efectuándose en los demás casos simultáneamente por toda la superficie enferma. El trabajo de resolucion frecuentemente va acompañado de fenómenos críticos; así he observado que durante la convalecencia, se anunciaba en la mitad de casos por lo turbio de la orina, ya espontánea, ya resultado de tratar este líquido por el ácido nítrico; tambien constituyen fenómenos críticos bastante comunes, ya los sudores copiosos, y una erupcion herpética alrededor de los labios; y en casos muy raros, en fin, parece caracterizarse la enfermedad por evacuaciones albinas ó por hemorragias. Pero cualquiera que sea el fenómeno crítico, me he convencido que la enfermedad no tiene ninguna tendencia á terminar en ciertos dias, y que por consiguiente es absolutamente infundada respecto de la pulmonía la doctrina de los médicos hipocráticos, acerca de los dias llamados *críticos*.

Muchas veces termina por supuracion, infiltrándose ó reuniéndose en foco el pus, como llevamos dicho. En el primer caso no existe ningun signo capaz de dar á conocer positivamente la transicion de la pneumonia del segundo al tercer grado; pero es de *sospechar* una hepatizacion gris, cuando despues de haberse manifestado durante muchos dias un soplo bronquial limpio, sin mezcla de crepitation, se distinguen en estos mismos puntos crugidos húmedos fuertes, ó un ronquido mucoso diseminado, y se presentan esputos raros, opacos, sucios, ó la expectoracion que hemos comparado al zumo de regaliz ó de ciruelas, con tal que estos fenómenos coincidan con la agravacion de los síntomas generales. En efecto, cuando se establece el tercer grado de la pulmonía, se altera y toma un color amarillento el rostro; decaen las fuerzas; se deprime el pulso; sécase la lengua; viene un estado de coma ó de subdelirio; se entorpece la respiracion y llega la muerte. En vista de los hechos observados por mí, me parece que la hepatizacion gris sobreviene con mucha mas rapidez en la pulmonía del vértice que en la de la base, siendo mas pronta en los ancianos y los sugetos debilitados. Todo induce á creer que la muerte es el resultado ordinario, sino constante, de la infiltracion purulenta del pulmon.

En algunos casos, raros por cierto, se reúne el pus en uno ó en muchos focos. Esta lesion, mas comun en el lóbulo superior, se manifiesta tambien muy á menudo en la pneumonia de los ancianos y de los sugetos débiles, y en algunas de las mismas inflamaciones, cuando son traumáticas. En los mas de los casos no llegan á diagnosticarse los abscesos pulmonares, porque viene la muerte antes que el pus se abra paso á los bronquios. Pero cuando se establece comunicacion entre estos tubos y el absceso, lo que comunmente sucede del dia décimoquinto al vigésimoprimeros, los enfermos arrojan por la boca un pus, ora flegmonoso, ora de un color gris sucio, amarillento, sanioso, inodoro, ó fétido y gangrenoso, lo que indica ciertamente que están mortificadas las paredes del foco. Lo general es que el pus se espela en las sacudidas de tos; pero si llega súbitamente á los bronquios y en mucha cantidad, sale á caños y por verdaderos esfuerzos de vómito. En estos casos la auscultacion del pecho demuestra la

existencia de todos los signos característicos de una escavacion pulmonar que comunica con los bronquios; esto es, revela el gorgoteo, la respiracion cavernosa y la pectoriloquia, fenómenos que estudiaremos minuciosamente al tratar de los tubérculos pulmonares. Si el absceso es superficial, podrá abrirse en el pericardio y en la pleura, en cuyo último caso resultaria una pleuresía sobreaguda, y un hidro-pneumo-tórax. Aunque tambien se ha dicho que era factible que los abscesos de los pulmones se abriesen en el exterior al través de las paredes torácicas, sin embargo, ninguno de los hechos referidos demuestra esta posibilidad. En casi todos los casos coinciden los signos estetoscópicos con síntomas generales graves, y los mas de los enfermos sucumben á los progresos de la pneumonia, ó con los accidentes propios de la calentura héctica, resultado tambien de la supuracion abundante que se verifica en el pulmon. Algunos hechos autorizan á creer la posibilidad de que terminen favorablemente los abscesos pulmonares.

La gangrena, modo de terminacion sumamente raro en la pulmonía, cualesquiera que sean por otra parte las condiciones en que sobrevenga, parece que constantemente es independiente de la intensidad de la flegmasia, y probablemente se declara á consecuencia de alguna condicion accidental, pero imposible de determinar. De todos modos, el desarrollo de la gangrena viene anunciado por una espectoracion negruzca, morena, gris ó verdosa, que, asi como el hálito de los enfermos, exhala un olor fuerte, penetrante y enteramente característico. Se ven, por último, declararse síntomas atáxicos y adinámicos.

La transicion de la pneumonia al estado crónico es el modo de terminacion mas raro; yo á lo menos solo le he observado una vez. En este caso el enflequecimiento sigue haciendo progresos continuos; persiste la tos; la percusion da un sonido completamente macizo, y por la auscultacion se oyen el soplo y la broncofonia que acompañan la hepatizacion roja y la gris. En algunos casos observados por MM. Monneret, Macquet, Hardy y Béhier, el soplo era tan considerable que casi parecia cavernoso, lo que dependia tal vez del aumento de volumen de uno de los bronquios y de hallarse bastante superficial. No suele oirse otro estertor que el mucoso, y debe irse con mucho cuidado, pues cuando hay abundancia de mucosidades bronquiales es tal el zurrido, que pudiera hacernos pensar que existia alguna grande caverna tuberculosa, confundiendo lastimosamente la naturaleza del mal. Parece sin embargo que en algunos casos la auscultacion no revela la existencia de ningun ruido normal ni morboso, de manera que solo se observan los signos físicos inherentes á ciertos derrames crónicos en las pleuras; esto es, el sonido macizo y la falta de toda especie de ruido durante la inspiracion y la espiracion. Dos hechos de este género observamos M. Requin y yo. La induracion crónica puede resolverse; pero este trabajo se opera con gran lentitud, y en los mas de los casos acarrea la muerte en medio de los síntomas de una calentura héctica.

*Complicaciones.*—Es frecuente que la pulmonía se complique con diversas enfermedades del pecho, del vientre ó de los centros nerviosos. Por lo que respecta al pecho, las principales son la bronquitis y la pleuresía: en la primera hay estertores sibilantes y de ronquido, y una espectoracion mucosa mezclada á esputos herrumbrosos; de la complicacion pleurítica hablaremos mas adelante (véase *Pleuresía*). Las complicaciones cardíacas no son muy raras, y son por



lo comun la pericarditis, algunas veces la endocarditis, y mucho mas frecuentemente, como lo ha demostrado Bouillaud, la formacion de coágulos fibrinosos en las cavidades, los cuales oscurecen, encubren y enronquecen los ruidos naturales del corazon y suelen tambien producir otros morbosos. Cítanse, en fin, algunos casos de haberse complicado la pulmonía con una inflamacion de la aorta, ó solamente con la formacion de coágulos fibrinosos en su cavidad. Aun no está probado que las complicaciones cardíacas sean mas frecuentes en la flegmasia del pulmon izquierdo, ni que resulten de la irradiación ó la propagacion de este padecimiento á las cubiertas del corazon ó á esta misma viscera y á los grandes vasos que proceden de él.

Si se exceptúan la fiebre amarilla y las afecciones de los conductos biliares, no hay enfermedad aguda que tantas veces se acompañe de ictericia como la pneumonia. Esta complicacion, que efectivamente se advierte casi en la décima tercera parte de casos, es mucho mas comun en las pneumonias del lado derecho, y no es tan cierto que la flegmasia del lóbulo inferior predisponga á ella mucho mas que la del superior, pues esta cuestion se halla aun por resolver. Todavía no hay ninguna esplicacion racional respecto del modo con que obra la pulmonía para producir la ictericia; y mucho mas cuando las investigaciones cadavéricas prueban que este fenómeno no está ligado á ninguna alteracion material del tejido del higado.

Complicacion igualmente comun en la pulmonía es el delirio, que se observa en una proporcion que varía entre la octava y la undécima parte de casos. Es mas frecuente en el hombre que en la mujer y en los sujetos de mas de cuarenta años; así como tambien es tan comun en la neumonia de los ancianos, como raro en la de los niños. Parece que el delirio no es mas comun en la inflamacion del lóbulo superior que en la que ocupa las demás partes del órgano, mientras que el desórden de las facultades intelectuales se encuentra en la cuarta parte de adultos invadidos de pneumonia doble. Este accidente reconoce diferentes causas: unas veces es efecto de la flegmasia de las meninges, otras veces sobreviene desde el principio de la enfermedad ó en su período de incremento, cuyas variaciones sigue, y parece entonces resultar de la violencia de la afeccion. Hay otra variedad, que es la que aparece en la forma llamada tifoidea ó atáxica de la enfermedad, y que acaso depende menos de la flegmasia pulmonar que de un estado general grave. En fin, una de las formas mas frecuentes del delirio, es la que se observa en los borrachos ó los individuos que todos los dias toman mucha cantidad de bebidas alcohólicas, y suprimen de repente esta costumbre. Las mas veces se presenta el delirio en estos últimos con los caracteres propios del *delirium tremens*. (V. este).

*Formas de la pulmonía.*—Si la pulmonía se complica con el conjunto de síntomas denominado *estado bilioso ó gástrico*, se dice que es *biliosa*. Esta forma, frecuente á mediados del siglo pasado, época en que tantas veces reinó epidémicamente, es rara en el día y no se la observa sino esporádicamente. La forma llamada *tifoidea, atáxica ó maligna*, mas comun en este clima, viene caracterizada por el grupo de síntomas graves que se observa en las fiebres tifoideas. Vemos, como en estas, por síntomas predominantes, unas veces postracion estremada de fuerzas, estado fuliginoso de la lengua y los dientes (*pulmonía adinámica*); otras veces se revela por síntomas atáxicos, tales como

delirio, convulsiones, saltos de tendones y contracciones (*pulmonía atáxica*). La primera es mas común en los ancianos; la segunda por el contrario afecta con preferencia á los jóvenes y los borrachos. La gravedad de los síntomas tifoideos no está en relacion fija con la estension de la flegmasia.

Aun hay que admitir una pulmonía *intermitente*, forma en la que, subordinados los síntomas propios de la flegmasia al estado febril, siguen la misma marcha que este: es decir, que nacen, crecen y cesan, ó al menos disminuyen al mismo tiempo que lo efectúa dicho estado. Entonces constituye la pneumonia una forma especial de fiebre intermitente perniciosa, que toma el tipo cotidiano ó tercianario. Cierto es que en la apirexia consecutiva á los primeros accesos, pueden cesar completamente, para reaparecer en el próximo los síntomas locales, tales como el dolor de costado, los esputos herrumbrosos y aun la misma crepitacion; pero á medida que repiten los paroximos acaba la pneumonia por llegar al segundo grado, siendo entonces permanente la alteracion, y continúan los síntomas que la acompañan, aunque presentan una exacerbacion regular. En tal caso la pulmonía se ha hecho *remitente*.

Hay una forma de pneumonia casi peculiar de la infancia, denominada por nosotros *lobular*, *mamelonada*, que está anatómicamente caracterizada por mayor ó menor número de núcleos de hepatizacion, deseminada en ambos pulmones, y siempre es consecutiva á una flegmasia de los bronquios, principalmente á la bronquitis capilar. Despues de haber durado el período catarral muchos días ó semanas, se agravan los síntomas; aumentan la fiebre y la opresion; se tornan mas ruidosos, mas movibles y mas numerosos los estertores sibilantes y subcrepitantes; en todos los puntos es sonora la percusion; los esputos se presentan viscosos y blanquecinos, y en fin, llega la muerte en medio de una agonía penosa, ó como es mas frecuente, con los síntomas de una asfixia lenta. En la inmensa mayoría de casos, ha sido tan predominante el elemento catarral, que ha llegado á ocultar completamente los signos físicos que dependen de la alteracion pulmonar: sin embargo, cuando son menos estrepitosos ó cesan momentáneamente los estertores secos, sucede con frecuencia que, como esten situados superficialmente los núcleos endurecidos, se distingue un estertor crepitante ó subcrepitante *inmóvil*, que al fin coexiste con una respiracion bronca, con un poco de soplo durante la inspiracion ó al menos en la espiracion. No obstante, es casi del todo imposible diagnosticar la pneumonia lobular, y solo podrá sospecharse que existe cuando en el curso de una bronquitis se vean aumentar de repente la fiebre, la ansiedad y la opresion; adquirir mas viscosidad los esputos y alterarse las facciones. Inútil es decir que si se reúnen muchos núcleos, podrán manifestarse los signos físicos propios de las hepatizaciones ordinarias, ó sean el soplo y el sonido macizo.

La pulmonía lobular es la única forma de la inflamacion de los pulmones que merece el nombre de *latente*; espresion con la que designaban los antiguos todas las pneumonias que no se revelaban ni por el dolor de costado, ni por los esputos. Pero en el día, para que sea latente una pulmonía, es menester ademas que la auscultacion y la percusion no suministren sino resultados negativos; y los casos de este género son sumamente raros.

La pulmonía es, como veremos en la etiología, una de las complicaciones mas frecuentes de las demás enfermedades: entonces se dice que es *secunda-*



*ria, consecutiva ó sintomática*, y se concibe que debe sufrir en sus síntomas y en su marcha modificaciones que es muy importante conocer, y que aun no enumeramos, por ser asunto muy largo, y respecto del cual remitimos al lector á nuestro *Tratado*, donde ha sido espresamente estudiado un punto práctico de tanto interés, en las páginas 194, 284, 352, 395, 444.

*Convalecencia, fenómenos consecutivos y recaída*.—De cuantas enfermedades hay que comprometen la vida, la pulmonía es una de aquellas cuya convalecencia marcha mas rápida y francamente, sucediendo por lo general que los únicos fenómenos que persisten algun tiempo despues de recobrase las fuerzas, son la tos, una disminucion de la expansion pulmonar y aun algunas veces una fuerte crepitacion. No es raro tampoco que todavía se quejen los enfermos del dolor de costado, que les incomoda durante las inspiraciones fuertes, y que se refiere á la inflamacion de la pleura, del mismo modo que el ruido de frote frecuentemente percibido en el punto mismo donde aquel reside. Las recaídas son sumamente raras, y me ha parecido que en lo general presentan menos gravedad que la enfermedad primera. La convalecencia, en fin, puede ser incompleta, como sucede en el caso de pasar la pulmonía al estado crónico, ó bien cuando algunas veces ocasiona el desarrollo de tubérculos ó el reblandecimiento de los ya preexistentes; pero téngase entendido que ambas circunstancias, y en especial la primera, son rarísimas. La pulmonía es tambien causa determinante de enfermedades del corazon y de la aorta (Véase la página 462 de mi *Tratado*).

*Diagnóstico*.—La pulmonía tiene signos *patognomónicos*, que son los esputos *herrumbrosos* y la *crepitacion*. Los esputos, de color *herrumbroso*, *amarillo de albaricoque*, ó *azafran*, *azúcar de cebada*, *verdoso* y probablemente tambien los de color *zumo de ciruelas* ó de *regaliz*, son característicos de una inflamacion pulmonar. Hay ademas esputos *latericios*, y otros que tienen el aspecto de una disolucion espesa de goma arábica: hemos encontrado los primeros en la aplopegia pulmonar, y los segundos en ciertas bronquitis agudas. Sin embargo, como son mucho mas comunes en la pneumonia, siempre que existen se deberá *sospechar* ó tener por *probable* la existencia de esta afeccion. La crepitacion menuda, seca, igual y numerosa, tiene para mí el mismo valor que los esputos herrumbrosos, pues en ninguna otra afeccion se encuentra sino en la pulmonía. No asi la crepitacion húmeda y fuerte, ni el estertor sub-crepitante, que existiendo á la vez en la pulmonía y en ciertas bronquitis, no tiene un valor *absoluto* sino *relativo*. Pero si depende de una bronquitis el estertor sub-crepitante, es lo comun que se encuentre diseminado en una superficie estensa; es móvil y siempre se presenta simultáneamente en ambos pulmones, sin que haya ninguna relacion constante entre los síntomas generales y el espacio que ocupa este fenómeno: cuando por el contrario depende de una pulmonía, es lo regular que esté circunscrito á un solo lado del pecho, y generalmente coincide con fiebre intensa, dolor de costado y esputos herrumbrosos. Finalmente, como han sido invadidos *sucesivamente* los pulmones en la pneumonia doble, si solo se encuentra estertor sub-crepitante en el lado que últimamente fue afectado, puesto que la enfermedad es mas antigua y está en un grado mas avanzado en el costado opuesto, se revelará aquí por el soplo tubular: fenómeno que nada tiene de característico en la pulmonía, porque idéntico lo observamos en ciertas

dilataciones bronquiales y aun tambien le veremos en la pleuresía. Entre los demás síntomas locales, como el dolor de costado, la tos y la disnea, no hay ninguno característico, pues que todos pueden pertenecer á diversas enfermedades; pero son signos indicantes que pondrán en espectación al médico y le inducirán á explorar con cuidado los órganos torácicos. Por último, tambien serán, principalmente en los ancianos, elementos importantísimos para el diagnóstico, los síntomas generales y simpáticos: así es que si en esta edad aparece un estado febril continuo que se anuncia por un escalofrío violento, que dura mas que la fiebre efemera y no se explica por alguna flegmasia apreciable al exterior, ni en las cavidades esplánicas, deberá tenerse por sumamente probable la existencia de una pulmonía. Se fundará este juicio en lo frecuente que es semejante afección en los ancianos, y en el hecho de que es entre todas las enfermedades agudas que padecen, la que mas veces toma el carácter latente y produce la reaccion mas viva, escitando ademas el mayor número de simpatías, sin casi determinar desórdenes funcionales en el órgano enfermo. Concíbese que los síntomas precedentes tienen mucho menos valor en los jóvenes, porque están sujetos á enfermedades agudas, que como las fiebres tifoideas y eruptivas no van acompañadas por lo regular en su principio de ningun síntoma local. Lo que dejo dicho de los ancianos se aplica exactamente á todos los individuos que padezcan una enfermedad aguda ó crónica. Como la pulmonía es una complicación frecuente de todos los estados morbosos graves, conviene que, solicitado el médico, vigile constantemente el estado de los órganos torácicos, é importa percutir y auscultar repetidas veces á los enfermos, aun cuando la falta de espectoración, de tos y de disnea escluya toda idea de inflamación pulmonar.

No solamente podemos diagnosticar por la auscultación una pneumonia, sino que ademas nos permite, auxiliada por la percusión, precisar el asiento y la superficie que ocupa la enfermedad. Estos métodos de exploración no pueden, sin embargo, enseñarnos á determinar la profundidad á que llega la alteración; circunstancia respecto de la cual únicamente podemos formar presunciones, fundadas principalmente en la gravedad ó la benignidad de los síntomas generales. La auscultación y la percusión nos parecen casi ineficaces para diagnosticar las pulmonías centrales, dado caso que no se revelen por la naturaleza de la espectoración. Aunque Laënnec ha insistido en que un oído ejercitado puede en tales casos oír la crepitación y la respiración tubular profundas, creo, sin embargo, que este práctico ha exagerado en esto los recursos, tan estensos al presente, de la auscultación. En efecto, muchas observaciones he referido (pág. 494 de mi *Tratado*) que demuestran que una lámina pulmonar permeable, que solo tenia de tres á seis líneas de grosor, ha bastado para debilitar, encubrir ó disfrazar los ruidos patológicos que debia producir una hepatización roja y gris, situada mas profundamente.

Tanto para el pronóstico como para el tratamiento, importa mucho saber diagnosticar el grado de la pulmonía. La respiración bronquial y la broncofonía son los únicos signos ciertos para distinguir el segundo y tercer grado del primero, que está caracterizado por el estertor crepitante: la reunion de ambos ruidos morbosos indicará la coexistencia de los dos primeros grados; pero es absolutamente imposible, como hemos dicho, diagnosticar diferencialmente el segundo y el tercero. Con todo, podrá sospecharse una hepatización gris, cuan-



do los enfermos espelan esputos parecidos al zumo de ciruelas, cuando se oyen en el soplo bronquial crugidos húmedos fuertes, y si existe, en fin, un estado general grave y la enfermedad lleva ya mas de un septenario. Tampoco puede diagnosticarse una coleccion purulenta en los pulmones, hasta que comunique ámpliamente con los bronquios y el pulso sea evacuado por la expectoracion. Si nos atenemos esclusivamente á la marcha de la enfermedad y á los síntomas concomitantes, nunca se confundirá un absceso pulmonar con una caverna tuberculosa, con la dilatacion de los bronquios, ni con las pleuresías circunscritas. Si persistiendo una enfermedad del hígado, del bazo ó de los riñones, se muestran de impreviso síntomas graves procedentes del pecho, viniendo en pos la espulsion de una cantidad de pus, á veces enorme, con diferentes caracteres segun el órgano de que proviene, esto nos dará á conocer un absceso perforante.

Aunque en el estado actual de la ciencia no puede determinarse positivamente durante la vida si el pulmon está *hepatizado* ó *esplenizado*, sin embargo, será *probable* esta última alteracion cuando por la auscultacion no se descubra, al nivel del sonido macizo, ni respiracion bronquial, ni expansion vesicular, ni estertor crepitante, y si solo algunas burbujas de crepitation húmeda y gruesa, ó cuando hay falta completa de todo ruido natural ó morboso, de lo cual podremos cerciorarnos, cuando para esplicarlo no hallemos los bronquios obstruidos por mucosidades ó falsas membranas, que se opongan á la penetracion del aire. Si en los casos de que hablamos faltan los esputos, no puede llegarse al diagnóstico de la pulmonía sino por medio de la consideracion del estado general y simpático, puesto que ninguna afeccion aguda del pecho determina en mas alto grado que la pulmonía, una calentura intensa, la postracion de las fuerzas, la cefalalgia, el delirio, etc.

Con un poco de atencion es imposible confundir la pulmonía con ninguna otra enfermedad aguda de pecho, como la pleuresía, la tisis aguda y la apoplejía pulmonar; mas adelante, al tratar de cada una de estas enfermedades, estableceremos su diagnóstico diferencial. Por lo que respecta á la bronquitis capilar, se distingue de la inflamacion del parenquima por los ronquidos sibilante y agudo, ronco y mucoso; por la sonoridad siempre intacta, y algunas veces exagerada del tórax, por esputos blancos ú opacos, y por la ausencia del dolor de costado, pues si existe algun dolor, es casi siempre sub-esternal, y en fin, por el aparato febril, generalmente mediano en la bronquitis, y casi siempre fuerte en la pulmonía. En efecto, Roger ha demostrado que de todas las afecciones de las vías respiratorias, ninguna, á no ser la pulmonía, da lugar á tan considerable desarrollo de calor animal, puesto que en las tres cuartas partes de los casos, el termómetro, colocado en las materias depuestas, subió á 40° y aun mas, siendo en todos el término medio 39° 97. Es preciso, en fin, evitar el tomar por calenturas tifoideas las pulmonías que vienen acompañadas con síntomas adinámicos y atáxicos, pues esta equivocacion no es rara, aunque es fácil evitarla si se explora con atencion el pecho, si se considera el modo de invasion de la enfermedad, por lo regular repentino cuando es una pulmonía, y precedido de pródromos bastante largos, cuando es una calentura tifoidea; y si se toman en cuenta los síntomas abdominales, casi nulos en la pneumonia, pero muy notables y varios desde el principio de la calentura ti-

foidea, en la cual hay diarrea, meteorismo, gorgoleo en la fosa iliaca, é intumescencia en el bazo.

La pulmonía crónica presenta en ciertos casos alguna incertidumbre en el diagnóstico; la pleuresia crónica y los tubérculos blandos son las dos afecciones que tienen mas analogía con ella; y en el estado actual de la ciencia es acaso difícil dar exactos caracteres distintivos. Diremos únicamente que la pulmonía crónica puede distinguirse de la tuberculización por su ordinaria residencia en el lóbulo inferior, por los resultados de la auscultacion, que en general son diferentes, por la ausencia de hemotisis y los sudores nocturnos, y por su curso y modo de invasion. Cuando la pulmonía crónica no presenta otro fenómeno físico que un completo sonido macizo, será difícil distinguirla de la pleuresia. No obstante, si el sonido macizo está circunscrito y los síntomas generales son graves, y si en especial la nutricion está profundamente alterada, podrá creerse que la enfermedad es mas bien una pulmonía crónica que una pleuresia, pues esta, en su estado simple, no determina desórdenes graves en la nutricion, al paso que estos son constantes en la induracion crónica del pulmon.

*Pronóstico.*—La pulmonía es una enfermedad grave siempre, pero no igualmente en las diferentes edades de la vida. Casi indefectiblemente mortal en los recién nacidos y los niños de pecho, es tambien muy mortífera hasta los cinco ó seis años, no solo por la edad, sino tambien porque casi todas las pneumonías que entonces aparecen son consecutivas á un estado morbozo anterior: asi lo prueban los hechos recogidos hace algunos años por Barrier, Rilliet, Barthéz, Valleix, Vernois, Ruz, Gerhard, Becquerel y Bouchut. Despues de esta edad y hasta los quince años, es mucho menos grave la pulmonía. En los períodos siguientes es por lo general tanto mayor la mortandad, y por consiguiente tanto mas adverso el pronóstico, cuanta mas edad tengan los individuos: asi, pues, he demostrado que la mortandad, que apenas llega á la décima cuarta parte de casos desde los diez y seis á los treinta años, llega á tener la séptima parte entre treinta y cuarenta, la sexta entre cuarenta y cincuenta, la quinta entre cincuenta y sesenta, y se lleva en fin las 8/10 de aquellos que cuentan mas de setenta años. Tambien he visto que en igualdad de circunstancias ofrece la pulmonía mas gravedad en la mujer que en el hombre, y en los sugetos débiles mas que en los de constitucion fuerte. El estado de embarazo es igualmente una circunstancia de las mas desfavorables, porque todas las mujeres sucumben, unas durante la gestacion, otras despues de haber tenido un aborto ó un parto prematuro. La constitucion débil, la conformacion viciosa del tórax, el raquitismo, pulmonías anteriores, condiciones higiénicas desfavorables, el vicio de la embriaguez y un tratamiento emprendido en una época distante del principio de la enfermedad, son otras tantas circunstancias que hacen mas incierto el éxito, al paso que no tienen influjo sensible en el pronóstico, ni las estaciones, ni la naturaleza de las causas ocasionales. La pneumonia del lado derecho no ofrece mas ni menos gravedad que la del lado izquierdo; pero hechos numerosos han probado que la flegmasia del lóbulo superior termina muchas mas veces de una manera funesta que la del inferior, sin que hasta ahora pueda determinarse con bastante exactitud cuál es la razon de semejante diferencia. Entre los síntomas hay algunos que llegan á ser tambien elementos de pronóstico: asi es que la estremada aceleracion de la respiracion y del pulso,



si llega ó pasa de 120 pulsaciones en el adulto, indica siempre mucha gravedad, siendo esta excesiva cuando está desigual y entrecortada la respiracion, es pequeño, irregular é intermitente el pulso, y sobrevienen sincopes. Los esputos *zumo de ciruelas ó de regaliz* son del mas siniestro augurio, porque hemos visto que las mas veces coinciden con la hepaticacion gris. La supresion repentina de la espectoracion es tambien una circunstancia funesta, principalmente cuando, por seguir la exhalacion de los esputos, se acumulan en los bronquios. En fin, la inspeccion de la orina podrá ser útil para el pronóstico; asi, pues, creemos que si durante el periodo agudo deja depósitos, espontáneamente ó despues de haber sido tratada por el acido nítrico, es probable que la enfermedad termine felizmente, suponiendo que el precipitado albuminoso no dependa de alguna enfermedad de los riñones. Puede decirse en general que, para emitir su juicio respecto del éxito de una pulmonia, debe tener el médico ante todo en consideración el estado general del individuo: por tanto, deberá ser muy incierto el pronóstico, si á pesar de manifestar la auscultacion y la percusion, una disminucion en el infarto pulmonar, permanecen estacionarios los sintomas generales. Adverso sera el pronóstico, si al mismo tiempo que parecen atenuarse los accidentes locales, se nota exasperacion en los sintomas generales, no existiendo ninguna complicacion que de ello dé cuenta, porque entonces se tendrá por probable la transicion de la pulmonia del segundo al tercer grado. Todas las complicaciones añaden mas gravedad al pronóstico. Funesta siempre la forma tifoidea, trae principalmente muchísimo péfigo cuando reina epidémicamente. Cualquiera que sea la edad del sugeto, casi siempre es mortal la pulmonia cuando sobreviene en el curso de una enfermedad general como la calentura eruptiva, la flebitis, las afecciones cancerosas, la enfermedad de Bright y la diabetes; siendo ademas muy mortífera en los dementes y paralíticos. Por el contrario, hechos multiplicados me han probado, así como á Andral y Louis, que la pulmonia que sobreviene en los tísicos que aun conservan robustez y fuerzas, se cura casi constantemente, sin agravar la enfermedad anterior, aunque tengan ya escavaciones en los pulmones.

*Etiología.*—La pulmonia es una enfermedad de todas las edades. Mas comun en ambos extremos de la vida, y causa principal de la mortandad en los viejos, tiene su máximum de frecuencia en el adulto, en el periodo de veinte á treinta años. Si el hombre esta de dos á cuatro veces mas espuesto á ella que la mujer, no depende esto de una accion especial ejercida por el sexo, sino mas bien de las condiciones higiénicas diferentes, pues que cuando son idénticas no difiere mucho la proporcion de las pulmonias en los individuos de ambos géneros. Y si aun no se halla suficientemente comprobada la influencia de los temperamentos y de la constitucion en la producción de la enfermedad, los hechos al menos han demostrado que una conformacion viciosa del tórax no predispone á ella, y que parece ser tanto mas comun cuanto mas pobres son los individuos, mas excesos cometen y se dedican á trabajos mas duros. Los ataques anteriores favorecen la repeticion de ellos, y en las recaidas siempre tiende la enfermedad á invadir el mismo pulmon. Aunque la pneumonia reina en todos los países del globo, nosotros, sin embargo, hemos visto que es mas comun en las regiones septentrionales y en los climas templados, al paso que tiene su minimum de frecuencia en los países ecuatoriales. Tambien hemos

probado que puede ser muy frecuente en los que se hallan en condiciones opuestas, como por ejemplo Malta y las islas Bermudas. La pulmonía puede reinar epidémica ó esporádicamente en todas las épocas del año; pero he advertido que en París tiene por lo general su máximun de frecuencia en los meses de marzo y abril. En cuanto al influjo de las causas ocasionales, he demostrado cuán difícil es que se inflame el pulmon por la accion de las violencias exteriores, cuando apenas he podido descubrir en la cuarta parte de individuos una causa ocasional, que en casi todos era un enfriamiento del cuerpo. Asi, pues, en la mayoría de casos aparece la pueumonia sin la intervencion de ninguna causa escitante apreciable; es decir, que segun todas las apariencias, la enfermedad parece *espontánea*. Por otra parte, siempre que una causa ocasional provoca la explosion de la pulmonía, debe admitirse que dicha causa no ha podido tener efecto sino en tanto que de antemano el individuo estaba predisuesto á recibir su influjo, puesto que obró en circunstancias semejantes en apariencia, sin producir los mismos funestos efectos.

En la obra de que he sacado los resultados recién espuestos, dejo tambien probado que todo estado morbozo de la economía en que haya movimiento febril y mucha debilidad, predispone á las flegmasias pulmonares. Esta estremada tendencia á inflamarse los pulmones en el curso de cualquier enfermedad aguda ó crónica, se advierte principalmente en los niños y los ancianos: de esto procede que las pueumonias secundarias, casi las únicas que se observan en los primeros á la edad de cinco ó seis años, son esencialmente comunes en la gangrena de la boca, el sarampion, coqueluche, crup, viruelas, calentura tifoidea y enteritis crónica. Entre las enfermedades peculiares á los adultos, ó por lo menos las mas frecuentes á esta edad, citaremos como causantes de muchos casos de pulmonía, entre las enfermedades agudas, el muermo y la flebitis, despues de las cuales vienen sucesivamente la calentura tifoidea y las afecciones agudas de los centros nerviosos, y las demás enfermedades febriles, como el reumatismo, etc.; entre las crónicas aparece en primera línea la tisis y despues las afecciones orgánicas del corazon, las cancerosas, las lesiones crónicas del hígado y la demencia paralítica. Casi todas estas enfermedades originan pulmonías á causa de la debilidad que producen, sea porque esta obre facilitando las congestiones pasivas en los pulmones, sea porque, debilitado el individuo, se hace mas impresionable y resiste menos á las causas comunes de la pueumonia. Como quiera que sea, la causa primera es real, y es cierto, como Piorry tiene el mérito de haber sido uno de los primeros en anunciarlo, que el decúbito dorsal prolongado produce al fin en las partes declives de los pulmones un infarto sanguíneo, causa del mayor número de pulmonías consecutivas (*pneumonia hipostática*).

*Tratamiento.*—Como la pulmonía no es una enfermedad específica, y se presenta ademas con caracteres muy diferentes, segun las edades, las constituciones médicas, etc., es supérfluo insistir aquí en probar que no puede oponérsele una medicacion uniforme.

En todos tiempos han sido las sangrías el medio principal, si no el único, á merced del cual han combatido las pulmonías los prácticos de todos los paises. Pero tambien se han visto diferentes épocas, en que, mientras unos prodigaban las emisiones sanguíneas, otros las desterraban; exclusivismo de opiniones



que, segun hemos probado, es necesario desechar si llegar queremos á lo razonable. Asi, pues, he demostrado en las páginas 559 y siguientes de mi *Tratado*, que es nociva la espectacion aun en las pulmonías benignas, para cuya curacion basta la naturaleza ayudada del régimen, y con tanta mas razon en las graves; estableciendo, por tanto, como principio imprescriptible, y sin escepcion de tratamiento, que *á toda pulmonía benigna es menester oponerle uno mas enérgico de lo que parece exigir el estado general y local*. En estos casos, por tanto, deberá practicarse una sangría del brazo, ó local si predominase el dolor de costado, combinando en ocasiones ambas clases de evacuacion. A estos medios se agregará el uso de bebidas pectorales, y algunos laxantes suaves; tratamiento que tendrá sobre la espectacion la ventaja de impedir que adquieran mas gravedad ciertas pulmonías, y principalmente de aliviar mas pronto y acortar mucho la duracion de la enfermedad.

Pero no en todos los casos de pneunonia es útil la sangría: daña en las mas de las secundarias, y por lo general en los individuos cacoquímicos, debilitados por la miseria ó la edad, y hasta en algunas pneumonias tifoideas, y como Sydenham y Huxham lo han observado, en el curso de ciertas constituciones médicas. En una palabra, hay que abstenerse de sangrar cuando es estremada la postracion, pequeño el pulso, fugaz bajo el dedo é irregular, y cuando en vista de los síntomas, deba temerse la transicion de la pulmonía al tercer grado. Fuera de estos casos la sangría es útil porque si bien nos obliga á recurrir menos á ella la poca ó la avanzada edad de los individuos, esto no es, sin embargo circunstancia que la contraindica absolutamente, como tampoco la antigüedad de la enfermedad, con tal que la reclamen los síntomas generales. Pero no olvidemos que la sangría será tanto mas elicaz, ora para aliviar, ora para acortar la duracion de la dolencia, cuanto mas próximamente á su principio se practique.

Cuando las emisiones sanguíneas locales no puedan producir una desingurgitacion bastante rápida, es del caso preferir las generales, si lo permite el estado del pulso. Sin embargo, cuando es vivo el dolor de costado deberá recurrirse á una aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas, por la ventaja que tienen de destruirle mas rápidamente que las sangrías generales. Tambien son las locales casi las únicas que convienen en los niños, á lo menos en aquellos que no pasan de seis años, en los de mas tierna edad se aplicarán dos sanguijuelas, y diez ó doce en los de mas edad; pudiendo repetirse la evacuacion una ó muchas veces. Asimismo se repetirá con mayor ó menor frecuencia en el adulto la sangría, haciéndola mas ó menos abundante segun el estado de las fuerzas, el grado de resistencia del pulso y la persistencia de la inflamacion. De aquí es que en los individuos pletóricos y vigorosos se podrán practicar con ventaja tres ó cuatro sangrías en las veinte y cuatro horas, y aun repetir el mismo número en los días siguientes, mientras que en otros debemos limitarnos á una sola emision. Por lo tanto, no puede fijarse ni aun aproximadamente la cantidad de sangre que pueden perder los pneumónicos, ni el número de sangrías que debe practicárseles. Bonillaud es el único médico que se ha declarado contra los principios sancionados por la esperiencia de nuestros mas eminentes maestros y por la observacion diaria, y ha sometido el tratamiento de la pulmonía á reglas fijas que determinan el número de sangrías que deben practi-

carse cada día, y hasta la cantidad de sangre que en cada cual ha de sacarse. El profesor de la *Caridad* pretende haber curado por su método muchos mas enfermos, y dice tambien que les alivió mas pronto, acortando ademas bastante la duracion total de la dolencia. Pero nadie cree ya en estos milagros desde que habiendo analizado los hechos referidos por el autor, he demostrado que la mortandad de una octava parte deducida por Bouillaud, se esplica por la poca edad de sus enfermos, que por término medio era la de treinta y tres años. No solo ha encontrado dicho práctico un útil auxiliar en la edad de sus enfermos, sino que ha sido favorecido por las muchas pulmonías benignas ó poco graves que le han tocado en suerte, y porque casi todos sus enfermos han sido hombres, en los que no es tanta la mortandad como en las mujeres: de suerte que, considerando todas las circunstancias felices que rodeaban á Bouillaud, es de lamentar que no haya obtenido resultados aun mas ventajosos. Hemos dicho que tambien pretendia aliviar y curar la mitad mas pronto á sus enfermos con su método, que por los tratamientos ordinarios; pero este aserto únicamente está fundado en la manera viciosa que tiene Bouillaud de calcular la duracion de las enfermedades. En efecto, mientras todo el mundo entiende por duracion de una pneumonia el tiempo que media entre la aparicion de los primeros síntomas, en especial de la fiebre, hasta la convalecencia, Bouillaud, (y parece casi increíble), ha considerado por mucho tiempo como duracion de la enfermedad la del tratamiento: por ejemplo, en los enfermos tratados en los hospitales, donde vienen á reclamar nuestros cuidados despues de tres, cinco, ocho ó diez días de enfermedad, Bouillaud, sin tomar en cuenta este período, referia la fecha de la curacion ó la muerte, partiendo solamente *del día en que los enfermos habian entrado en el hospital*; de modo que las pulmonías cuya duracion dice que fue de nueve días, realmente duraron quince, si es que se quiere contar como todo el mundo lo hace. Sin embargo, de algunos años á esta parte Bouillaud ha renunciado su sistema, pero ha adoptado otro igualmente vicioso, que consiste en aproximar el término de la convalecencia, contándola *desde el momento en que ha disminuido la fiebre, pero no cesado* (1) como si estuviésemos en el derecho de considerar curados de la pulmonía á los individuos en quienes aun no está completamente estinguido el movimiento febril. Mucha preocupacion debe suponerse en Bouillaud para que se haya determinado á comparar hechos así interpretados con los nuestros y con los de Louis y Chomel; y sobre todo para que haya atribuido á su método de tratamiento beneficios que no ha dado. Por otra parte, acorta tan poco su tratamiento la duracion de la pulmonía, que si analizarse quisieran los hechos que ha publicado, confrontándolos con las reglas fijas establecidas por Louis y adoptadas por mí, resultaria que Bouillaud no cura mas pronto que nosotros. En vano, pues, pierden sus enfermos 56 onzas mas de sangre que los nuestros. ¡Dios sabe cuán funesto puede ser esto para su constitucion ó á lo menos para el restablecimiento de sus fuerzas!

Aunque las opiniones de Bouillaud no hayan tenido simpatías entre los médicos de algun país, creo, sin embargo, deber rebatirlas en esta obra, á causa de la alta posicion oficial del autor, y de la autoridad que le da su talento, para

(1) Véase su *Clinica*, tomo II, pág. 206.



prevenir á mis compañeros jóvenes que aun no están iniciados en las dificultades de la práctica, en contra de los riesgos de una doctrina que espero no seguirán. Pero si algunas dudas pueden quedar á mis lectores, los remito á mi *Tratado de la pulmonía*, en el que estensamente analizo y pruebo de un modo matemático el poco valor de cuantos documentos han publicado Bouillaud y sus discípulos.

En resúmen, debe sangrarse mucho y pronto en el tratamiento de la pulmonía, pero ateniéndose á las fuerzas del pulmónico y á las exigencias de la enfermedad. Como hemos dicho en nuestras generalidades sobre la inflamacion, es menester no esperar en que, practicando desde el principio las sangrías, se obtendrá inmediatamente un resultado útil, porque la pulmonía, como todas las demás enfermedades, tiene un período de incremento que prosigue, por abundantes que sean dichas evacuaciones. Rasori se espresaba en los mismos términos, y su testimonio tiene tanto mas valor, cuanto que se sabe que este gran médico sacaba frecuentemente á sus enfermos cerca de 13 libras de sangre, sin que pérdida tan cuantiosa impidiera muchas veces que siguiese creciendo la afeccion.

Con todo, cuando la enfermedad no cede á los antiflogísticos, llega una época en que tales medios no son aplicables; en este caso, la mayor parte de los modernos administran las preparaciones antimoniales, y particularmente el emético á dosis altas; pero en nuestro concepto no debe retardarse hasta entonces el recurrir á la medicacion contra-estimulante. En efecto, creo haber demostrado que la estremada postracion de los enfermos es una circunstancia adversa, que hace mucho mas incierta la accion del emético: nunca, pues, ha de apurarse la posibilidad de sangrar. La única condicion que nos parece esencial para administrar debidamente el emético, consiste en quitar de antemano su dureza al pulso, mediante una ó muchas sangrías practicadas con poco intervalo de distancia: este es, lo repito, todo el secreto para administrar bien el emético. Por lo tanto, en los casos en que el pulso permanezca desde el principio blando y depresible, por vivos que sean el dolor de costado y la calentura, y sea cual fuere la estension de la pulmonía, conviene abstenerse de toda emision sanguínea, para dar inmediatamente el emético á dosis altas, escepto cuando el pulso se eleva y adquiere dureza al dia siguiente, en cuyo caso es menester recurrir á la sangría general ó local, no emprendiendo de nuevo el uso del tártaro estibiado hasta que el pulso quede flexible y blando. Siguiendo estos principios, es como solo llega la mortandad á una octava parte en los segetos tratados en nuestros hospitales de adultos. La administracion del emético es tambien la causa de esos alivios rápidos, muchas veces casi instantáneos, que nunca se obtienen tan prontamente con el uso de las sangrías. Dicha medicacion, aplicable á las pulmonías de todas las edades; y combinada con las sanguijuelas, constituye el medio de tratamiento mas útil en las flegmasias pulmonares de los niños, como lo han probado Rilliet y Barthez. En casi todos los enfermos adultos se principia por dar seis granos de emético en una pocion gomosa; por ocho ó diez en los ancianos; se darán dos granos á los recién-nacidos, y á los niños mayores de dos ó tres años, se puede principiar por tres ó cuatro. En seguida se aumentan ó se disminuyen las dosis, segun los efectos que resulten: asi es que en el adulto y los ancianos se podrán administrar sucesivamente hasta veinte granos de emético. No creo que sea prudente en nuestro

clima pasar de esta dosis, que podrá elevarse en los climas mas cálidos, como en Italia, España, y acaso el Mediodia de la Francia. El emético se administrará en tres ó cuatro onzas de una pocion gomosa, para dar una cucharada cada hora. Casi siempre sucede que, despues de la segunda ó tercera cucharada, y algunas veces desde la primera, tienen los enfermos vómitos biliosos, ó mas frecuentemente cámaras amarillas, mas ó menos numerosas y abundantes, que por lo comun disminuyen, ó cesan del todo en los dias siguientes, continuando el uso del emético: dicese entonces que hay *tolerancia*. Teniendo algunos, pero desacertadamente, la tolerancia como una circunstancia favorable á la accion del emético, han creido obtenerla mas fácilmente, añadiendo á la pocion antimomial una preparacion opiada: pero esta adiccion, segun he demostrado, es enteramente inútil. El único medio que hay para disminuir el número de los efectos primitivos, consiste en poner el emético en una cantidad corta de vehículo (tres onzas) y aromatizarla. Las evacuaciones que se promueven son ventajosas por la revulsion de que son efecto al mismo tiempo que por las sacudidas que las acompañan; ademas puede decirse que una tolerancia desde el principio es circunstancia de mal agtiero, porque indica falta de reaccion en el organismo contra la accion de los medicamentos, por lo cual no se observa sino en los ancianos y los sugetos debilitados. Pero independientemente del estado revulsivo, parece que el emético obra principalmente en virtud de una accion especial que, mediante su absorcion, ejerce sobre la nutricion. El uso de este medicamento no está contraindicado sino cuando el enfermo padece una lesion orgánica ó una flegmasia viva de los órganos digestivos: asi no contraindican su administracion, ni una enteritis ligera, ni el estado de preñez.

Han sido preconizados contra la pneumonia otros preparados de antimonio, especialmente al óxido blanco á la dosis desde veinte granos hasta media onza, y el kermes desde doce granos hasta ochenta, pero su utilidad no se ha demostrado todavía, por manera que algunos facultativos opinan ser tan débil la accion del óxido blanco, que califican á esta sustancia de polvo inerte: en cuanto al kermes confesaremos que es un remedio infiel, presentando en sus efectos tanta variedad, que es imposible tener confianza en él. Tratándose de una enfermedad de curso rapidísimo, como es la pulmonía, deben preferirse los contra-estimulantes de una composicion constantemente idéntica y de efectos seguros; por cuya razon será siempre preferido el tártaro estibiado á todos los demás preparados antimoniales.

¿Es posible alcanzar las mismas curaciones con la ipecacuana? El catedrático Broussonnet y mas recientemente M. Delioux aseguran haber administrado con éxito feliz el infuso de ipecacuana, preparado con cuarenta ó sesenta granos de esta raiz y cinco ó siete onzas de agua, que los enfermos tomaban á cucharadas. La esperiencia probará si realmente dicho infuso, ya ordenado mientras se practican algunas evacuaciones sanguíneas, ya despues de estas, es tan provechoso como se ha dicho.

Nada diré de la digital, del acetato de plomo, del ácido cianídrico ó sea prúsico, del agua del laurel-cerezo, del nitro, ni del sub-carbonato de potasa, medicamentos todos muy celebrados en Italia y Alemania como contra-estimulantes y que á mi modo de ver no deberian serlo aun, por falta de un número suficiente de hechos.



¿Los preparados mercuriales y sobre todo los calomelanos á cortas dosis, no administrando entre todas mas que una cantidad desde seis á doce granos en veinte y cuatro horas, ora sola, ora mezclada con otra cantidad de dos ó tres granos de opio, pueden ser tan útiles como suponen los médicos ingleses? No es posible asegurarlo: creo, sin embargo, que en las ocasiones en que el mal se haya mostrado rebelde á otros tratamientos, podrá emplearse el mercurial.

En duda he estado, durante mucho tiempo, acerca de la utilidad de las cántaridas, á pesar de ser su aplicacion general ó mejor dicho universal en el tratamiento de la pneumonia: tres grandes autoridades médicas (MM. Rasori, Laënnec y Louis) tenian la misma duda que yo, llegando, por fin, estos tres autores á rebatir dicha utilidad en las pulmonías de los adultos. Yo al contrario, á consecuencia de muchas y recientes observaciones, creo en el dia con el mayor número de los profesores, que los vejigatorios, no aplicados al principio del mal como lo hacen algunos, sino mas adelante y ya despues de las sangrías, constituyen uno de los medios mas poderosos que contra las pulmonías poseemos. Por lo que toca á los niños, se los aplico habitualmente y estoy muy satisfecho de sus resultados, debiendo advertir, que lo hago un poco antes que á los adultos. Tambien Trousseau aplica con mucha frecuencia tan eficaz remedio á sus pulmónicos: aun hace mas: cuando estos son niños que maman todavía, pone anchos vejigatorios volantes, ora en la pared anterior, ora en la posterior del pecho, siguiendo esta práctica en todos los períodos de la enfermedad.

Entre las complicaciones de la pneumonia que hemos estudiado, el delirio es la única que algunas veces exige una medicacion especial. Si el desórden de las facultades intelectuales está ligado á una flegmasia de las meninges, ó si habiéndose manifestado desde el principio, depende de la intensidad de la calentura, hay doble razon para insistir en los antiflogísticos. Pero si el delirio viene acompañado de esa serie de accidentes que caracteriza la forma atáxica, deberá ensayarse el uso de los antiespasmódicos: en estas circunstancias preconiza Récamier el almizcle á la dosis de ocho, diez, á veinte granos, y aun mas, administrado en píldoras de un grano, con una hora de intervalo, hasta que remitan los accidentes. Finalmente, cuando sobreviene el delirio en los bebedores, y ofrece el carácter del *delirium tremens*, debemos apresurarnos é administrar el opio por la boca ó en lavativas; y como esta forma de delirio nace siempre á consecuencia de la supresion repentina de los alcohólicos, es de necesidad permitir el uso de un poco de vino á los que están habituados á beberle todos los dias en gran cantidad. Precepto es este muy recomendado por Chomel, pues lo observa constantemente en su práctica. El opio no es útil únicamente en las condiciones de que hablamos, sino que lo es en todos los períodos de la enfermedad, para disminuir un dolor demasiado vivo ó procurar el sueño. No obstante, algunos médicos temen todavía bastante prescribir este remedio, pues les intimida la idea de escitar, por su medio, la calentura, ó favorecer la supuracion, pero estos temores son infundados.

Hay otro medio auxiliar que la mayor parte teme, y que, no obstante, puede ser útil: hablo del baño tibio, recomendado por Hipócrates en su *Tratado del régimen de las enfermedades agudas*. Empleado por Chomel, yo he podido felicitarme de su uso, pues nunca he visto que haya sido dañoso. Debe prescribirse en esas pulmonías estacionarias, que vienen acompañadas de un calor vivo y seco

en la piel. Un baño tibio en estas condiciones, reblandece el cutis, provoca el sudor, y favorece de este modo el trabajo de resolucion; pero esto no puede ser útil si no se evita que los enfermos se enfrien. El baño, pues, se dará al lado de la cama, en un aposento caliente y al abrigo de toda corriente de aire. El agua se mantendrá á la misma temperatura, y el enfermo saldrá del baño prontamente, se le envolverá al momento en una sábana muy caliente, y luego se le acostará en un lecho muy calentado de antemano. Con estas precauciones el baño no ofrece el menor inconveniente.

El tratamiento debe modificarse en vista de la forma que ofrezca la pulmonía. En la biliosa hay un elemento nuevo que ha de combatirse por medio de los evacuantes, aunque no todos los momentos sean igualmente oportunos para llenar esta indicacion; así, cuando dicho estado coexiste con una reaccion febril viva y con un pulso muy desarrollado, es menester ocuparse esclusivamente del estado inflamatorio, y muchas veces sucede que los antiflogísticos triunfan á un tiempo de la calentura y de la complicacion biliosa. Si por el contrario, predomina el estado bilioso, y el pulso es pequeño y blando, es menester principiar administrando un emeto-catártico

El empleo de los evacuantes en la pneumonía debe limitarse á los casos en que hay una indicacion positiva, no pudiendo, por consiguiente hacerse de ellos, á ejemplo de Riviere, un método general. Sin embargo, los vomitivos repetidos, pueden convenir en algunos otros casos especiales, y especialmente en la pulmonía de los niños de pecho. Trousseau, que acostumbra sangrar una y dos veces á los niños de tres meses atacados de pulmonía simple, administra en todos casos, sea cual fuere la forma de la enfermedad, el emético en dosis vomitiva. Este medicamento y los demás antimoniales, prescritos en concepto de contraestimulantes, son, en su concepto, menos eficaces que los vomitivos.

El tratamiento de las pulmonías tifoideas es mucho mas difícil, porque no hay método aplicable á todos los casos, ni aun medicacion que no sea menester variar segun el período de la dolencia. Así es que muchas veces hay necesidad de sacar sangre, aunque siempre con prudencia; y si mas tarde es estremada la debilidad y se pervierten las funciones cerebrales, hay que olvidar la naturaleza inflamatoria de la enfermedad para ocuparse esclusivamente, como sucede sobre todo en los ancianos, de la indicacion vital: es decir, tenemos que administrar la quina y el vino. En las formas intermitentes y remitentes, debe darse á la mayor brevedad el sulfato de quinina; pero si somos llamados cuando el enfermo está con el acceso y hay mucho dolor y opresion, deberemos antes recurrir á una emision sanguínea. Por último, el tratamiento de las pulmonías consecutivas es uno de los puntos mas difíciles de la medicina práctica. Por regla general conviene no emplear los debilitantes sino con la mayor circunspeccion, eligiendo entre ellos los que postran menos y alivian mas pronto; doble título por el que tantas veces deberá ser preferido el emético á dosis altas. No pretendo, sin embargo, decir que no haya de sangrarse; lo que solamente quiero es que se reserve la sangría para algunos casos, y siempre se use de ella con parsimonia. Atendido el estado de las fuerzas, las sangrías locales, sobre todo ayudadas de ventosas, serán por lo general las únicas posibles; pero en estos casos hallaremos un eficaz auxiliar en el empleo de grandes vejigatorios, que deberán renovarse una ó muchas veces.



Los revulsivos enérgicos como los sedales, cauterios ó moxas, el uso interior de los agentes llamados alterantes, como el ioduro de potasio, los calomelanos en pequeñas dosis, el bicarbonato de sosa y las aguas naturales de Vichy, son los principales medios que debemos oponer á esas induraciones del pulmon, que pasan al estado crónico.

*De la pleuresía aguda.*

La palabra *pleuresía*, que por mucho tiempo ha significado todo dolor vivo situado en un lado del pecho, se emplea hoy esclusivamente para designar la inflamacion de la pleura.

*Division.*—Distínguese la pleuresía en *aguda* y *crónica*, y en *general* y *parcial*, segun que la flegmasia ocupa toda la pleura ó está limitada á un espacio mas ó menos circunscrito; asi se llama *costo-pulmonar*, *diafragmática*, *mediastina* ó *interlobular*, segun que la inflamacion está limitada á la pleura que reviste las costillas y la cara correspondiente de los pulmones, ó al diafragma, al mediastino ó la hendidura interlobular.

*Historia.*—Aunque desde época inmemorial se habla de la pleuresía, por largo tiempo solo han tenido los médicos ideas muy confusas acerca de ella. Confundida por muchos siglos con la pulmonía, descrita como afeccion distinta por Boerhaave y De Haen, confundida de nuevo por Haller, Tissot, Cullen y Portal, ha sido al fin definitivamente separada por Pinel; y enseñando Laënnec á conocerla en el vivo y á distinguirla de la pulmonía, lo que era difícil antes de él, ha puesto término á todas las disputas. Esta enfermedad ha sido objeto de algunos trabajos de parte de muchos contemporáneos nuestros, entre los cuales citaré despues que á Laënnec, á Cruveilhier (1), Andral (2), Chomel (3), Hirtz (4), Heyfelder (5), Damoiseau (6), Oulmont (7) y Baron hijo (8), quien ha estudiado la pleuresía de la edad infantil.

*Anatomía patológica.*—Si bien la pleura aparece roja é inyectada en la enfermedad que nos ocupa, ya hemos visto, sin embargo, precedentemente, que rara vez penetra esta inyeccion el tejido mismo de la membrana, y que se limita al celular subyacente. La pleura, ademas, no sufre ninguna alteracion apreciable en la nutricion, y aun en los casos en que nos ha parecido desprenderse con mas facilidad, puede consistir esta circunstancia, mucho menos en una lesion propia, que en una alteracion del tejido pulmonar, asiento de la inyeccion flegmática. Pero con tal que la pleuresía se prolongue uno ó dos dias, ó solamente algunas horas, determina una alteracion secretoria, que por lo comun consiste en un derrame sero-albuminoso, cuya cantidad varía desde algunas onzas hasta dos ó mas libras. La materia derramada está en gran parte formada por un líquido seroso de color amarillento, muy á menudo opaco, oscuro, amarillo ó verdoso, rara vez rojizo, ó por sangre casi pura (*pleuresía hemorrágica*), líquido en que siempre hay, pero en cantidad muy variable, concreciones albuminosas y

(1) *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

(2) *Clinique médicale.*

(3) *Dictionnaire de médecine.*

(4) *Archives.*

(5) *Idem.*

(6) *Idem.*

(7) *Thèse de Paris*, 1844.

(8) *Thèse de Paris*, 1841.

membraniformes; otras veces tan solo se advierten copos raros y agrisados, y en los mas de los casos compone la exudacion albuminosa la cuarta ó la tercera parte del derrame. Aun suele no encontrarse serosidad, ó ser muy poca, al paso que la mayor parte de la cavidad pleurítica está llena de una materia blanca, amarillenta, opaca ó semitransparente, líquida á veces, como la crema, que por lo comun tiene la consistencia de la albúmina cocida ó de la costra inflamatoria; materia que está derramada en masa en los canales vertebrales y en el diafragma, ó bien tapiza las superficies parietal y visceral de la pleura, uniéndolas inmediatamente ó por hojas de su misma naturaleza. Por otra parte, estas concreciones están dispuestas uniformemente, bien bajo la forma de granulaciones mas ó menos confluentes, bien en chapas irregulares de un grosor que varía entre media y tres líneas: productos patológicos que cuando se desprenden, dejan ver debajo la membrana serosa con toda su transparencia, tersura, grosor, consistencia, y aun muchas veces con su color normal. Cuando estas falsas membranas no coexisten con derrame de líquido, se dice que la *pleuresia es seca*. En fin, suelen tambien encontrarse en la pleura inflamada flúidos aeriformes, cuya presencia indica casi siempre una perforacion pulmonar ó gangrena en la pleura, alteracion que por otra parte es sumamente rara. Al mismo tiempo que existen estas lesiones, se advierten tambien diversos cambios procedentes del mismo derrame; asi que, cuando es copioso, está dilatado el lado correspondiente del pecho, son mas estensos los espacios intercostales, está el diafragma repelido hácia el vientre, y desviados hácia el lado sano el mediastino y el corazon. Pero los principales efectos de la compresion se notan en el pulmon, que está recogido en el canal vertebral, y tiene su tejido flácido, agrisado, exangüe y vacío de aire. Las esperiencias de Oulmont propenden á demostrar que algunas horas de compresion bastan para que el órgano no pueda recobrar, mediante la mas fuerte insuflacion, su primitivo volúmen, y apenas se logra por este medio levantarlo y distenderlo un poco.

Quando la muerte se dilata mucho, se encuentra disminuida ó aun enteramente reabsorbida la parte líquida del derrame; y menos comprimido el pulmon, se dilata y no está ya separado de las paredes torácicas sino por la exudacion albuminosa que propende á organizarse. En efecto, pocos dias bastan para que muchas veces se adviertan en el espesor de las falsas membranas líneas rojizas, que se anastomosan á modo de vasos: y si bien en los mas de los casos no se nota esta disposicion vascular, se ve, sin embargo, que las concreciones membranosas, blandas y albuminosas al principio, se aproximan tanto mas á la organizacion del tejido celular, cuanto mas distante de la época de su desarrollo se las examina. Finalmente, al cabo de cierto tiempo, que rara vez es menos de algunos meses, está terminada la trasformacion celular, y se ven hojas mas ó menos estrechas, que interpuestas entre la pleura costal y la pulmonar, las adhieren en parte ó en toda su estension. Asi es que las adherencias parciales ó generales de las pleuras que se encuentran en los mas de los adultos y de los ancianos, han de tenerse por consecutivas á una pleuresia. Estas adherencias pueden llegar á ser consecutivamente asiento de todas las alteraciones y trasformaciones propias del tejido celular. De aquí proviene el verlas inflamarse y trasformarse en tejido fibroso, cartilaginoso ú óseo; y aun haber sido algunas veces sitio de derrames sanguíneos, melanosis, tubérculos, cáncer, etc. Las



adherencias pueden ser generales ó parciales. En este último caso pueden circunscribir espacios mas ó menos considerables, en los cuales la pleura está intacta, de suerte que si esta llega á inflamarse posteriormente, estará como enquistado el derrame sero-albuminoso: entonces se dice que la pleuresía es *parcial ó circunscrita*. Aunque esta variedad puede ocupar todos los puntos de la pleura, se encuentra, no obstante, especialmente en la hendidura interlobular, en la cara convexa del diafragma y en la parte posterior, inferior ó lateral del pecho; y en ellas es efecto constante del derrame, por poco copioso que sea, el rechazar fuertemente el tejido pulmonar, y hacer en él una cavidad. En tales circunstancias se ha creído que había en el pulmón un absceso; pero es fácil evitar este error, porque evacuando el líquido, y desprendiendo la falsa membrana, se reconoce que está intacta la pleura debajo de ella, y que el tejido pulmonar solamente se halla deprimido. Frecuentemente coexisten estas pleuresías parciales con tubérculos pulmonares, y parece que muchas mas veces son crónicas que agudas.

M. Beau ha consignado recientemente (*Archivos de 1847*), que en las pleuresías simples y en las pleuro-pneumonías, la flegmasia se propagaba constantemente á los nervios intercostales, que están en contacto casi inmediato con la pleura enferma, y esto en el tercio posterior de su trayecto, esto es, hasta el ángulo de las costillas. Esta lesión consiste en una inyección, viva por lo regular, del cordón nervioso, que aumenta de volumen sin modificar la consistencia del tejido. Por mi parte, no he podido asegurarme bastante de la realidad de los hechos consignados por M. Beau, pues en los casos que he visto, he encontrado algunas veces rojo el neurilema, pero sin la menor alteración en el volumen y la consistencia del cordón nervioso, y he sospechado que esto era únicamente efecto de una de esas rubicundeces por imbibición, tan comunes alrededor de las partes inflamadas.

*Síntomas.*—No obstante que la pleuresía puede tener prodromos, es lo común que invada repentinamente, y muchas menos veces que la pulmonía se anuncia por escalofríos iniciales. Por el contrario, es sin comparación mas raro que en ellas falte el dolor de costado: síntoma que casi siempre reside en la región mamaria, otras veces mas inferiormente, hácia la base del pecho ó bien en la espalda, en los lomos, y rara vez hácia la axila; casi siempre es vivo, pungitivo, dislacerante, fijo ó algo móvil; se aumenta por la tos, por las inspiraciones y por la presión intercostal.

La mayor parte lo atribuyen directamente á la inflamación de la pleura, al paso que M. Beau lo refiere á la inflamación concomitante de los nervios intercostales, observando que si el dolor pleurítico se hace sentir casi siempre hácia la región de la mama, es decir, lejos de la alteración de los nervios, esto consiste en la propiedad que tienen estos órganos de hacer experimentar, cuando se inflaman, sus principales sufrimientos á sus estremidades periféricas; y si generalmente los enfermos se quejan del dolor mas vivo en la parte anterior del sexto ó séptimo espacio intercostal, la causa de esto está en que en el mayor número de ellos la séptima costilla es la que ejecuta mas movimientos. Por otra parte sea cual fuere la terminación de la enfermedad, ¿por qué se calma el dolor del costado, y por lo regular desaparece, siendo así que persiste la alteración anatómica, pues siempre se la observa en la autopsia? Esta es, en

nuestro concepto, una grave objecion, puesto que nada semejante ocurre en la neuritis verdadera, en la que el dolor constituye uno de los síntomas mas tenaces.

Pero prescindiendo de esta opinion, que me parece poco probable, el dolor, sea por lo demás cual fuere el lugar donde se hace sentir, se presenta acompañado siempre de disnea y de una opresion mas ó menos sensible. La respiracion es corta, frecuente, anhelante y hay tos seca y penosa. Si entonces se ausculta el costado enfermo, puede suceder que ya se encuentre debilitado el ruido respiratorio, aunque, como lo prueba el sonido enteramente claro que da la percusion, no se haya formado todavía ningun derrame. Esta disminucion de fuerza en el murmullo vesicular, depende de que á causa de la intensidad del dolor, los enfermos dilatan incompletamente el pecho é introducen á cada inspiracion menor cantidad de aire que la regular.

Como quiera que sea, no tarda en efectuarse la exhalacion sero-albuminosa; y cuando á ello no se opone alguna adherencia, se derrama su producto en los puntos mas declives de la cavidad de la pleura. Este punto no corresponde, como se habia creido hasta ahora, cerca del raquis, sino á la concavidad de la gran corvadura de las costillas, á igual distancia, con corta diferencia, de la columna vertebral y del esternon; y en algunos sugetos á la union del tercio posterior con los dos anteriores de la costilla; este es tambien el sitio en que por la percusion se nota disminucion de sonoridad, y si es considerable el derrame, un sonido macizo mas completo que el de la hepatizacion. Al mismo tiempo el murmullo vesicular se debilita cada vez mas, y como que se aleja del oido, hasta que puede cesar de ser percibido; y regularmente otras veces el ruido normal es sustituido por un sopro tubular, análogo al que hemos descrito en los grados segundo y tercero de la pulmonia; aunque dicho fenómeno, menos constante que en la hepatizacion, se efectúa las mas veces pasajera y ofrece por lo comun un timbre menos resonante, es tambien menos superficial que el producido por el endurecimiento del tejido pulmonar, y como él, se oye en ambos tiempos de la respiracion. Ademas, si habla el enfermo mientras se tiene aplicado el oido al nivel del derrame, se percibe que la voz resuena de diverso modo que en el costado sano. Asi pues, cuando es medianamente copioso el derrame, la voz está áspera, temblorosa, entrecortada y análoga al balido de una cabra: de aquí el nombre de *egofonia*, que Laënnec ha dado á este fenómeno. En otros casos es un ruido chillon, en todo semejante á la voz del *polichinela*; y en otros, aunque muy raros, es una broncofonia, que en nada se diferencia de la que se oye en un pulmon hepatizado, ó bien hay una verdadera pectosiloquia, sin que por esto existan tubérculos ó cavernas. Barthez y Valleix han insistido particularmente en esta circunstancia especial, que es preciso conocer para evitar graves errores en el diagnóstico. Muy pocas veces se percibe el fenómeno de la egofonia en toda la estension del derrame, siendo lo mas frecuente que se note entre el raquis y el omóplato, alrededor de este último, y en una zona de  $4\frac{1}{2}$  á  $5\frac{1}{2}$  pulgadas, ó bien entre el omóplato y la mama. Desaparece cuando disminuye ó llega á ser muy copioso el derrame; en cuyo último caso, al mismo tiempo que es completamente macizo el sonido, cesa de resonar la voz, y aun llega á no oirse ningun ruido natural ni morboso durante el acto de la respiracion, excepto á lo largo del raquis, donde todavía



se distingue el murmullo vesicular, porque en este punto se encuentra replegado el pulmon. La mano, en fin, aplicada al nivel del derrame mientras que el enfermo habla, no percibe ya el estreñecimiento vibratorio de las paredes otráicas.

Los diferentes síntomas suministrados por la percusion y la auscultacion, pueden tornarse mas oscuros ó mas evidentes, y desaparecer ó cambiar de lugar, cuando váriando las posiciones del enfermo, se hace que pase á otro sitio el líquido derramado; pero esto no se efectúa sino en muy pocos casos, porque se organizan rápidamente las adherencias, y circunscribiendo el derrame, asi como lo he visto en dos, cuatro ó seis horas solamente, se oponen á que mude de sitio el líquido, como tambien lo ha observado Skoda.

Hirtz, de Estrashurgo, ha fijado mas particularmente la atencion en la notable circunstancia de que al principio muchas veces sucede, que cuando el derrame está formando capa sobre una gran superficie, tambien existen en la misma estension el soplo y el sonido macizo; al paso que despues se observa que abandonando de pronto el líquido la region superior, y acumulándose del todo en la base del tórax, hace una presion tan fuerte en la parte correspondiente del pulmon, que aplanándose los tubos aéreos, cesa de oirse todo ruido morbosos, en tanto que por encima y en los puntos donde poco antes se manifestaban el soplo y sonido macizo, se oye el murmullo visicular, y se hace sonora la percusion.

Para completar el exámen físico, diremos que muchas veces nos ha parecido muy debilitado el ruido respiratorio, en comparacion con el del lado opuesto, en las partes del pulmon situadas por encima del derrame. Ademas Skoda de Viena, ha notado sobre la línea de nivel del derrame y debajo de la clavícula correspondiente, que se advierte al mismo tiempo que dibilidad en el murmullo vesicular, una exageracion de la sonoridad; por mi parte tambien lo he observado con frecuencia. Roger, que ha hecho un estudio completo de este fenómeno, lo ha notado en la mayor parte de los casos (en 41 de 51 pleuríticos), y vió que faltaba en los derrames, ó poco abundantes ó muy antiguos (1). Parece bastante razonable atribuir este fenómeno á la formacion de un poco de enfisema, pero esta lesion no existe necesariamente. ¿Dependerá esto, por el contrario, como lo sustenta Skoda, de la reduccion del pulmon? En su concepto, un pulmon reducido á un pequeño volúmen, pero que aun contiene aire, da á la percusion un sonido timpánico; mas, esta proposicion apenas puede admitirse, porque está en contradiccion con las leyes de la física.

Con los signos locales de la pleuresía coexiste un aparato febril mas ó menos intenso. Hay sed, inapetencia, y el enfermo está en la cama, casi siempre en decúbito dorsal ó algo inclinado sobre el lado afecto. Sin embargo, como continúe aumentando el derrame, puede llegar á tanto, que llene enteramente la cavidad torácica, en cuyo caso es mas considerable la opresion, y casi siempre imposible el decúbito sobre el lado sano, lo que es causa de que constantemente permanezcan de espaldas ó sobre el lado enfermo. Esta parte puede presentar en sus diámetros trasverso y ántero-posterior una dilatacion considerable, que puede manifestarse desde el segundo dia de enfermedad, y se nota principal-

(1) *Archivos generales de medicina*, 1852, t. XXXIX, 4.ª serie.

mente en la region submamaria. Entonces tienen mas estension los espacios intercostales, y si es delgado el enfermo, puede algunas veces sentirse en ellos fluctuacion, ó una oleada de líquido durante las sacudidas de la tos. La ampliacion del costado enfermo se hace á espensas del sano y de la cavidad abdominal; asi es que la presion del líquido puede ejercer bastante fuerza para deprimir el mediastino y dislocar el corazon, cuya punta late algunas veces por cima de la tetilla derecha, y aun hácia la axila de este lado, o para deprimir el diafragma, que es lo mas frecuente, distinguiéndose entonces debajo del reborde costal un tumor formado por el hígado ó por el bazo, segun que el derrame reside á la derecha ó á la izquierda. Danroiseau ha demostrado que en los derrames del lado derecho sufría ademas el hígado una especie de movimiento de báscula, de cuyas resultas podia hacerse vertical su cara inferior, y ponerse en contacto su borde inferior con el ligamento de Falopio: tambien ha dicho, y para nosotros es muy dudoso, que el descenso del hígado era igual con corta diferencia en los derrames del lado derecho y en los del izquierdo. Hemos probado por la anatomía patológica de la pleuresía, que el pulmon es el órgano que mas sufre los efectos de la compresion del líquido derramado; asi le hemos visto reducido á un volumen pequeño, y retirado en el fondo del canal vertebral; en estos casos da el pecho un sonido macizo hasta encima de la clavícula, y en ninguna parte se oye ruido vesicular, si no es por detrás, hácia la raiz del pulmon, donde el murmullo respiratorio está muy debilitado, y la percusion da tambien alguna sonoridad en la estension de algunos dedos. En algunos derrames considerables pueden tambien encontrarse estos mismos fenómenos por debajo de la clavícula, y en un espacio mas ó menos circunscrito; lo que induce á admitir entonces la existencia de adherencias antiguas, que, fijando el vértice del pulmon á la pleura costal, le impiden ceder á la compresion. Otras veces, en fin, repelido directamente atrás y lateralmente el pulmon, permanece, como lo ha visto Andral, aplicado á las costillas bajo la forma de una hoja delgada; disposicion en la que el ruido respiratorio, nulo anteriormente, es poco perceptible en la parte posterior. Se ha visto, por último, estar retenido en su sitio el lóbulo inferior por adherencias antiguas, y repelido el líquido hácia arriba; en cuyo caso, estando únicamente comprimido el lóbulo superior, cesa de percibirse la respiracion á esta altura, en tanto que se oye inferiormente. Felizmente esta disposicion, que tanto puede oscurecer el diagnostico, es rarísima.

En los derrames que ocupan todo un lado del tórax, cesa de obrar y de servir para la ematosis un pulmon, en tanto que su congénere parece redoblar su accion. Por tanto, auscultandó el lado sano, se encuentra una exageracion en la intensidad del murmullo vesicular: fenómeno que Laënnec ha designado con los nombres de *respiracion pueril* ó de *respiracion suplementaria*.

*Curso.*—Cuando disminuye la cantidad del derrame á causa de ser absorbido, se mitigan los síntomas generales y cesa la fiebre; es mas fuerte el murmullo vesicular á lo largo del raquis, justamente donde nunca habia dejado de percibirse; en seguida principia á oírsele debajo de la clavícula, en la parte anterior, y debajo del omóplato algunos dias despues; hasta que al fin reaparece poco á poco y sucesivamente de arriba abajo. Esta progresion la sigue tambien exacta-



mente la sonoridad en su reaparicion. Empero, los signos del derrame, son por lo general mucho mas persistentes en las partes posterior é inferior que en ninguna otra, especialmente en el punto mas declive de la cavidad pleural, que fue donde empezó á acumularse el liquido: en efecto, muchas veces se advierte en ellas sonido macizo ó falta del murmullo vesicular durante muchos meses ó años despues de curada la dolencia. Hay tambien individuos que conservan por todo el resto de su vida esta desigualdad en la sonoridad y en la intensidad del ruido respiratorio entre ambos costados del pecho: y esto se esplica por la acumulacion de falsas membranas, por su conversion lenta en el tejido celular, y por la disminucion de la accion propia del pulmon, á consecuencia de la compresion que por tanto tiempo ha sufrido. Algunas veces nos advierte la disminucion del derrame pleurítico, la reaparicion de la egofonia (*ægophonia redux*); fenómeno que, habiéndose manifestado en los primeros dias de la enfermedad, desapareció cuando fue ya demasiado copioso el derrame. La vuelta, empero, de la egofonia no se observa sino en los casos en que habiendo seguido la enfermedad un curso agudo, no ha sido comprimido el pulmon, ni con demasiada fuerza ni por mucho tiempo: y tambien falta constantemente este fenómeno en la reabsorcion de los derrames que se verifican muy lentamente. Como los derrames pleuríticos pueden aumentar ó disminuir, sin que la auscultacion y la percusion den á conocer cambio ninguno en el nivel superior del liquido, ha propuesto Damoiseau que se atienda al grado de descenso del hígado. En efecto, notando diariamente la altura de este órgano, podemos tener una escala graduada que represente el grado de plenitud de la cavidad de la pleura; pero esta circunstancia solo es aplicable, en nuestro concepto, á algunos derrames pleuríticos del lado derecho. Tambien importa notar que un descenso del lado derecho del nivel del sonido macizo, no indica necesariamente una disminucion real en la cantidad del liquido. Este descenso, como han asegurado Skoda y Roger, puede reconocer por causa una reduccion en el volumen del pulmon ó el ensanche de la cavidad pleural, por encorvamiento de los lados ó depresion del diafragma.

No obstante, habiendo sido reabsorbida mas ó menos completamente la parte líquida del derrame, permite bien pronto la aproximacion de las dos hojas opuestas de la pleura, que se deslizan la una sobre la otra sin producir ningun ruido, como esten tersas las superficies. No asi cuando están erizadas de falsas membranas, principalmente si son duras y desiguales: en este caso se oye por la auscultacion, con especialidad durante el movimiento inspiratorio, y frecuentemente en ambos tiempos de la respiracion, un ruidó particular, desigual, mas ó menos bronceo y entrecortado á veces, perceptible por la mano, circunscrito ó estendido en una gran superficie, y que produce en el oido la sensacion de dos cuerpos duros que se frotan lentamente. Este fenómeno denominado *ruido de frote pleurítico* ó sea *el murmullo ascendente y descendente* de Laënnec, existe por lo comun en la parte media, inferior ó lateral del pecho, y casi nunca en el vértice. En el punto donde se le oye está disminuido el murmullo vesicular, y aun muchas veces tambien no hay tanta sonoridad, sintiendo ademas los enfermos á esta altura un dolor fijo. En fin, despues de haber persistido por uno ó muchos dias, rara vez durante una ó muchas semanas sin intermision, desaparece el ruido de frote, probablemente á consecuencia de la absorcion ó de algun cambio orgánico que se haya efectuado en las falsas membranas. Dicho

fenómeno suele existir primitivamente, y es casi el único signo físico de la pleuresía: tal sucede en la variedad de inflamacion pleurítica que hemos denominado *seca*, á causa de faltar todo derrame líquido. En los casos rarísimos de reabsorberse el derrame se oye todavía, durante ciertas inspiraciones, un ruido como de desplegarse alguna cosa, una especie de estertor mas fino y húmedo que la crepitacion de la pulmonia, que produce la sensacion del que se obtiene apretando una esponja muy fina algo empapada en agua, este ruido se esplica por el acto de distenderse las falsas membranas muy blandas, ó mas bien por la entrada del aire en las vesículas, que acaso se han puesto mas secas, y cuyo calibre fue disminuido por la compresion.

En vez de ser reabsorbido el líquido pleurítico, suele evacuarse alguna vez por los bronquios ó al través de las paredes torácicas: modo de terminacion que mas especialmente se encuentra en las pleuresías crónicas y en ciertas circunscritas, y del cual hablaremos despues, dando á conocer al mismo tiempo los cambios que los derrames pleuríticos efectúan en la configuracion torácica, aunque no sean muy comunes despues de las pleuresías agudas.

*Duracion.*—La pleuresía tiene una duracion variable, que puede ser de cinco á seis dias si la exudación es débil, pero por corto que sea el derrame, dura á lo menos dos septenarios y muchas veces tres ó cuatro; y es frecuente que llegue á muchos meses cuando el derrame ocupa todo el tórax.

*Terminacion.*—La pleuresía aguda casi nunca termina por la muerte, cuando es franca, viene sin complicaciones, y afecta á un sugeto robusto: en efecto, solo en pocos casos hemos visto una terminacion fatal. Sin embargo, es menester esceptuar la pleuresía diafragmática y la doble, pues se concibe que cuando es muy estensa, trae mucha ansiedad, reaccion febril intensa y tanta dificultad en la hematosi, que algunos enfermos suelen morir sofocados. Con todo, es sumamente raro que en la pleuresía doble sea bastante copioso el derrame para producir accidentes tan funestos: casi siempre, en efecto, mientras que en un costado es difusa la pleuresía, es muy circunscrita en el otro, y aun muchas veces es mediano en ambos el derrame. Cuando la pleuresía tiene una terminacion funesta, sobreviene casi siempre la muerte en un acceso de opresion ó de ortopnea; á veces ocurre de pronto, y probablemente resulta de un síncope, segun ha observado Chomel en cinco casos, y Lacaze Duthiers ha reunido trece en su *Tesis* sostenida en París en 1831, (n.º 4). Parece que este accidente es mas de temer en los derrames del lado izquierdo, bastante abundantes para dislocar el corazon.

*Variedades.*—Las variedades de la pleuresía proceden principalmente del asiento de la enfermedad, de las causas que la han motivado y de la naturaleza de los síntomas generales y particulares que la acompañan.

1.º *Variedades relativas al sitio.*—Hemos visto que podia ser doble la pleuresía, en cuyo caso no difieren los síntomas locales de los que se observan en la pleuresía de un solo lado. Sin embargo, rara vez existe un dolor doble y aun quizá es mas comun que este síntoma falte completamente, y sea reemplazado por una estremada opresion y una contriccion external ó epigástrica. Lo mismo que en la neumonia, es muy raro que la inflamacion invada ambas pleuras á la vez, pues la enfermedad empieza casi siempre por una de ellas y no se estiende á la otra sino de un modo consecutivo, y por lo regular despues de algunos dias.



Las pleuresías parciales son una de las formas mas notables de la enfermedad; y resultan de adherencias anteriores que circunscriben una porcion de la pleura intacta, y otras veces vienen á consecuencia de haberse producido el derrame sero-albuminoso despues que las adherencias se han formado en los límites de la flegmasia, y la han circunscrito. Hay muchas pleuresías parciales, limitadas á un espacio muy pequeño, que apenas producen otros accidentes que un dolor vivo en un punto del tórax, un poco de disnea y algunas veces muy poca ó ninguna calentura; tal es por ejemplo el origen de la mayor parte de los puntos dolorosos que se observan tan á menudo en el curso de la tisis pulmonar; en cuyo caso no hay casi nunca derrame de líquido. Entre las pleuresías parciales, distingúense especialmente la diafragmática, la mediastina y la interlobular.

La pleuresía diafragmática es la *parafrenesis* de los antiguos, con cuyo nombre se confundian muchas enfermedades diferentes. Esta especie de pleuresía, sobre la cual ha publicado Andral las observaciones mas completas, se hace notable por un dolor vivo situado á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas falsas, que se irradia hácia los hipocondrios, y se exaspera con la presion, la tos y los movimientos. El diafragma está al mismo tiempo inmóvil, y el ensanchamiento del tórax se verifica esclusivamente por la elevacion de las costillas. Pero el síntoma predominante consiste en una ortopnea tal, que los enfermos se hallan en un estado de ansiedad estremada y se ven obligados á estar sentados en la cama con el tronco muy inclinado hacia adelante: sin embargo, este síntoma no es constante. Tambien se han mencionado el hipo, los vómitos y la ictericia, como fenómenos que acompañan frecuentemente á la pleuresía diafragmática; pero estos accidentes son al parecer bastante raros. En cuanto á la risa sardónica notada por Boerhaave y Van-Swieten, casi nunca se la observa. A las señales que preceden, Noël Guenau de Mussy ha añadido algunas otras. Este autor nos habla de un dolor vivo que se despierta por la presion en el mas alto grado, y que reside en un punto circunscrito á uno ó dos dedos de la línea blanca, á la altura aproximada de la décima costilla, ó con bastante exactitud en la interseccion de las dos líneas, una de las cuales continuase la direccion de la parte ósea de la espesada costilla, y la otra prolongase el borde exterior del esternon. Guenau de Mussy ha desarrollado tambien la sensibilidad por medio de la presion, hácia la parte posterior del último espacio intercostal, cerca del raquis, en una estension limitada; é igualmente ha notado que oprimiendo de abajo á arriba el hipocondrio, se producía generalmente un dolor vivo que no se manifiesta cuando se oprime en opuesta direccion. Además, señala una viva sensibilidad en las inserciones inferiores del esterno-cleido-mastoideo, en el trayecto del nervio frénico. Una presion un poco fuerte siempre es dolorosa en esta region; pero en la pleuresía diafragmática esta sensibilidad está mas escitada que en las condiciones normales; comparando los resultados de la presion de ambos lados, llegaremos, pues á advertir tanta diferencia, que no da lugar alguno á la duda. Quéjase en tal caso el enfermo de dolores espontáneos, pero menos agudos, sobre las clavículas, hácia el hombro, en la region escapular y en las diferentes ramificaciones del plexo cervical.

En resumen: la pleuresía diafragmática está caracterizada por dolores hipocondriacos, un punto epigástrico, dolores reflexos sobreclaviculares, la sensibilidad del nervio frénico, un dolor que se promueve comprimiendo el hipocon-

drio de abajo arriba, una disnea que llega en ciertos casos á la ortopnea, y finalmente, por una tos pleurítica acompañada de calentura intensa, hipos, náuseas y vómitos (1).

La pleuresía diafragmática suele terminar funestamente en virtud de las graves alteraciones que la acompañan.

La pleuresía *mediastina*, es decir, la que se halla limitada á los pliegues de la pleura que forman los mediastinos y á la parte contigua de la pleura pulmonar, es rara y siempre imposible de diagnosticar, sucediendo lo mismo con la pleuresía *interlobular*. Puede, sin embargo, sospecharse una ú otra cuando haya un dolor vivo profundo en el pecho, acompañado de opresion y de calentura intensa, sin que la auscultacion y la percusion nos demuestren la existencia de una enfermedad de los pulmones ó de un derrame en la pleura y el pericardio. Estas dos formas de pleuresía circunscrita son aquellas en que el líquido derramado se abre mas á menudo al través del parenquima pulmonar y es espelido por los bronquios. La mayor parte de las observaciones consignadas en los autores con el nombre de *vómicas* ó *abscesos* de los pulmones, que se han derramado al exterior, no son mas que casos de pleuresías circunscritas, sobre todo interlobulares.

2.º *Varietades relativas á la naturaleza de las causas*.—No mencionaremos sino la que depende de la introduccion súbita en la pleura de un líquido irritante, como el de un absceso, un quiste, ó el de un foco gangrenoso de los pulmones, y aun con mas frecuencia el de un tubérculo reblandecido. La pleuresía, en estos casos, empieza instantáneamente por un dolor vivo é intolerable, acompañado de presion y de una ansiedad estremada. Como casi siempre existe una comunicacion entre la cavidad pleurítica y la bronquial, el aire exterior se introduce en la primera de estas cavidades y produce diversos síntomas que se conocen por la auscultacion y la percusion, los cuales examinaremos al estudiar el *hidro-pneumo-tórax*. Esta especie de pleuresía tiene un curso rápido y una terminacion casi siempre funesta.

3.º *Varietades relativas á la naturaleza de los síntomas locales y generales*. La pleuresía no se presenta siempre con el conjunto de síntomas que dejamos indicado mas arriba. Asi es que el dolor, en lugar de ser vivo y dislacerante, es á veces obtuso; en otros casos falta completamente; puede faltar tambien la calentura, en cuyo caso solo se anuncia la enfermedad por la disnea y la aceleracion de los movimientos respiratorios, y aun á veces faltan completamente estos dos síntomas. Los antiguos decian entonces que la pleuresía era *latente*; pero en la actualidad solo debe darse este nombre á las pleuresías que á causa de su asiento, no se revelan por ninguno de los signos físicos suministrados por la percusion y auscultacion; tales son por ejemplo, las pleuresías *mediastina*, *diafragmática* é *interlobular*. En cuanto á los síntomas generales, pueden admitirse en la pleuresía las mismas variedades que dejamos indicadas en la pneumonia, y no insistiremos sobre este punto, pues en nada se diferencian de las pleuresías simples con relacion al diagnóstico.

*Complicaciones*.—La pleuresía puede coincidir con la mayor parte de las enfermedades agudas ó crónicas, y es inútil enumerarlas; pero debemos dete-

(1) *Archivos generales de medicina*, 1855, número correspondiente al mes de setiembre.



neros un instante en los casos en que la pleuresía se complica con la pneumonia, que son muy frecuentes.

Cuando la pneumonia coexiste con un derrame pleurítico bastante considerable, dicese que existe una *pleuro-pneumonia*, en cuyo caso las dos alteraciones pueden existir en puntos diametralmente opuestos, y entonces cada una de ellas se presenta en su estension respectiva, con los síntomas que le son propios. Pero la pneumonia y el derrame existen las mas veces simultáneamente en el mismo punto, es decir, en la base, y entonces ora predominan los síntomas de una de estas enfermedades, ora se confunden ó se hallan mas ó menos modificados unos por otros. Asi, por ejemplo, cuando el derrame es muy abundante, impide mas ó menos completamente que se perciban los diversos ruidos morbosos que caracterizan el infarto y la hepaticacion. Si el derrame es por el contrario menor, se nota una crepitacion profunda, pero la percusion suministra en los puntos correspondientes un sonido mas completamente macizo que el de los infartos inflamatorios simples. Cuando la abundancia del derrame oscurece ó impide la trasmision del estertor crepitante, basta procurar que el líquido cambie de sitio haciendo tomar al enfermo la posicion conveniente, para que el ruido morbosos se perciba al momento con claridad. Por último, en los casos que me ocupan, el retumbo de la voz es nulo, ó si existe parece ser á la vez una mezcla de egofonia y broncofonia, por lo cual se le ha designado por el nombre de *bronco-egofonia*. Ya he dicho ademas que el derrame pleurítico en la pneumonia no parece que modera ni circunscribe la inflamacion pulmonar, ni tampoco abrevia el periodo agudo de la enfermedad, como se ha creido durante mucho tiempo (véase mi *Tratado de la pneumonia*, pág. 362). En cuanto á la complicacion de la pleuresía con los tubérculos, véase la *Tisis pulmonar*.

*Diagnóstico.*—La pleuresía solo puede confundirse con la pneumonia, pues el dolor de costado, la disnea, la opresion, la tos, la aceleracion de la respiracion, el sonido macizo, el ruido de fuelle, la broncofonia y la calentura, son síntomas comunes á una y otra. Pero prescindiendo de los esputos herrumbosos y de la crepitacion fina y seca que solo pertenece á la pneumonia, podrán distinguirse estas dos enfermedades una de otra, aunque falten estos dos síntomas, considerando que en la pleuresía, la calentura, la postracion de fuerzas y la alteracion del rostro no siempre guardan relacion con la estension del sonido macizo, como sucede en la pneumonia. Asi es que frecuentemente se ven derrames que ocupan la mitad, las dos terceras partes ó aun la totalidad de un lado del pecho sin que desarrollen mas que una calentura mediana, mientras que una alteracion tan estensa del pulmon suele ir acompañada de los accidentes mas graves. Sin embargo, pueden serlo bastante en los dos ó tres primeros dias de la pleuresía, para hacernos á veces sospechar la existencia de una pneumonia. No obstante, si encontramos entonces un sonido macizo completo, acompañado de ruido de fuelle y de broncofonia, ó bien faltase todo ruido natural ó morbosos, deberíamos diagnosticar una pleuresía, si no como enfermedad única, á lo menos como predominante; porque en la hipótesis de existir una pneumonia, era preciso suponer que habiendo invadido simultáneamente la flegmasia una gran superficie en algunos dias, habia llegado en todos los puntos al mismo grado, puesto que en ninguna parte se encuentra la crepitacion; pero este caso, sin ser absolutamente imposible, es por lo menos muy raro. Añadiremos

tambien que los signos físicos comunes á la pleuresía y á la pneumonia, presentan algunas diferencias, segun que se observan en una ú otra de estas enfermedades. Asi, en la primera el sonido macizo es mas completo, y la elasticidad se halla mas abolida que en la hepaticacion; el ruido de fuelle es tambien menos estrepitoso, pues está por lo comun encubierto y sofocado; y en fin, hemos visto ya que algunas veces podiamos hacer disminuir, se disipan ó cambian de sitio estos diversos fenómenos, desalojando el derrame por medio de las posiciones variadas que se hace tomar al enfermo.

Hay, no obstante, una forma de pneumonia cuyos signos físicos son bastante análogos á los de la pleuresía: hablo de la *esplenizacion*. En efecto, en este caso no hay, como lo he espuesto anteriormente, sino sonido macizo con ausencia de sonido de la voz; el ruido respiratorio es débil ó nulo; no hay soplo, y apenas se alcanza percibir un ligerísimo estertor subcrepitante. Por medio de la consideracion del estado general, llegaremos al diagnóstico diferencial. En la esplenizacion se observa el mismo aparato sintomático grave que se advierte en las pulmonías de forma atáxica ó adinámica, mientras que una pleuresía, sobre todo cuando está tan circunscrita como por lo general lo está la esplenizacion, nunca ocasiona en la economía desórdenes tan considerables.

Guenau de Mussy observa con razon que la hepatitis y la pleuresía diafragmática derecha presentan algunos síntomas comunes que hacen algunas veces dudoso el diagnóstico. Hay, en efecto, en ambos casos dolores reflejos sobreclaviculares, el hígado está desbordado, el hipocondrio sobresale mas, y algunas veces se presenta la ictericia. Pero en la hepatitis no se advierte el punto epigástrico, la disnea no es intensa, y á no ocurrir alguna complicacion, no hay ortopnea.

La pleuresía no tiene ningún signo patognomónico, y es un error indicar como tal la egofonia, pues ya he demostrado (p. 508 de mi *Tratado*), que este signo se encuentra algunas veces en las induraciones pulmonares simples. Además, conviene saber que hay individuos, sobre todo las mujeres viejas, cuya voz, naturalmente temblona y áspera, da lugar á la egofonia cuando se ausculta el pecho. Para que este signo tenga algun valor es preciso que coincida con el sonido macizo. Hemos dicho que algunas veces es susceptible de modificarse y cambiar de asiento con las posiciones que se imprimen al cuerpo. Ya hemos visto que la respiracion bronquial y la broncofonia podian ser efecto, asi de un derrame como de una hepaticacion. Sin embargo, como este signo es casi constante en la pneumonia y falta en muchas pleuresías, debemos redoblar nuestra atencion siempre que exista, y examinar con el mayor cuidado si el mismo tejido pulmonar se halla endurecido.

Los derrames pleuríticos difusos ó circunscritos que se vacian al exterior atravesando el parenquima del pulmon, suelen muchas veces confundirse con los abscesos de este mismo órgano. Para establecer entonces el diagnóstico diferencial, es preciso comparar entre sí el curso de las enfermedades, y notar sobre todo la diferencia que haya entre los síntomas comunes á una y otra. Asi es que la cantidad del pus no es la misma en ambos casos, pues en los abscesos es raro que llegue á siete onzas, mientras que en la pleuresía es dos ó tres veces mas abundante. El pus es tambien en aquellos comunmente espeso, flegmonoso y homogéneo, mientras que en esta es seroso, forma copos, y exhala entonces las



mas veces un olor fétido ó aliáceo. Inútil es decir que no existe ningun signo para reconocer la naturaleza del líquido derramado en la pleura, pues lo que ha dicho Laënnec para caracterizar la pleuresía hemorrágica, no ha sido confirmado por la observacion.

*Pronóstico.*—La pleuresía simple, segun dice Louis, sobreviniendo en un sugeto bien constituido, termina casi siempre por la curacion, esceptuando de esta regla la pleuresía doble cuando es muy estensa, y la diafragmática, cuya terminacion hemos dicho ya que es á veces funesta. La gravedad del pronóstico se gradúa especialmente por la intensidad de la calentura y la disnea, y la abundancia y el sitio del derrame. En igualdad de circunstancias hemos visto que la pleuresía izquierda es mas grave que la derecha, á causa de la mayor facilidad de la estension de la flegmasia al pericardio, y sobre todo porque en el caso en que el derrame sea bastante copioso para dislocar y comprimir el corazon, la muerte, como dejamos dicho, puede sobrevenir repentinamente mediante un síncope.

*Etiología.*—La pleuresía es rara en el año primero de la humana existencia, lo es tambien en los años postreros, observándose frecuentísimamente en la juventud y en el período medio de la vida. Parece ser mas comun en el hombre y ocupar mas á menudo el lado derecho que el izquierdo, aunque en proporcion mucho menor que la pulmonia. Todavía no conocemos la influencia que tengan las constituciones. La pleuresía sobreviene por lo comun sin que haya ninguna causa determinante apreciable, como la mayor parte de las enfermedades agudas: algunas veces sucede á una contusion, y con mas frecuencia á la impresion del frio; y en muchos casos se presenta como una enfermedad secundaria durante el curso de varias afecciones; asi es que viene á complicar, especialmente en las enfermedades agudas, á la pneumonia, la peritonitis puerperal, la infeccion purulenta, el reumatismo articular febril y la pleurodinia. En cuanto á las crónicas, sobreviene especialmente en la tisis pulmonar la nefritis albuminosa y las afecciones orgánicas del corazon.

*Tratamiento.*—El tratamiento antiflogístico, cuya energía debe ser proporcionada á la estension del mal é intensidad de la calentura, es el único que conviene usar al principio de la afeccion, pues está demostrado por hechos numerosos la inutilidad de la medicacion contra-estimulante con el *emético en altas dosis*. Las sangrías generales deben combinarse con las locales, sanguijuelas ó ventosas. Al mismo tiempo conviene guarden los enfermos una quietud absoluta, y someterlos á una dieta severa y al uso de las bebidas diluyentes. Tambien pueden emplearse con ventaja, especialmente en los niños, grandes cataplasmos emolientes al pecho, pues disminuyen en general el dolor y la opresion; y se mantendrá, en fin, el vientre libre mediante lavativas y laxantes suaves. Como en la pneumonia, se ha preconizado en esta enfermedad el uso de los calomelanos, con el opio ó sin él, aumentando algunas veces la dosis hasta el punto de producir la salivacion; pero este tratamiento no conviene sino en las pleuresías graves, contra las cuales han sido inútiles otros medios mas racionales y que ofrecen menos inconvenientes. En el estado agudo hay algunos síntomas que reclaman una medicacion especial; asi es que un dolor de costado demasiado vivo y una tos pertinaz, exigen el uso de las preparaciones opiadas.

Quando disminuye la calentura y el derrame permanece estacionario á pesar

de este alivio, deberá provocarse su reabsorción, escitando la mayor parte de las secreciones naturales, para lo cual conviene administrar los diuréticos, tales como el polvo de digital de 1 á 16 granos: el nitro á la dosis de 20 granos á 2 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> dracmas; el acetato de potasa de 2 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> dracmas á 2 onzas; pero estos medicamentos, tomados en tan altas dosis, obran ademas en estos casos como contra-estimulantes. Tambien se administran los purgantes salinos é hidragogos, los sudoríficos, y entre estos los baños de vapor, que son los mas enérgicos. Casi siempre se aplica entonces al lado del tórax, sitio del derrame, uno ó muchos vejigatorios ambulantes ó permanentes, medio que tiene una eficacia real, pero no debemos temer ponerlos muy grandes, pues es preciso que esten en relacion con la estension y la abundancia del derrame. Cuando los vejigatorios no producen su efecto y el mal pasa al estado crónico, debe recurrirse al tratamiento que mencionaremos al estudiar de la pleuresia crónica. A veces sucede que el derrame amenaza terminar de una manera funesta por efecto de su abundancia, ó por el obstáculo que opone á la circulacion y la hematosis; en cuyo caso no debemos titubear un momento en practicar la toracentesis con las precauciones que indicaremos mas adelante. Trousseau cita (*Journal de médecine*, de 1844), muchos hechos favorables á esta práctica, por lo que no dudamos aconsejarla en igualdad de circunstancias. Lacaze-Duthiers dice en su escelente tésis, que esta operacion ha producido buen resultado 30 veces en 42 enfermos, y que muchos de los que han sucumbido se hallaban por otra parte en las mas tristes condiciones. Es importante decir que la toracentesis, cuando es útil, no siempre produce buen resultado la primera vez, y que en ciertos casos es necesario repetirla muchas en el intervalo de algunos dias (Véase para el manual operatorio el artículo *Pleuresia crónica*).

#### *De la pleuresia crónica.*

La pleuresia crónica es bastante frecuente, ya como enfermedad primitiva, ya mas bien como resultado de la forma aguda, y lo mismo que esta, puede ser general ó parcial.

*Caracteres anatómicos.*—En la pleuresia crónica, asi como en la aguda, se encuentra la pleura inyectada y conteniendo falsas membranas mezcladas con líquido. Pero la inyeccion es aquí por lo comun mas intensa, pareciendo á veces que penetra el mismo tejido de la pleura, que en muchos casos lo hemos creído manifestamente engrosado. Las concreciones pseudo-membranosas son tambien mas gruesas y friables, y suelen reducirse entre los dedos á una materia pulposa, opaca y purulenta. El líquido derramado es rara vez cetrino y trasparente, pues casi siempre se presenta opaco, lechoso ó completamente purulento, y exhala un olor poco caracterizado, aliáceo y á veces fétido, sobre todo cuando existe alguna fistula pulmonar; en cuyo caso se encuentra ademas en la pleura cierta cantidad de gases. La porcion del líquido es en general muy considerable; asi es que se halla por lo comun muy dilatado el lado del tórax correspondiente, el corazon, el mediastino y el diafragma comprimidos ó desviados, el pulmon, en fin, tan atrofiado, que apenas tiene de 4 á 8 líneas de grueso, suele estar cubierto de falsas membranas muy gruesas, lo cual explica el error de algunos autores antiguos que suponian entonces á este órgano destruido por la supuracion.



Este órgano no ocupa siempre el mismo lugar: unas veces, como lo consigna Oulmont, está como repelido hácia arriba y hácia dentro contra el mediastino; otras hácia adelante y hácia arriba, ó bien está aplastado contra la columna vertebral ó rechazado hácia atrás. Este pulmon, comprimido asi, no puede ya recobrar su primera capacidad; y á pesar de todos los esfuerzos que al efecto se practiquen, solo se consigue duplicar su volumen por medio de la insufacion, aun despues de haberlo desembarazado de las falsas membranas que lo cubren y comprimen (1). La pleuresía crónica coexiste muchas veces con los tubérculos pulmonares, los cuales existen en las ocho décimas partes de los que sucumben, habiéndolos no solamente en los pulmones, sino también muchas veces en las falsas membranas de la pleura. Generalmente son mas numerosos y están mas adelantados en el pulmon del lado enfermo.

*Síntomas.*—La pleuresía crónica presenta casi los mismos signos físicos que la aguda; aunque la egofonia es aquí un fenómeno raro, y solo existe cuando el derrame es todavía poco abundante, pues tan luego como llega á ser considerable, se encuentra un sonido macizo completo, sin que la auscultacion nos suministre ninguna especie de ruido natural ó morboso, ni durante los movimientos respiratorios, ni mientras el enfermo habla ó tose. Oulmont pone en duda este último hecho, y asegura que el sonido de la voz nunca desaparece completamente por abundante que sea el derrame. Si el enfermo habla, dice el expresado autor, se oye resonar la voz por todas partes y parece salir de las profundidades del pecho, conservando un timbre claro, limpio, un poco trémulo, pero pocas veces articulado; si se acercara á la línea del nivel del líquido, este rumor se trasformaria en egofonia. Este es un fenómeno que no he observado, al paso que he encontrado muchos derrames pleuríticos que no daban sonido alguno sobre toda su superficie á la auscultacion de la voz. En la pleuresía crónica se observan también mas especialmente, algunas veces, un soplo fuerte y sonoro, como los soplos cavernosos y anóricos, y ese murmullo á que me he referido, de acuerdo con Rilliet y Barthez, al tratar mas arriba de la pleuresía aguda.

En la crónica es especialmente donde se halla mas ó menos dilatado el lado correspondiente del pecho. Los espacios intercostales son mas anchos, y algunos órganos están mas ó menos dislocados; asi, pues, en la pleuresía del lado derecho el hígado está desviado por bajo del reborde costal, al paso que en la del lado izquierdo el bazo y el estómago sufren la misma desviacion; pero el corazón está desviado de tal modo, que se le ha visto palpar hácia la region axilar derecha. En general, los latidos se perciben sobre el borde derecho del esternon. Además, el lado enfermo se presenta inmóvil en los movimientos respiratorios, mientras que el sano se dilata como de costumbre; los enfermos experimentan al mismo tiempo opresion y una tos mas ó menos frecuente, se hallan sofocados, sobre todo al moverse, y están habitualmente acostados sobre el dorso ó el lado enfermo, porque les es imposible guardar otra posicion, ó no pueden soportarla sino un momento. Es muy raro en efecto que el decúbito sea indiferente, y todavía lo es mas que se acuesten los enfermos sobre el lado sano, de lo cual cita Morgagni un ejemplo refiriéndose á Valsalva, y como

(1) *Thèse de Paris*, 1844.

yo mismo lo he visto en muchos casos : hecho singular de que no podemos darnos una explicacion algo satisfactoria.

Los síntomas generales y simpáticos varían según el período en que se halle la enfermedad, su modo de originarse y la causa que la haya producido ó la sostenga. Si la pleuresía es primitivamente crónica, no se anuncia comunmente por dolor alguno local; la calentura falta tambien del todo; los enfermos se quejan tan solo de una tos seca, experimentan opresion y dificultad al respirar, una sensacion general de malestar, y pierden el apetito, las fuerzas, la carne y el color. Cuando es, por el contrario, consecutiva de la aguda, disminuyen y aun cesan completamente el dolor y la calentura; mientras que los signos físicos nos revelan el aumento del derrame, ó que permanece estacionario. Sea cualquiera el modo con que invada la pleuresía, si esta depende de la existencia de tubérculos pulmonares, se aumenta con rapidez el enflaquecimiento, y sobrevienen muy pronto la calentura héctica, los sudores nocturnos y la diarrea. La mayor parte de estos accidentes pueden observarse tambien en algunos individuos no tuberculosos, pero solo cuando el derrame pleurítico es completamente purulento. No obstante, en este caso la enfermedad presenta una forma mas aguda. Muchas veces la coexistencia de los tubérculos pulmonares no se revela, á lo menos durante mucho tiempo, sino por los signos de la tisis, porque los tubérculos existen sobre todo en gran número ó casi esclusivamente hácia el lado del derrame; ó bien no permitiendo este al pulmon verificar su expansion; sus guese de aquí que los signos de auscultacion son por lo general oscuros y aun nulos.

*Duracion y terminaciones.*—La pleuresía crónica tiene una duracion siempre larga é indeterminada; persiste por lo comun dos, tres ó cuatro meses, no siendo raro que se prolongue hasta seis, y aun puede durar uno ó dos años: sus terminaciones son la curacion ó la muerte.

Si la terminacion debe ser fatal, se debilitan los enfermos cada vez mas; el edema, limitado al principio á las paredes del pecho, se estiende bien pronto á todo el cuerpo, y sucumben presentando todos los síntomas de la calentura héctica. Si la pleuresía, por el contrario, debe terminar felizmente, se alivian los síntomas generales aun antes que la percusion y la auscultacion puedan revelarnos un cambio favorable en el estado del pecho. El sonido macizo disminuye pronto, y la expansion pulmonar se percibe de arriba abajo, sin que vaya nunca precedida de la *reaparicion de la egofonia*. Sin embargo, el pulmon que ha estado comprimido mucho tiempo por el derrame, no puede adquirir ya, aunque este se reabsorva, su volúmen primitivo, y habrá por lo tanto un vacío en el pecho, á no destruirlo los cambios que sobrevienen en las paredes torácicas, los cuales han descrito Larrey y Laënnec con mucha exactitud.

No pudiendo el pulmon dilatarse suficientemente, se acercan á él las costillas y llenan asi el espacio que resulta de la reabsorcion del líquido. Los espacios intercostales se disminuyen, y las costillas se dirigen hácia dentro redondeándose; toman una forma prismática y triangular, á consecuencia de la produccion en su cara interior, de una concrecion ósea, formada entre el periostio y la costilla sometida á la influencia del trabajo inflamatorio, que se ha irradiado desde la pleura hasta el hueso. Este osteofito constituye, por decirlo asi, una costilla añadida, concéntrica de la primitiva. Este curioso punto de anatomía patológica, ha sido



perfectamente estudiado por Parise, cirujano militar de los mas distinguidos (1). Los cambios de que hablamos, producen una estrechez más ó menos considerable de la cavidad torácica. En efecto, examinando el tórax se encuentran desiguales sus dos lados, y medidos comparativamente, se observa que suele á veces existir entre ellos una diferencia de pulgada y media en su diámetro trasversal. El lado que ha sufrido la estrechez es tambien más corto; el hombro está mas bajo; el pezon deprimido, y más cerca del plano inferior que el opuesto; los músculos parecen hallarse atrofiados, especialmente el gran pectoral, y la columna vertebral suele á veces doblarse formando una corvadura cuya concavidad mira al lado enfermo; asi es que los individuos parecen estar inclinados hácia este lado, circunstancia que hace su progresion algo análoga á la cogera. En la mayor parte de estos enfermos presenta el lado afecto todo el resto de vida, un sonido mas ó menos oscuro, y el ruido respiratorio no existe en él ó es muy débil. Cuando el estrechamiento llega á este punto, es raro que los enfermos recobren su salud primitiva; se conservan mas ó menos débiles, se fatigan con facilidad, y como apenas tienen mas que un solo pulmon, son mas graves é incómodas en ellos las afecciones de pecho, aunque ligeras, como por ejemplo, la bronquitis simple.

Son raros, sin embargo, los casos en que el estrechamiento del pecho sea tan grande, pues casi siempre es parcial, limitándose á la cuarta ó quinta parte inferior, donde es por lo comun menos sonora la percusion y el ruido respiratorio mas débil que en las demás partes. Sea cualquiera por lo demás la estension de esta estrechez, es casi siempre indeleble, aunque Chomel refiere una observacion curiosa, tal vez la única que haya en la ciencia, que prueba la posibilidad de que el pecho, considerablemente estrecho á causa de una pleuresía crónica, recobre al fin de muchos años sus primeras dimensiones, y que en los casos en que un lado se estreche por efecto de la compresion y atrofia del pulmon correspondiente, puede el otro dilatarse supliendo asi la impotencia de su cógenere, siguiendo las leyes de la fisiología patológica (2).

Si se examina el estado del pulmon en estos estrechamientos del tórax, se ve que está adherido á las costillas por medio de un tejido fibro-cartilaginoso muy resistente, y que el parenquima pulmonar se halla flácido, rojizo y semejante á los músculos. Esta organizacion, en que se hace menos evidente el estado celular del pulmon, esplica mejor que las falsas membranas que revisten la pleura, la debilidad del ruido respiratorio.

Háse discutido acerca del mecanismo en cuya virtud el pecho se estrecha á consecuencia de los derrames pleuríticos. Delpech admitia que las falsas membranas que esperimentaban la trasformacion fibrosa, adquirian la facultad de retraccion de que el tejido inodular está dotado, y tendian de esta manera á atraer las paredes del pecho sobre el pulmon; pero esta teoría, perfectamente refutada por Oulmont en su tesis, no es aceptable. La falsa membrana pleural se diferencia mucho efectivamente del tejido de las cicatrices ordinarias, y nada por otra parte, demuestra su propiedad retráctil. Como para efectuar esta retractacion se necesita un punto de apoyo que no puede hallarse segun Delpech,

(1) *Archives de médecine*, 4.<sup>o</sup> serie, tomo XXI, p. 520 y 448.

(2) *Pathologie générale*, 3.<sup>o</sup> edicion, pág. 459.

sino sobre las costillas, el esternon y el ráquis, síguese de aquí que el pulmon, segun este mecanismo, debería mas bien ser atraído que rechazado. Parécenos preferible creer que la depresion torácica de que acabamos de hablar, consiste en la pérdida de elasticidad del pulmon que deja de tener dilatado el pecho, mientras por otra parte la presion atmosférica favorece tambien la retraccion de las paredes.

El líquido derramado puede abrirse paso al exterior, en lugar de ser reabsorbido; ya hemos dicho que podia salir por los bronquios perforando el parenquima pulmonar. En otros casos mas raros, fluye el líquido al través de las paredes torácicas, prévia la formacion de un absceso en estas, que destruyendo la piel deja salir una cantidad de pus que no guarda proporcion con su volúmen: la salida del líquido se aumenta en este caso con la inspiracion ó las sacudidas de tos, y algunas veces solo se verifica durante la produccion de estos fenómenos. Estos dos modos de evacuacion, que se han observado á veces simultáneamente en un mismo individuo, han acarreado casi siempre una terminacion funesta, cuando la pleuresía era general; si es parcial, suele por lo comun obtenerse la curacion. Tambien puede sobrevenir en este caso un estrechamiento del tórax, del mismo modo que cuando el mal se cura por reabsorcion.

Concíbese bien que si la pleuresía termina por adherencias generales entre las dos hojas de la pleura, haya ó no estrechamiento consecutivo del tórax, se hace imposible toda recidiva, puesto que ya no existe, propiamente hablando, la cavidad pleurítica.

*Diagnóstico.*—La pleuresía crónica es una enfermedad fácil de reconocer, aunque pudiera confundirse, cuando es parcial, con una pneumonia crónica ó con el desarrollo de un tumor sólido en el pecho, porque en todos estos casos hay sonido macizo con falta completa de todo ruido natural ó morboso. Ningun medio hay, pues, de evitar el error, á no ser que nos permita la falta de adherencias (cosa poco probable), desalojar el líquido haciendo variar las posiciones del enfermo. No obstante, la pneumonia crónica, y sobre todo los tumores sólidos de las pleuras, son unas afecciones tan raras, que cuando se observen los sintomas anteriormente indicados, debemos diagnosticar casi de seguro la presencia de un derrame pleurítico. Añadiremos que la pneumonia crónica, limitada á un solo lóbulo, puede ocasionar la consuncion y la muerte, mientras que una pleuresía tambien crónica, circunscrita á la mitad inferior, no produce semejante efecto, si no está complicada con tubérculos. El cáncer de los pulmones puede tambien revestir la forma de un derrame pleurítico crónico; pero ya veremos que en esta afeccion, que es por lo demás muy rara, se advierten entre otros caracteres distintivos, una espectoracion negruzca y los signos de la caquexia cancerosa.

*Pronóstico.*—La gravedad de este es proporcionada á la abundancia del derrame, la antigüedad del mal y la resistencia que opone al tratamiento. La demacracion y la calentura héctica son síntomas del mas fatal agüero. El pronóstico de la pleuresía crónica es siempre grave, á causa de complicarse frecuentemente con tubérculos, cuya presencia es muy probable si la pleuresía es doble. La pneumonia aguda rara vez activa la produccion y el desarrollo de los tubérculos; pero no sucede lo mismo con la pleuresía, pues aunque esta, como he observado muchas veces, se cura frecuentemente en medio de condiciones



desfavorables, no impide que la tisis haga progresos incesantes y á veces bastante rápidos, á medida que el líquido se reabsorbe y el tórax se va estrechando.

*Etiología.*—Nada sabemos aun con exactitud sobre las causas predisponentes y eficientes de la pleuresia crónica primitiva. La pleuresia aguda se hace especialmente crónica cuando el tratamiento ha sido insuficiente ó irracional, y cuando ataca á individuos debilitados, cacoquímicos y sobre todo tuberculosos.

*Tratamiento.*—Rara vez son útiles las emisiones sanguíneas en la pleuresia crónica, esceptuando sin embargo los casos en que el sugeto es robusto. Las sangrías locales, hechas sobre todo por medio de las ventosas, son generalmente preferibles. El medio mas eficaz de tratamiento, consiste en los exutorios aplicados en mayor ó menor número al pecho, debiendo ser preferidos á los vejigatorios, por no ser bastante enérgicos, las fuentes, la moxa ó el sedal, favoreciendo su accion con algunos diuréticos ó purgantes drásticos, siempre que el tubo digestivo lo permita. Deben sostenerse las fuerzas por medio de una alimentacion conveniente; y es necesario colocar á los enfermos en las condiciones higiénicas mas favorables. Sin embargo, cuando lejos de verificarse la reabsorcion, se aumenta por el contrario el derrame, y se nota que la calentura héctica conduce poco á poco el enfermo al marasmo, sobre todo si padece una opresion habitual, algunos han propuesto dar salida artificial al líquido al través de las paredes torácicas, que es lo que constituye la *operacion del empiema*. Sea cualquiera el procedimiento que se adopte, ora se evacue el líquido por una ancha incision ó por una simple puncion practicada en uno de los espacios intercostales (proceder que en general nos parece preferible), la operacion del empiema, solo puede considerarse como un medio paliativo; porque hallándose reducido el pulmon á un pequeño volúmen, sujeto en todas partes por falsas membranas, habiendo perdido toda su elasticidad y fuerza expansiva, apenas puede ya dar paso al aire, como ya hemos dicho, en vista de las esperiencias practicadas sobre el cadáver. Esta causa y la persistencia de la alteracion de la pleura esplican suficientemente por qué la operacion del empiema es casi siempre infructuosa. Sin embargo, ¿no podrá atribuirse esta insuficiencia tan constante de la operacion, á que en Francia, á lo menos, se espera, para dar salida al líquido, á que haya llegado la enfermedad á su último período? Es indudable, en nuestro concepto, que si se operase mas pronto, si se recurriese á este medio antes que la calentura héctica hubiese minado la constitucion, y el pulmon hubiese perdido su elasticidad, se obtendrian resultados mas favorables, segun se deduce de los numerosos hechos observados por los cirujanos antiguos, y los mas concluyentes todavía que han publicado algunos contemporáneos. En efecto, los doctores Hughes y Coek, médicos del hospital de Guy en Londres, han publicado en 1844 la relacion de veinte casos de toracentesis, de los cuales siete curaron y cinco se mejoraron. En el mismo año publicó la *Gaceta-médica de Londres* otra memoria del doctor Hamilton Roc, en la que se citan veinticuatro operaciones de empiema, de las cuales diez y ocho dieron por resultado la curacion.

Entre los procedimientos aconsejados para abrir el tórax, debe preferirse á la incision de los espacios intercostales la simple puncion con un trocar, practicada del modo siguiente. Se atraviesa la piel con una lanceta al nivel del

borde inferior de la octava costilla, cortando de *arriba abajo*, y á unas dos pulgadas hácia fuera del gran pectoral; luego se tira con fuerza de la piel hácia arriba, hasta que corresponda su incision al séptimo espacio intercostal, y se introduce el trocar por ella rozando el borde superior de la octava costilla. Hecho esto, se estrae el líquido que se puede; mas para impedir que el aire penetre por la cánula, se adaptará de antemano, como aconseja Reybard, al pabellon del instrumento un pedazo de tripa mojada, que sirve para tapar la abertura cuando, en el acto de la inspiracion, deja de fluir el líquido, y tiende el aire á penetrar en el pecho.

Para facilitar la salida del líquido, se aconsejará al enfermo que tosa y haga esfuerzos, y al mismo tiempo se ejercerá una compresion sobre el pecho y el abdómen. Cuando haya salido todo el líquido, es preciso que en el momento en que se saca la cánula, el enfermo se mantenga inmóvil y suspenda completamente los movimientos respiratorios; luego se esprimirá esmeradamente el líquido de la herida, porque sin esta precaucion tal vez se inflamarian sus bordes, se ulcerarian y se presentaria una fístula pleural. Importa tener en cuenta que algunos enfermos experimentan durante la operacion golpes de tos de los mas fatigosos, y que otros sienten dolores dislacerantes en el pecho, lo que debe atribuirse á la distension y rotura de las falsas membranas, en el momento en que el pulmon empieza á dilatarse.

Los antiguos cirujanos solian practicar despues de la operacion del empiema, inyecciones detersivas de la pleura, pero estas se abandonaron poco á poco. No obstante, hace algunos años se ha intentado restablecerlas. Muchos médicos, especialmente Boinet y Aran, despues de haber vaciado el pus contenido en la pleura, han inyectado en su interior una mezcla de 100 partes de agua, de 10 á 50 de tintura de iodo, y de 1 á 4 de ioduro de potasio, pues se asegura que estas inyecciones destruyen inmediatamente la fetidez del pus; y cambiando el modo de vitalidad de las superficies enfermas, producen la curacion en casos considerados como mortales (1). A pesar de esto, si los hechos que hasta el dia han tenido lugar permiten esperar felices resultados del empleo de este medio, son insuficientes todavía para juzgar debidamente el valor de semejante método.

#### INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DE LA CIRCULACION.

Los diversos órganos encargados de la circulacion arterial, venosa y linfática, son susceptibles de inflamarse. Tambien es probable suceda lo mismo con los vasos capilares; pero su tenuidad nos ha impedido demostrar hasta aquí los desórdenes que la flegmasia debe producir en ellos. Vamos sucesivamente á examinar la inflamacion del pericardio, la del corazon, arterias, venas, vasos y ganglios linfáticos.

##### *De la pericarditis.*

La palabra *pericarditis* sirve para designar la inflamacion de la hoja serosa del pericardio.

*Historia.*—Fue completamente desconocida de los médicos antiguos, pues la pericarditis no llegó á indicarse hasta el siglo XII, y es preciso llegar hasta Senac para encontrar la primera descripcion, perfeccionada por Corvisart, pero

(1) *Archives de médecine*, 1855, número 1., abril y mayo. *Bulletin de thérapeutique*, t. XLIV, p. 54.



que es tan incompleta, sobre todo con relacion á los síntomas, que Laënnec decia al concluir su carrera que la pericarditis solo podia por entonces *adivinarsé*, pero no *diagnosticarse*. Esta proposicion no es ya exacta en la actualidad, pues desde las investigaciones de Louis (1) Andral (2) Bouillaud (3) y Hache (4) en Francia, y Stokes (5) y Latham, (6) en Inglaterra, el diagnóstico de la inflamacion del pericardio puede establecerse en el mayor número de casos.

*Divisiones.*—La pericarditis es *aguda ó crónica, parcial ó general*.

*Anatomía patológica.*—Las lesiones cadavéricas varian segun la época en que muere el enfermo. Si este llega á sucumbir poco tiempo despues de la invasion, se encuentra solo en el pericardio una rubicundez mas ó menos viva, salpicada ó dispuesta en forma de chapas, dependiente de una inyeccion que ocupa mas bien el tejido celular que la misma hoja serosa. Esta conserva por lo demás su grosor y transparencia, pero se la despega mas fácilmente, sin que se haya hecho mas fragil ni desmenuzable; pero casi siempre, desde los primeros momentos de la enfermedad la secrecion de la membrana inflamada se ha modificado profundamente. Asi, pues, su superficie está seca ó pónese mas ó menos lisa y erizada de algunas placas ó granulaciones albumino-fibrinosas. Pronto, sin embargo, se produce un derrame formado por copos albuminosos, y una serosidad turbia, opaca ó rojiza y á veces completamente sanguinolenta (*Pericarditis hemorrágias*). Por último el líquido es en ciertos casos blanco, homogéneo y enteramente purulento; su cantidad, que es por lo comun de dos á cuatro onzas, puede llegar á 2, 4 ó 6 cuartillos (J. Franck, Louis); produciendo entonces una distension estremada del pericardio, que en este caso deprime mas ó menos los pulmones y el diafragma. Algunas veces no se encuentran en la autopsia derrames serosos, y si únicamente concreciones albuminosas, unas libres y flotantes, otras dispuestas con mas ó menos desigualdad en ambas superficies del pericardio, especialmente en la hoja cardíaca, las cuales tienen desde  $\frac{1}{2}$  hasta 14 líneas de espesor. Rara vez aparecen lisas en su superficie, pues casi siempre es desigual, presentándose ora reticulada y parecida á la superficie de un panal de miel, ora se observan en ella algunas prominencias que la hacen comparable al segundo estómago de los rumiantes, á la lengua de un gato, á una anana, ó una piña de pino, etc., comparaciones que son perfectamente exactas. Esta disposicion tan notable de las falsas membranas, que no se encuentran en otro punto, depende probablemente de los movimientos continuos y alternativos del corazon. En una época todavía mas adelantada no suele ya encontrarse líquido, ó solo existe un poco de serosidad; las superficies opuestas del pericardio se adhieren entre sí por filamentos celulares, cuya adherencia es á veces tan íntima, que no suele encontrarse ninguna cavidad, lo cual ha inducido á creer muchas veces que faltaba el pericardio. Las falsas membranas, por cuyo medio se efectúa esta especie de fusion, tienen mas ó menos consistencia, y pueden ser celulares, fibrosas, cartilaginosas y aun óseas, pero casi siempre llegan á reabsorberse antes de experimentar

(1) *Mémoires anatomo-pathologiques*; 1826.

(2) *Clinique médicale*.

(3) *Traité clinique des maladies du cœur*.

(4) *Archives de médecine*, 1835.

(5) *Dublin Journal*, 1835.

(6) *Medical Gazette of London*, 1829.

estas diversas trasformaciones. Es raro, sin embargo, que desaparezcan del todo, pues queda comunmente en el sitio que han ocupado, un tinte blanco, opalino y variable en magnitud, conocido en anatomía patológica con el nombre de *manchas ó chapas lácteas*. Seria no obstante un error el creer que estas manchas indican siempre una pericarditis anterior. Ciertamente es que algunas reconocen evidentemente esta causa, y estas pueden disecarse y separarse completamente del pericardio, que se halla intacto por debajo de ellas, cualquiera que sea su antigüedad; pero otras, que son en mayor número, lejos de depender de un producto de secrecion concretada en la superficie libre de la serosa, resultan al contrario de alteracion, de nutricion, ó de una trasformacion lenta de esta membrana, que pierde gradualmente su grosor y trasparencia normales (Bizot).

La pericarditis crónica es siempre general (Laënnec). El pericardio se halla en esta mas rubicundo que en la forma aguda; el derrame suele estar constituido por un líquido purulento; las falsas membranas son mas consistentes, y á veces se encuentran en ella depósitos de materia tuberculosa.

Tanto en la pericarditis aguda como en la crónica, puede conservar el corazon su volumen normal. Cuando el derrame albuminoso ó seroso es muy abundante, sufre el órgano una especie de retraccion y un principio de atrofia, debidas probablemente á la compresion que experimenta. En otros casos están hipertrofiadas sus paredes, dilatadas sus cavidades, ó bien el tejido se halla reblandecido, pálido y como macerado. El endocardio se encuentra generalmente intacto; pero hay casos en que está inflamado, las válvulas engrosadas, y las cavidades cardiacas contienen algunas concreciones sanguíneas, mas ó menos decoloradas, situadas entre los pilares y columnas, y algunas adherentes á la parte del endocardio que está inflamada.

*Sintomas.*—La pericarditis sobreviene unas veces en medio de la mejor salud, y otras en el curso de cualquiera afeccion, como el reumatismo, la pleuresía, la pneumonia, etc. En el primer caso, pueden presentarse los prodromos ordinarios de la mayor parte de las enfermedades agudas. La invasion suele empezar por un escalofrío mas ó menos intenso, y en algunos casos raros por un síncope.

El dolor ha sido considerado durante mucho tiempo como uno de los síntomas mas constantes de la enfermedad, pero falta, no obstante, en la mayor parte de los casos. Casi siempre moderado y obtuso, algunas veces es vivo y desgarrador, como se verificó en Mirabeau, pero no adquiere esta intensidad sino en las pericarditis complicadas de pleuresia. Este dolor, sea cual fuere su grado, se aumenta ordinariamente por la tos y la presion, y reside comunmente en la parte superior é interior del pezon izquierdo; en algunos casos está limitado á la mitad izquierda del epigastrio, y se agrava cuando se oprime esta region en la direccion del pericardio.

Mas de las dos terceras partes de los enfermos experimentan palpitations intermitentes que aparecen sobre todo durante la noche, ora de un modo espontáneo, ora provocadas por los movimientos, la fatiga ó las emociones morales. Este síntoma, que es generalmente poco incómodo, suele pasar desapercibido. Las lipotimias y los síncope que se han considerado por mucho tiempo como un accidente comun en la pericarditis, son al contrario muy raros, pues apenas



se verifican en la décima parte de los casos, y no sobrevienen generalmente hasta un período avanzado, ó cuando hay complicaciones. En casi todos los enfermos se observa desde el principio del mal alguna disnea ú opresion y frecuencia en los movimientos respiratorios, cuyo número llega á ser las mas veces de 24 á 40. Finalmente, hay por lo comun una tos seca, sin alteracion del ruido respiratorio, la cual puede esplicarse, como dice Louis, por la compresion que ejerce el pericardio distendido sobre el pulmon izquierdo.

Apenas cuenta la enfermedad algunos dias de duracion, cuando ya existe un derrame bastante considerable en el pericardio, y produce algunos fenómenos que bastan por sí solos para caracterizarla. Asi es que Louis ha demostrado hace veinte y cinco años, que por efecto del derrame que se formaba en el pericardio, la region precordial suministraba á la percusion un sonido macizo proporcionado á la abundancia del líquido, cuya estension puede variarse muchas veces con las posiciones que se dan al enfermo. El conocimiento de este hecho es debido á Piorry, que ha consignado tambien que este sonido macizo era *piriforme*, es decir, que disminuye de abajo arriba.

Cuando la cantidad del líquido es bastante considerable, produce ademas una abolladura en la region precordial, cuya prominencia, demostrada primeramente por Louis, es bastante uniforme, y llega á veces hasta la primera ó segunda costilla.

Aplicando el oido á este nivel, se encuentra que falta el ruido respiratorio, efecto de la compresion que ha sufrido el pulmon izquierdo. Los latidos del corazon no son ya superficiales sino profundos, y están evidentemente separados del oido por un cuerpo intermedio. Tienen ademas una fuerza desigual y están muchas veces oscurecidos por los ruidos anormales, existentes unos en el mismo corazon, como el ruido de *fuelle ó de escofina*, y otros en el pericardio, como los ruidos de *roce*, cuya fuerza y aspereza son relativas al grosor, la densidad y las desigualdades de las falsas membranas que los producen. Asi es que al principio no consisten mas que en un simple roce, que mas tarde aumenta de fuerza, imitando entonces el ruido del cuero nuevo, y aun puede simular el ruido áspero de una escofina, en cuyos casos suele percibirse una crepitacion particular aplicando la mano á la region precordial. Todas estas variedades ó grados del ruido del roce, lo mismo que otras muchas, pueden sucederse ó coexistir simultáneamente, y percibirse en toda la estension de la region precordial ó hallarse limitadas á un solo punto, especialmente en las inmediaciones del pezón. En general el ruido de roce acompaña á los dos ruidos del corazon; pero es comunmente mas notable en el diástole que en el sistole; continuo ó intermitente, y varía de intensidad y de sitio segun la posicion que toma el enfermo, y tambien sin causa conocida, adquiriendo sobre todo mayor fuerza cuando el líquido es poco abundante, aun cuando puede existir tambien luego que este llega á ser considerable. Los ruidos pericárdicos que acabamos de enumerar, se esplican por el roce de las superficies desiguales á causa de las falsas membranas; y los del corazon, por una alteracion de las válvulas, por la compresion que ejerce el derrame, el cual estrecha las cavidades, ó tambien, como dice Hope, por la violencia con que suele contraerse el corazon.

La pericarditis se presenta acompañada de un estado febril mas ó menos intenso; en los casos simples es raro que haya mas de cien pulsaciones, el pulso

está generalmente dilatado, aunque á veces es pequeño, débil é irregular. Se ha cometido el error de considerar por mucho tiempo la irregularidad del pulso como un síntoma comun de la pericarditis simple; pues apenas existe mas que en la quinta parte de los casos, y es comunmente pasajera. Los enfermos se quejan al principio de cefalalgia; su sueño suele ser penoso, lo interrumpen despertándose sobresaltados, y rara vez hay delirio. El aparato digestivo no ofrece en general mas alteraciones que la inapetencia y el aumento de la sed; es escasa la postracion de fuerzas, aunque la mayor parte de los enfermos se ven obligados á guardar cama, y suele en fin observarse alguna infiltracion serosa en la cara ó los miembros inferiores.

*Curso, duracion y terminaciones.*—La pericarditis suele seguir un curso rápido, y terminar por la muerte en uno ó algunos dias. En estos casos suele haber una disnea progresiva, un desórden considerable de los latidos cardiacos, una alteracion profunda de las facciones y edema, terminando entonces muchas veces la vida de un modo impensado en medio de un síncope. Sin embargo, la pericarditis sigue casi siempre un curso mas lento, y sea cual fuere su terminacion, tiene en general un período de aumento que dura de seis á ocho dias; despues se alivian los accidentes, habiendo permanecido estacionarios por algunos dias; disminuye la abolladura, el sonido macizo se circunscribe cada vez mas, se calma la calentura y aparece la convalecencia entre el décimoquinto y el vigésimo dia. En los casos mas graves suele ser mas tardía, pudiendo no presentarse hasta pasado un mes ó seis semanas. El restablecimiento es completo en general, pero hay enfermos que tienen opresion por mucho tiempo y sufren varios padecimientos. Nosotros hemos visto muchos de estos en quienes sobrevino al fin una lesion orgánica.

Cuando la pericarditis no produce una adherencia general en el pericardio, puede reproducirse, y segun Hope, estas recaidas no son raras. Hay, en efecto, sugetos que se ven acometidos de una pericarditis mas ó menos grave en cada ataque de reumatismo articular agudo.

La pericarditis puede ser una causa mas ó menos inmediata de lesiones graves del corazon, que es lo que se observa especialmente cuando la inflamacion llega á producir adherencias generales entre las hojas parietal y visceral del pericardio. Resulta en efecto de las observaciones de Beau, (1) que en las cinco sextas partes de los casos en que existieron estas adherencias, se notaba un aumento considerable del volúmen del corazon, dependiente de la dilatacion de las cavidades y de la hipertrofia de las paredes. A veces tambien, segun Hope y Beau, se nota un cambio de direccion del corazon, que segun el último, generalmente se encuentra colocado perpendicularmente al diafragma: posicion tanto mas estraordinaria, cuanto que mas adelante veremos que, en los casos de dilatacion y de hipertrofia generales, se aproxima mucho á la direccion horizontal.

M. Beau explica la lesion del corazon por las tracciones que las adherencias del pericardio ejercen sobre el órgano; pero es preferible decir, con Haller, que el corazon se hipertrofia y las cavidades se dilatan en razon de la dificultad que este órgano experimenta y del aumento de accion que, por consiguiente, debe desplegar.

(1) *Archivos generales de medicina*, t. X, pág. 438, 2.<sup>a</sup> serie.



Si autores eminentes, como Lãncisi, Haller, Senac, Corvisart y Morgagni, creen que las adherencias generales del pericardio son incompatibles con el estado de salud, hay otros no menos recomendables, como Laënnec y Bouillaud, que son de opinion contraria. Algunos hechos que he observado me hacen pensar como los últimos.

Sin embargo, las adherencias generales del pericardio pueden ser graves por las alteraciones de nutricion que suelen observarse en el órgano, y porque dan márgen à síntomas generales que no son característicos. Como quiera que sea, todos convienen en que no existe ningun signo capaz de hacer *conocer* ni aun *sospechar* durante la vida, las adherencias parciales ó generales del pericardio. El doctor Sanders, y tal vez antes que el Kreisig, habia dicho que en los casos de adherencia se formaba en el epigastrio, inmediatamente debajo de las costillas falsas izquierdas, una depresion que se advertia durante el sistole ventricular, y que ellos esplicaban por la retraccion que experimenta el diafragma à cada movimiento de ascension del corazon; pero hasta ahora no se ha confirmado esta observacion. Hope ha dado otros signos: 1.º los latidos del corazon se perciben, en su concepto, mas arriba que en el estado normal, aunque deben no obstante existir mas inferiormente à causa del aumento de volúmen del órgano; 2.º se percibe una especie de movimiento de salto ó sacudida brusca, ocasionada por la dificultad que el corazon experimenta en su contraccion. Aran, ha publicado últimamente en los *Archivos* de 1844, una memoria en que trata de demostrar que en las adherencias generales del pericardio, no solamente disminuye la claridad del segundo ruido, sino tambien su duracion y estension y esto tanto mas, cuanto mas íntimas son las adherencias y mayores las cavidades del corazon; pudiendo llegar à extinguirse completamente en toda la region precordial, y aun en todo el pecho, si la enfermedad es antigua.

En fin, Skoda diagnostica las adherencias en presencia de ciertas modificaciones de la impulsion del corazon. Asi la punta de este órgano es impelida hácia arriba y hácia la derecha durante el sistole, y no se percibe ó se percibe poco su impulsion. En el caso de que el pericardio se adhiera à la pleura, se advertirá durante el sistole una depresion visible en el espacio intercostal correspondiente à la punta, y aun con frecuencia en uno ó muchos espacios, sobre este. Pero la experiencia no ha demostrado todavía el valor que debe darse à estos diferentes signos, pues por mi parte no he podido hallarlos hasta el dia en muchos enfermos que sucumbieron, y que habia explorado con la mayor atencion. Aunque todavia no ha sancionado la experiencia el valor de estos nuevos signos deben sin embargo tomarse en cuenta con los demás.

Cuando son parciales las adherencias pericárdicas y persisten formando desigualdades muy considerables, y cuando adquieran mucha consistencia, ó bien cuando se incrustan de chapas cartilaginosas ú óseas, se perciben en la region precordial diversos ruidos de roce mas ó menos ásperos, compatibles con un estado perfecto de salud, si no padece el corazon alguna lesion grave de nutricion. No sera difícil referir estos ruidos à su causa verdadera, si por el interrogatorio de los enfermos venimos en conocimiento de que en otro tiempo han padecido una pericarditis.

En el dia está demostrado que las adherencias del pericardio pueden producir algunas veces la deformidad de la region precordial. Segun resulta de un he-

cho observado por Barth, y de cinco ó seis recogidos posteriormente por Bouillaud, á consecuencia de una pericarditis curada y terminada por adherencia, la region precordial puede presentar una depresion, una especie de estrechez en direccion del diámetro antero-posterior, análoga á la que con tanta frecuencia se observa en el pecho á consecuencia de las pleuresías.

Algunas veces sucede la pericarditis crónica á la aguda, y otras es primitiva especialmente cuando es de naturaleza tuberculosa. En semejantes casos son idénticos los síntomas locales á los del estado agudo, y se observan ademas generalmente casi todos los demás accidentes que, como el edema, acompañan la mayor parte de las enfermedades orgánicas del corazon. La duracion de la pericarditis crónica puede ser de muchos meses.

¿Puede la pericarditis ser causa de otras enfermedades, ademas de las del corazon? Opinión es esta que ha sido sostenida en Inglaterra por profesores de nota, como Stanley, Abercrombie, Bright y Burrows, que hablan de afecciones de la médula y del cerebro, ocasionadas por enfermedades agudas del pericardio y del corazon, que ocultaban los síntomas de estas últimas. Pero de las observaciones que se citan no resulta que haya habido verdadera correlacion entre los dos géneros de afecciones, y es de creer hubiera una complicacion de ellas.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la pericarditis no es dudoso, á no ser que falten los principales síntomas, particularmente los que suministran los medios físicos de exploracion: la inspeccion, percusion y auscultacion. Sin embargo, aun á falta de estos síntomas, siempre que veamos un enfermo acometido de calentura y disnea, y no puedan esplicarse estos accidentes por ninguna flegmasia de los bronquios, de las pleuras y los pulmones, debemos sospechar la existencia de una pericarditis, procediendo por el método de exclusion. Estas probabilidades se aumentan cuando á los síntomas precedentes se agrega un dolor precordial, algunas lipotimias que no pueden esplicarse por el estado general de sus individuos, y una irregularidad de pulso, ó bien un edema de las estremidades desarrollado súbitamente en un sugeto en que no habian existido los signos de una enfermedad del corazon.

Inútil es decir, en vista de lo espuesto, que la pericarditis no puede confundirse, ni con una pleurodinia, ni con una bronquitis, ni con una pneumonia, ni aun con una pleuresía, aunque puede suceder que una pleuresía del lado izquierdo, limitada á la parte anterior del pecho, determine un frotamiento pleural, perceptible durante la inspiracion y la espiracion, y aun durante el sístole ventricular; pero en estos casos, que, por lo demás, son muy raros, faltan los demás signos físicos de la pericarditis. Siendo los ruidos morbosos elementos principales en el diagnóstico de esta afeccion, importa recordar á los médicos jóvenes que el frotamiento pericárdico se parece algunas veces á la crepitacion pneumónica y al ruido del soplo suave; pero mediante la atencion es fácil distinguir el ruido crepitante, que está compuesto de una serie de anhelaciones secas y finas, que se advierten esclusivamente durante la inspiracion. El soplo cardiaco y sus diferentes variedades se distinguirán, en fin, del frotamiento pericárdico, en que son mas profundos, no se desvian, son por lo regular simples y casi siempre permanentes, presentando su máximo de intensidad en el nivel de uno de los orificios. (Respecto del diagnóstico diferencial de la pericarditis, la endocarditis y el hidro-pericardio, véanse estas dos afecciones).



*Pronóstico.*—La pericarditis es ciertamente una enfermedad grave, aunque algunos exageran demasiado su peligro. Puede decirse, por regla general, que casi todas las pericarditis simples se curan cuando afectan á un individuo que goza de buena salud. Las que adoptan desde el principio un curso crónico, por lo comun concluyen mortalmente.

*Etiología.*—La pericarditis puede presentarse en todas las edades de la vida, pero su máximun de frecuencia parece ser el período de diez y ocho á treinta años. La mujer parece hallarse menos espuesta que el hombre, en la proporcion de 4 á 4 ó 5. La predisposicion hereditaria no deja tal vez de representar algun papel en tales casos. Las causas escitantes de la enfermedad casi nunca llegan á conocerse, como lo observa Louis. Se ha visto sobrevenir la pericarditis á consecuencia de una herida ó de cualquier otra violencia sobre las paredes torácicas, y tambien ha sucedido á la impresion del frio. En definitiva, solo en la sesta parte de los casos (Hache), llega á descubrirse la causa con evidencia. La pericarditis es muchas veces consecutiva, y las enfermedades que suelen producirla, son especialmente el reumatismo, la pneumonia, la pleuresía y las lesiones crónicas del corazon (*Véanse* estas enfermedades). Por último, la pericarditis parece ser una de las enfermedades incidentales que se observan con mas frecuencia en la locura, pues segun Calmeil, se encuentran vestigios de ella en la décima quinta parte de los enajenados que mueren.

*Tratamiento.*—La pericarditis debe combatirse con sangrías generales y locales (ventosas y sanguijuelas) en la region precordial, siguiendo en estas evacuaciones las reglas que dejamos espuestas anteriormente; á ellas deben agregarse la dieta, las bebidas demulcentes y nitradas y los revulsivos á las estremidades inferiores y al tubo intestinal. Cuando la enfermedad, continua progresando, podremos administrar, al mismo tiempo, á imitacion de los médicos ingleses, los calomelanos en dosis refractas y ademas las fricciones mercuriales en la region cardiaca, hasta producir la salivacion. Para moderar los latidos cardiacos se propina la digital. Cuando el dolor es agudo, y ha resistido á los antiflogísticos y narcóticos, se ha intentado calmarlo mediante las aplicaciones frias y hasta heladas; pero la esperiencia nada nos ha revelado aun acerca del valor de una medicacion, que tal vez no está exenta de peligros. Por último, cuando se ha combatido suficientemente el organismo inflamatorio y persisten los signos del derrame, debe cubrirse la region precordial con un gran vejigatorio, manteniendo la supuracion; tambien podremos servirnos de él para introducir la digital por el método endérmico, si los latidos del corazon necesitan ser regularizados.

Este último medio es casi la única medicacion activa que debe emplearse contra la pericarditis crónica; y aun conviene reemplazarla, en los casos rebeldes, por un exutorio mas enérgico, como el cauterio, la moxa y aun el sedal.

#### *Endocarditis ó carditis interna.*

La inflamacion de la membrana interna del corazon ha recibido el nombre de endo-carditis, de *en*, y de *cardis*. corazon.

*Historia.*—La palabra endocarditis fue propuesta por Bouillaud, y aunque este autor no es el que en realidad ha descubierto la afeccion, pues ya habian

hablado antes de ella, Baillie, Burns, Kreysig, Jonhron, Laënnec, y Andral, tiene al menos el mérito incontestable de haber descrito con mas precision sus caracteres anatómicos, y de ser el primero que ha dado á conocer las causas y los síntomas de una afeccion, cuya frecuencia y efectos se han exagerado mucho, aunque no se la conocia bajo el aspecto sintomático antes que Bouillaud publicase su importante obra sobre las enfermedades del corazon, á la que han añadido poco los autores que le han sucedido.

*Anatomía patológica.*—No puede diagnosticarse en el cadáver una endocarditis por el solo hecho de encontrar en la membrana interna del corazon una rubicundez parcial ó general, pues sean cuales fueren el grado de esta, su estension y los puntos que ocupe, ya se resista ó no á la lavadura y aun á la maceracion prolongada, es imposible determinar si resulta de un trabajo inflamatorio ó de una simple imbibicion cadavérica. Los signos observados durante la vida, ó las lesiones concomitantes, como la inflamacion de un vaso, no pueden suministrar mas que presunciones y nunca una certidumbre absoluta. Bouillaud desconoce con demasiada frecuencia estos principios, como es fácil convencerse leyendo las observaciones que forman en su *Tratado de las enfermedades del corazon*, la primera categoría de los casos de endocarditis, cuyo mayor número no pueden considerarse como ejemplos de la inflamacion del endocardio. Para establecer la existencia de la endocarditis, seria preciso reunir algunos otros caracteres, como la hinchazon ó el engrosamiento, la friabilidad ó el reblandecimiento de las partes inyectadas, su ulceracion, ó mejor todavía la presencia de pus ó de falsas membranas. Estas diferentes lesiones, no tienen sin embargo el mismo valor, pues la tumefaccion ó el simple engrosamiento, aunque puede efectivamente resultar de un trabajo inflamatorio reciente, puede tambien algunas veces ser muy antiguo y haberse desarrollado con independencia de toda flegmasia: de modo que aun la coincidencia de esta lesion con la rubicundez no nos parece todavía suficiente para asegurar que existe una endocarditis. Sea de esto lo que quiera, el engrosamiento del endocardio, es por lo general, muy difícil de comprobar, pues solo se hace bien manifiesto sobre las válvulas. Cuando está inflamado puede presentarse encogido, mas blando ó friable, y aun ofrecer una ó muchas ulceraciones, las cuales nos han parecido ocupaban especialmente las válvulas, que las mas veces suelen estar perforadas: esta lesion, por lo demás, es muy rara. No conocemos hasta ahora ningun hecho que pruebe de un modo positivo que la endocarditis haya alguna vez terminado por gangrena. La lesion esencial y verdaderamente característica de esta flegmasia consiste en una secrecion purulenta, ó pseudo-membranosa. La presencia del pus es comunmente difícil de comprobar, porque pasa al torrente circulatorio á medida que se segrega, aunque á veces se encuentran, sin embargo, pequeñas cantidades enquistadas en coágulos sanguíneos que se adhieren al endocardio. Mas frecuente es que la endocarditis produzca falsas membranas parduscas, lisas ó granugientas, estriadas en su superficie, y mas ó menos espesas y estensas, que ocupan especialmente las válvulas, las cuales se hallan engrosadas, adhiriéndose íntimamente por todas partes al endocardio, que á este nivel se halla comunmente opaco, mas espeso y friable. Sucede á veces, como en el caso notable que publiqué en el *Journal hebdomadaire* de 1836, que independientemente de las falsas membranas existen ademas coágulos blancos, fibri-



nosos, descoloridos y elásticos, que se adhieren inmediatamente al endocardio ó por el intermedio de concreciones pseudo-membranosas. Por último, en el borde libre de las válvulas ventriculares y sigmoideas se encuentran muchas veces pequeños tumores de base ancha ó pediculada de un blanco pardusco ó rojizo, y mas ó menos friables; unos globulosos, y los otros, granugientos, presentan todos el aspecto de las vegetaciones sifilíticas llamadas coliflores. Otras veces consisten simplemente en pequeñas granulaciones discretas ó confluentes, del volumen de la cabeza de un alfiler ó de un grano de mijo. Es imposible determinar si esta especie de vegetaciones es producida por la coagulación de la sangre, ó si resulta mas bien de una exhalación pseudo-membranosa, lo cual nos parece mas probable. Terminaremos diciendo que la endocarditis produce en general un aumento mas ó menos considerable en el volumen del corazón, y que en la mitad de los casos coincide con una pericarditis mas ó menos extensa.

Tales son las lesiones que caracterizan la endocarditis aguda, pero es muy difícil determinar, en el estado actual de la ciencia, las que corresponden á la crónica.

Creemos, sin embargo, que las adherencias de las válvulas deben tener un origen inflamatorio, por formarse en general entre los puntos menos movibles. Se ha dicho que sucedia lo mismo con las chapas blancas, las opacidades y aun con el engrosamiento, pero esto es un error, pues Bizot ha demostrado con sus observaciones, que si el endocardio presenta en la juventud una transparencia igual y uniforme, no sucede lo mismo en una época mas adelantada, en que se ponen opacas las cavidades izquierdas, y el borde membranoso de las válvulas sigmoideas se hace mas denso, mientras en las cavidades conserva la membrana su primer estado. En fin, Bouillaud atribuye tambien á una inflamación crónica del endocardio las producciones cartilaginosas, óseas y cretáceas de las válvulas; pero este médico ha generalizado demasiado algunos hechos clínicos que favorecen su doctrina, y algunos otros ha deducido solo por analogía. Puede ciertamente suponerse la posibilidad de una transformación cartilaginosa, ósea ó cretácea de las producciones fibrinosas y albuminosas del endocardio, pues todos los días las vemos en las membranas de la pleura, del pulmón, peritoneo, etc. La observación clínica nos demuestra, ademas, que semejantes alteraciones han sucedido evidentemente en algunos individuos á una flegmasia aguda del corazón. Pero estos hechos son realmente escepcionales, pues en la casi totalidad de casos, las concreciones cartilaginosas y óseas de los orificios del corazón son debidas á los progresos de la edad ó á una perversion de la nutrición de los tejidos, que no debe su origen á una inflamación aguda. Diré, pues, en resumen, que la endocarditis puede ocasionar todas las alteraciones que le atribuye Bouillaud, pero que este origen no es necesario, ni aun el mas comun. Lo mismo sucede en algunas soluciones de continuidad, especialmente en esas perforaciones simples ó múltiples de la parte membranosa de las válvulas, cuya alteración, descrita por Bizot con el nombre de *estado reticular*, no produce las mas veces trastorno alguno en la circulación cardiaca.

*Sintomas.*—La endocarditis es rara vez primitiva, pues generalmente sobreviene en el curso de otra enfermedad aguda, lo cual hace que casi nunca presente prodromos. En la endocarditis aguda es muy raro que haya dolor en la región precordial, pues los enfermos se quejan solo de opresión y palpitación.

Cuando hay dolor, y especialmente si es vivo, debemos atribuirlo mas bien á una pericarditis ó una pleuresia concomitante, que á la endocarditis; algunas veces hay arqueamiento, pero es ligero, á no ser que haya tambien complicacion de pericarditis. La percusion revela un aumento mas ó menos considerable del volúmen del corazon, y la auscultacion, que es mucho el impulso de este órgano; que los latidos son superficiales y ofrecen un timbre mas sordo ó mas duro v como metálico, hallándose otras veces oscurecidos ó reemplazados por los ruidos de fuelle, escofina ó raspador. Estos ruidos pueden existir en el primero ó segundo tiempo, y tener su máximo de intensidad en la punta ó la base, lo que permite conocer cuál es el orificio especialmente afectado. (Véase *Estrechez del corazon* y el artículo *insuficiencia aórtica*). En estos casos, la mano aplicada á la region precordial, hace percibir un estremecimiento vibratorio.

El pulso, siempre acelerado y á veces irregular, es en general fuerte y resistente, aunque en ciertos casos es, sin embargo, pequeño y débil, contrastando singularmente con el impulso y la violencia de los latidos cardiacos, lo cual suele advertirse solo en aquellos casos en que las concreciones albumino-fibrinosas obstruyendo los orificios, impiden el paso de una gran columna de sangre al sistema arterial. Esta dificultad de la circulacion tambien determina otros accidentes: asi es que la disnea aumenta hasta hacerse sofocativa, los miembros se infiltran, y sobrevienen delirio, lipotimias y síncope. Por último, algunas de estas concreciones pueden desprenderse, y arrastradas por el movimiento circulatorio, obliterar un vaso principal, de lo cual resulta casi infaliblemente la gangrena de las partes situadas debajo de él. Por parte de los órganos digestivos no se observan mas síntomas que la inapetencia y la sed.

*Curso, duracion y terminacion.*—Si los accidentes continúan en aumento, la endocarditis puede tener un fin funesto; pero es lo mas comun que termine por resolucion. No obstante, habiendo reunido Valleix veinte y seis casos de endocarditis, vio un resultado triste en veinte: tres enfermos se curaron radicalmente, y en otros tres la curacion fue incompleta. Cuando los enfermos se restablecen enteramente, es preciso admitir que los coágulos y las falsas membranas han sido reabsorbidas. Pero cuando la enfermedad pasa al estado crónico, estos productos morbosos experimentan las trasformaciones cartilaginosa y ósea, de que nos ocuparemos estensamente en otro lugar.

La duracion media de la endocarditis no pasa de ocho dias, segun Bouillaud. Yo la creo mas larga, pudiendo asegurar que es igual á la de la pericarditis.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la endocarditis suele ser muy difícil, pues no tiene caracteres bien distintos, sino cuando es intensa y ocupa una estension considerable. Solo podrá diagnosticarse esta enfermedad, cuando en un individuo que no presenta signo alguno de una afeccion del corazon, sobrevienen repentinamente opresion y palpitaciones, un aumento instantáneo del volúmen de este órgano, y el oido percibe en él una impulsion viva y directa, y sus ruidos están oscurecidos y reemplazados por otros morbosos: fuera de estas circunstancias, debemos permanecer dudosos. La endocarditis solo puede confundirse con una pericarditis pseudo-membranosa, sin derrame de líquido. En esta, sin embargo, suele existir un dolor precordial que es muy raro en la primera; la estension del sonido macizo es poco considerable; el roce mas superficial y menos circunscrito, se siente muy cerca del oido, y como lo ha observado Buoi-



llaud muchas veces podemos hacer que se suspenda y se reproduzca despues, variando las posiciones del enfermo. Por último, en esta forma de la pericarditis hay rara vez la opresion y las alteraciones circulatorias que acompañan á las endocarditis violentas. La pericarditis con derrame líquido es difícil de confundir con una inflamacion del endocardio, principalmente á causa de la profundidad á que se oyen los latidos del corazon, que es lo contrario de lo que sucede en la endocarditis. No obstante, suele ser difícil establecer el diagnóstico diferencial, por la coincidencia de ambas enfermedades; pero el error en tal caso no ofrece inconveniente alguno para la terapéutica.

*Pronóstico.*—La endocarditis es una afeccion grave, pues aunque tiene en general una terminacion feliz, puede á veces producir rápidamente la muerte, ó degenerar fácilmente en una lesion orgánica incurable.

*Etiología.*—La endocarditis reconoce las mismas causas que la pericarditis, y como ella, puede ser producida por un agente traumático ó por la impresion del frio. Es un accidente bastante comun en el curso de muchas enfermedades agudas febriles, y sobre todo en el reumatismo articular. (Véase esta afeccion).

*Tratamiento.*—Es idéntico al de la pericarditis.

#### *De la carditis.*

Dáse el nombre de *carditis* á la inflamacion de los tejidos muscular y celular del corazon. Esta enfermedad, que es muy rara y apenas se conoce, puede ser primitiva, pero las mas veces es consecutiva á una pericarditis y mas todavía á una endocartitis.

Algunos autores atribuyen á la flegmasia diversas alteraciones del corazon, tales como el color rojo de heces de vino ó lívido, y la palidez ó tinte amarillento con disminucion ó no de la consistencia del tejido; pero este no es el origen de semejantes alteraciones, por lo menos en el mayor número de casos. (Véase el artículo *Reblandecimiento*). En el estado actual de nuestros conocimientos anatómico-patológicos, la presencia del pus es la única que puede caracterizar la carditis. Si existe pus, rara vez se halla infiltrado en el tejido del corazon, sino que se observa casi siempre reunido en pequeños focos del volúmen de un guisante, de una avichuela ó de una avellana. Estos abscesos están situados algunas veces debajo del endocardio; pero casi siempre se les encuentra en el tejido carnoso entre las fibras musculares, las que no están por lo comun mas que separadas, aunque otras veces se forma á sus espensas la cavidad del absceso y entonces se hallan destruidas al nivel de este, ó bien reducidas á una papilla rojiza, presentándose el tejido muscular lívido y friable en una estension mayor ó menor. Estos abscesos suelen ser múltiples; algunas veces enquistados, y el pus que contienen es flegmoso si depende únicamente del tejido celular; pero cuando resulta tambien de la inflamacion del tejido carnoso, es rojizo, dicen, y menos consistente; pueden ocupar todos los puntos del órgano, pero se forman especialmente en el ventrículo izquierdo, y suelen abrirse en una de las cavidades del corazon ó en el pericardio: si esto sucede á la vez al interior y exterior del primero, sobreviene una perforacion que es rápidamente mortal. Por ultimo, un absceso desarrollado en el espesor del tabique ventricular podria establecer una comunicacion entre las cavidades izquierda y derecha, abriéndose simultánea ó sucesivamente en una y otra.

Háblase tambien de una carditis crónica, caracterizada por abscesos enquistados, que cuentan más ó menos antigüedad si se ha de juzgar por el espesor del quiste. Otras veces consisten en induraciones ó mas bien trasformaciones fibrosas y cartilaginosas del tejido muscular; pero nada prueba hasta ahora que estas lesiones sean consecutivas á un trabajo inflamatorio.

Ningun signo puede darnos á conocer ni aun sospechar la carditis. Hay enfermos que sucumben con abscesos múltiples del corazon, sin que este órgano haya presentado alteraciones especiales durante la vida; pero otros, por el contrario, ofrecen desde el principio una perturbacion considerable de los movimientos cardiacos, palpitaciones, una opresion estremada y lipotimias, mas nada de esto es característico. Todos los patólogos convienen en que es imposible diagnosticar la carditis.

### *De la arteritis.*

La palabra *arteritis* sirve para designar la inflamacion de las arterias, ora la flegmasia ocupe simultáneamente muchas tónicas, ora una sola de ellas, pero esto último es muy raro que suceda.

*Historia.*—Ya desde Areteo y Galeno hablan los autores de la arteritis, pero las nociones que tenian sobre esta materia eran muy incompletas y poco exactas. Las investigaciones de P. Frank y de Sasse, (1) á fines del último siglo fueron el origen de nuevas observaciones, cuya mayor parte debemos á nuestros contemporáneos: así es que ya podemos hoy fijar con alguna precision el carácter de las principales lesiones del sistema arterial, gracias á los trabajos de mesieures Louis (2), Andral (3), Bouillaud (4), Gendrin (5), Berard (6), Francois (7), Breschet (8), Bizot (9), Trousseau y Rigot (10), Delpech y Dubreuil (11), etc.

*Anatomía patológica.*—La rubicundez de las arterias es tambien en este caso lo mismo que en la endocarditis, un carácter anatómico insuficiente para demostrar la inflamacion de estos vasos, toda vez que esta coloracion puede depender únicamente de una imbibicion cadavérica. En la mayor parte de los cadáveres que se examinan, presenta el árbol arterial, en mas ó menos puntos, una rubicundez variable entre el color de rosa ligero y el rojo escarlata y vinoso. Esta rubicundez, que adquiere mas intensidad con el contacto del aire, es uniforme ó bien dispuesta en forma de chapas irregulares ó cintas, interesa todo el espesor de la serosa, el tejido celular, y se estiende á veces á otras tónicas, encontrándose con tanta mayor frecuencia, cuanto mas larga haya sido la agonia, mayor el tiempo que ha trascurrido desde la muerte hasta la autopsia, mas caliente la temperatura, la putrefaccion mas adelantada y la sangre mas flúida. La rubicundez es tambien mas notable en las partes declives, en la circunferen-

(1) *De vasorum sanguifer. inflammatione.* Hale, 1797.

(2) *Fievre typhoïde,* t. I.

(3) *Précis d'anatomie pathologique,* t. II, p. 330.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* artículo ARTERITIS.

(5) *Histoire anat. des inflammations.*

(6) *Dictionnaire de médecine,* t. IV, p. 90.

(7) *Essai sur les gangrenes spontanées.* Mons, 1832.

(8) *Journal des progrès,* t. XVII, p. 119.

(9) *Mémoire de la Société médicale d'observation,* t. I.

(10) *Archives,* año 1826.

(11) *Mémorial des hôpitaux du Midi,* año 1829; *Mémoire sur la gangrene momifique.*



cia de los órganos inflamados y en los puntos en que es mayor la cantidad de sangre. Sin embargo, cuando no se halla este líquido en la porción de los vasos que están rubicundos, no por eso debe deducirse que la coloración dependa de un trabajo inflamatorio y no de la imbibición, porque suele suceder que la sangre que se estanca en un vaso en los primeros instantes que siguen á la muerte, y colora las paredes de este, es después arrastrada á mayor ó menor distancia por los movimientos que se imprimen al cadáver, por el desprendimiento de gases y por efecto de los diversos fenómenos que acompañan á la putrefacción.

La rubicundez dependiente de la inflamación de una arteria no difiere en nada de la que es efecto de la imbibición cadavérica, sobre lo cual están conformes los mejores autores de anatomía patológica. En efecto, las observaciones hechas por Laënnec, el catedrático Berard y M. Louis, sobre el hombre, y por MM. Andral, Dupuy, Trousseau y Leblanc sobre los animales, están de acuerdo todas para demostrar, que la rubicundez es un signo insuficiente de la arteritis; de modo que para que pueda indicar la existencia de esta, es preciso que coincida con alguna alteración en la nutrición de los tejidos, tales como el engrosamiento y la friabilidad de la membrana interna, que al mismo tiempo suele hallarse entonces arrugada, vellosa ó desigual separándose con facilidad cuando se la arranca, como lo han consignado especialmente los profesores Delpech y Dubreuil en un trabajo inserto en 1829 en el *Memorial des hôpitaux du Midi*. También suelen hallarse coágulos fibrinosos, mas ó menos decolorados, que se adhieren íntimamente á la membrana interna del vaso; y por último, se ve que en la circunferencia de las partes inflamadas los *vasa vasorum* están inyectados.

La coagulación de la sangre es en efecto uno de los fenómenos mas comunes que acompañan á las inflamaciones vasculares; pero suele faltar en muchos casos, siendo un error, á nuestro parecer, considerar la coagulación como un fenómeno constante y casi necesario de la arteritis. La mayor parte de los médicos, de acuerdo con Burns, Kreysig y Cruveilhier, consideran este coágulo como consecutivo á la inflamación arterial; pero algunos autores han creído que esta concreción era primitiva, y que mediante su contacto inflamaba consecutivamente el vaso. Esta opinión, sustentada principalmente en París, por M. Allibert, en una tesis defendida en 1828, se enseña en la actualidad en Viena por el profesor Rokitanski. Compréndese, en efecto, que un coágulo voluminoso, formado de una materia cualquiera, y por causas generalmente desconocidas, puede obrar con relación á la arteria como un cuerpo extraño é inflamarla; pero esto, es raro, pues en la gran mayoría de los casos, la concreción de la sangre es visiblemente un fenómeno consecutivo al trabajo inflamatorio.

El fenómeno anatómico de esta flegmasia es una exudación albuminosa ó pseudo-membranosa, formada en la superficie de la arteria. Esta concreción es á veces bastante considerable para obstruir completamente el vaso, y blanda y casi amorfa al principio, se estiende bien pronto sobre la membrana interna, en forma de láminas ó chapas blanquecinas mas ó menos espesas. Puede reabsorberse, pero otras veces se va aumentando siempre mas, y sufre diversas transformaciones que indicaremos muy pronto. Esta exhalación puede también verificarse entre las tunicas del vaso, especialmente en su vaina y entonces es cuando la arteria comprendida en una ligadura, se corta con la misma facilidad que el tocino. Por último, en la cara interna del vaso puede exhalarse pus ó al

menos una materia puriforme; otras veces se hallan infiltradas las paredes de este producto y aun llega á formar en ellas abscesos. Tales son las lesiones propias de la arteritis aguda.

Mas difícil es caracterizar anatómicamente la arteritis crónica. Algunos autores refieren sin razon á esta flegmasia todas las lesiones de nutricion del tejido arterial, como las ulceraciones y perforaciones, las producciones cartilagosas, óseas, ateromatosas, cretáceas, etc., aunque hay, sin embargo, algunas que tienen al parecer un origen inflamatorio, si no siempre, al menos casi siempre. Segun Bizot, las chapas cartilagosas de las arterias no son mas que la produccion albuminosa que hemos visto en el estado agudo, y que cuando no llega á reabsorberse, se organiza, endurece y toma la consistencia de la clara de huevo cocida, llegando al fin bien pronto á adquirir una dureza cartilaginosa; pero cuando este producto ha sufrido semejante trasformacion, deja por lo comun de existir á su nivel la membrana interna, y la chapa cartilaginosa está inmediatamente en contacto con la membrana media ó separada de ella por una capa de materia amarillenta, análoga á la yema de huevo endurecida (materia llamada *ateromatosa*). No es, pues, exacto decir con la mayor parte de los anatomopatólogos, que las chapas cartilagosas se desarrollan entre las dos tunicas internas. Estas chapas están unas veces aisladas, y otras cubren uniformemente toda la superficie del vaso que experimenta á este nivel una especie de retraccion, pudiéndose decir á primera vista que existe en él una cicatriz. M. Bizot niega que estas chapas cartilagosas sufran la trasformacion ósea, y que esta sea un resultado de la inflamacion. En otro lugar probaremos que ésta osificacion depende generalmente de los progresos de la edad ó de una perversion en la nutricion de los tejidos, y otro tanto diremos de las producciones ateromatosas y melicéricas. En cuanto á las ulceraciones, hay unas primitivas, que se forman de dentro á fuera, y parecen ser evidentemente resultado de una flegmasia aguda ó crónica; pero el mayor número reconoce otro origen, pues son consecutivas á la perforacion de la túnica interna por una concrecion ósea ó por otras diversas producciones liquidas ó semi-sólidas (*pus*, *ateroma*, *esteatoma*), desarrolladas entre las dos membranas internas. Finalmente, nada prueba que la hipertrofia y atrofia de las paredes arteriales, atribuidas por algunos á la inflamacion crónica, dependan efectivamente de esta causa.

*Sintomas.*—En la arteritis existen desde luego dolores vivos á lo largo del trayecto del vaso, el cual suele latir al principio con mas fuerza. Si la arteria es superficial, forma una especie de cuerda comunmente nudosa, desigual, tensa, renitente y muy dolorosa á la presion. La inflamacion empieza en un punto mas ó menos circunscrito, y se estiende con mayor ó menor rapidez, siguiendo generalmente el curso de la sangre; aunque esta regla tiene muchas escepciones, pues en la arteritis consecutiva á una ligadura, por ejemplo, la inflamacion apenas afecta mas que la estremidad superior del vaso. Los síntomas generales son proporcionados á la estension é intensidad de la flegmasia, pero en general cuando la enfermedad es simple, no hay mas que un mediano aparato febril y anorexia.

Cuando el vaso se halla obstruido por el derrame albuminoso ó la coagulacion de la sangre, se ven entonces sobrevenir diferentes fenómenos que indican una interrupcion mas ó menos completa de la circulacion; asi es que disminuye



la fuerza de los latidos hasta que cesan completamente y sobrevienen dolores vivos, entorpecimiento, parálisis, frialdad y la gangrena de las partes situadas debajo del obstáculo. Casi siempre empieza la mortificación por los puntos mas distantes del centro circulatorio, así es que, en la inflamacion de la arteria crural, empieza la afeccion por los dedos del pié. Resulta pues que la arteritis es una de las causas de la gangrena impropriadamente llamada *espontánea* ó *senil*. Cuando esta sobreviene á consecuencia de la enfermedad que nos ocupa, existe siempre la inflamacion en una de las arterias principales de la parte mortificada; por consiguiente, de acuerdo con M. V. Francois, no podemos admitir, con Delpech y Dubreuil, que la gangrena por arteritis es el resultado ordinario de la inflamacion de los capilares arteriales, pues las razones aducidas por los dos sabios catedráticos de Montpellier, en apoyo de su doctrina, no son admisibles.

Si la obliteracion se verifica gradual y lentamente en lugar de ser casi instantánea, ó por lo menos muy rápida, dando tiempo á que se establezca la circulacion colateral, puede el órgano continuar viviendo; pero como la nutricion suele alguna vez no ser suficiente, la parte disminuye de volumen y se atrofia. La estrechez del vaso es un accidente constante, una consecuencia necesaria de la arteritis; pero la arteria puede conservarse permeable en gran parte aunque se halle inflamada: esto es lo que sucede comunmente cuando la flegmasia ataca la aorta, y aun las arterias principales de los miembros ó de la cabeza. La obliteracion es, por el contrario, un accidente casi constante de la inflamacion que interesa las arterias de mediano ó pequeño volumen.

*Diagnóstico.*—Mas tarde veremos los caracteres que distinguen la arteritis, de la flebitis y de la linfagitis. Aquí solo diré que se diferencia del flemon por la estension del infarto, por el tumor que este forma, la naturaleza de los dolores que le acompañan y la falta de los signos que indican la obstruccion ú obliteracion de la arteria.

*Pronóstico.*—La arteritis es una afeccion grave, especialmente por la gangrena que puede sobrevenir, y tambien á causa de las lesiones orgánicas que produce, pues destruyendo la resistencia y elasticidad del tejido arterial, lo deja espuesto á las perforaciones y dilataciones aneurismáticas.

*Etiología.*—El tejido arterial es uno de los que mas rara vez se inflaman. Las causas de la arteritis son muy oscuras, pues casi siempre parece desarrollarse de un modo completamente espontáneo. Se ha dicho que la plétora, una sangre rica y el régimen escitante, predisponen á ella, pero nada se halla todavía demostrado sobre esta materia. La enfermedad sucede algunas veces á las violencias esternas, y otras muchas es consecutiva á la ligadura de un vaso, de lo cual citan bastantes ejemplos los cirujanos ingleses. Casi nunca sucede que la arteritis se desarrolle por efecto de la estension de una flegmasia inmediata; es muy notable ver á menudo flemones difusos que descarnan la arteria principal de un miembro en una estension considerable, y conservarse el vaso intacto aunque esté rodeado por todas partes de la supuracion. La arteritis, segun se dice, es mas comun en los hombres que en las mujeres, puesto que de setenta y siete casos citados por Tiedemann, se la ha visto atacar cincuenta veces á los primeros, y veinte y siete á las segundas. (Lebert).

*Tratamiento.*—En el tratamiento de la arteritis debe insistirse en los anti-flogísticos. Si hubiera calentura se practicarán una ó muchas sangrias genera-

les y se aplicarán sanguijuelas en gran número sobre el trayecto del vaso enfermo: conviene emplear desde el principio las fricciones mercuriales; las cataplasmas emolientes deben usarse sin interrupcion, y debe sumergirse la parte durante muchas horas en un baño emoliente, manteniéndola en fin, en una posicion adecuada para disminuir en lo posible el aflujo de sangre arterial, y acelerar la vuelta de la sangre venosa al corazon. (Véanse los artículos en que se trata de la estrechez y la obliteracion de las arterias).

### De la aortitis.

No hablaré de los caracteres anatómicos de la aortitis aguda y crónica, porque no podria hacer otra cosa que repetir lo que dejo dicho al hablar de la arteritis en general, pues tendria que describir la misma rubicundez, hinchazon, reblandecimiento y desigualdades de la membrana interna, con produccion de falsas membranas, coágulos fibrinosos y supuracion. Aquí es especialmente donde se encuentran esos focos purulentos que mas arriba hemos dicho pueden formarse en el espesor de las arterias. Uno de los hechos mas curiosos de este género es el que refiere Andral en su *Anatomie pathologique*, de un individuo que presentó en el espesor de la aorta seis abscesos del volumen de pequeñas avellanas y llenos de un pus flegmonoso. La inflamacion rara vez ocupa toda la estension de la aorta, pues en el mayor número de casos está limitada á su cayado y á su porcion torácica ó abdominal.

No tenemos hasta el presente ningun signo cierto para conocer esta afeccion. Los síntomas que mencionan los autores como pertenecientes á la aortitis, son la sensacion de un fuego devorador en el pecho y vientre, que coincide con la pequeñez y debilidad de pulso, ó bien, segun otros, la energía de los latidos aórticos, los dolóres sordos y profundos que siguen la direccion del vaso, las lipotimias y los síncope. A estos fenómenos debe agregarse la aparicion rápida de un estenso edema, que Bizot ha observado en tres casos de aortitis aguda, y que se han advertido igualmente en dos ó tres enfermos, cuyas observaciones han sido recogidas por M. Thierfelder (1). La anasarca parece ser, pues, un síntoma importante que merece llamar nuestra atencion, y cuando sobreviene de un modo agudo en el curso de una afeccion febril, sin que el exámen del corazon, del pericardio y de los riñones pueda explicarlo, debemos, si no *diagnosticar*, *sospechar* al menos que existe una inflamacion de la aorta, con produccion de falsas membranas y de concreciones sanguineas. Las pulsaciones violentas del vaso, consideradas por Bouillaud de mucho valor, tienen en realidad poca importancia, pues dice Bizot que faltaron en los casos de aortitis observados por Bouillaud mismo. Sea de esto lo que quiera, si hay personas que atribuyan todavía algun valor á este signo, conviene tener en cuenta de no referir á una aortitis esos latidos violentos que se notan á veces en el epigastrio de los hipocondríacos ó de las histéricas, de los cuales nos ocuparemos al describir las neurosis del sistema arterial. Finalmente, el doctor Corrigan ha tratado de probar hace algunos años, que la inflamacion de la membrana que tapiza la aorta en su origen, podia ocasionar el conjunto de síntomas llamado *angina de pecho*, y debia por consiguiente colocarse entre las causas de

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observ.*, t. 1, et *Ammon's monatschrift*, april 1840.



esta terrible afección. Pero los hechos que el célebre catedrático de Dublin refiere á favor de su opinion, no son concluyentes, pues de las ocho observaciones que cita, solo hay una que pueda realmente considerarse como un ejemplo de angina de pecho, y aun en este caso no está demostrado que la lesión de la aorta haya sido efectivamente la causa de la enfermedad. La aortitis no puede en efecto ser, á nuestro parecer, sino un accidente ó complicación de la angina.

Mas difícil es todavía el diagnóstico de la aortitis crónica, pues casi nunca produce ningun desórden, ó bien los síntomas que determina, se confunden con los que acompañan comunmente las lesiones orgánicas del corazón.

La aortitis puede acarrear los accidentes que hemos visto suceder muchas veces á la obliteración de los vasos, como la debilidad, la parálisis, la atrofia de los miembros inferiores, y aun la gangrena de estas partes. La aortitis parece ser en efecto una de las causas que producen las obliteraciones no congénitas de la aorta. Tambien han resultado muchas veces de la misma lesión ciertas perforaciones de este vaso, que estaban especialmente situadas hácia su cayado, y produjeron una muerte repentina. Por último, cuando la aortitis aguda ó crónica disminuye el calibre del vaso, es mas difícil la circulación de la sangre, cuyo líquido refluye entonces al corazón y lo distiende. Habiendo perdido además la aorta estrechada una parte de su elasticidad, el corazón se ve obligado á contraerse mas violentamente para sobrepujar estas dos resistencias, y llega de este modo las mas veces á hipertrofiarse con dilatación concomitante ó sin ella.

Basta lo que hemos dicho para probar que la aortitis es una afección grave. Si llegáramos á reconocerla, debería combatirse con un enérgico tratamiento antiflogístico.

#### *De la flebitis en general y de algunas flebitis en particular.*

La inflamación de las venas ha recibido el nombre de *flebitis*.

*Historia.*—La flebitis, indicada por Areteo, fue descrita por primera vez por John-Hunter en 1793, y posteriormente por Sasse y Abernethy. La antigua Sociedad anatómica recibió desde luego muchas comunicaciones de hechos particulares, entre los que debemos hacer especial mención del presentado en el año XIII por el distinguido médico, M. Bodson. Pero los principales trabajos publicados desde principios de este siglo, son debidos especialmente á Breschet (1), Ribes (2), Velpeau (3), Dance (4), Blandin (5), Cruveilhier (6) y Sedillot (7).

*Anatomía patológica.*—A semejanza de las arterias, y aun con mas frecuencia todavía, las venas pueden presentar una rubicundez mas ó menos subida, por efecto de una imbibición de su tejido. Tampoco es aquí suficiente la rubicundez para probar la inflamación venosa, sino que es muy necesario que esten

(1) Traducción de l'ouvrage d'Hodgson sur les Maladies des artères et des veines.

(2) Revue médicale, année 1823.

(3) Thèse de 1825.

(4) Archives, t. XIX.

(5) Journal hebdomadaire, année 1829.

(6) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, artículo FLEBITIS.

(7) Infection purulente. Paris 1819.

inyectados los *vasa vasorum* y que haya igualmente en la vena alguna alteración nutritiva y secretoria.

Cuando se abre una vena inflamada, se ve que sus paredes suelen estar mas ó menos engrosadas, y que la membrana interna, roja ú opaca, se presenta desigual y rugosa; es friable, se reduce á pulpa, se halla á veces tapizada por una falsa membrana albuminosa pardusca, ó bien se hallan adheridas á ella algunos coágulos fibrinosos, y es mas raro en fin que esté inmediatamente en contacto con la sangre líquida alterada y la materia purulenta. Algunas veces parece hipertrofiada, y entonces se marca perfectamente la dirección longitudinal de las fibras que la constituyen. La vena en estos casos no se aplasta, y su orificio queda abierto como si fuese una arteria cuando se la corta al través. En fin, si la inflamación ha invadido el tejido celular circunyacente, este se encuentra endurecido, iniltrado de pus y adherido á la vena, que suele presentar de trecho en trecho algunas perforaciones que hacen comunice su cavidad con los abscesos del tejido celular. Esta propagación de la flegmasia á las partes inmediatas (tejido celular ó parenquima), es tanto mas fácil cuanto menos espesor tiene naturalmente la vena y es mas íntima su adherencia con los tejidos subyacentes. De este modo se explica que la inflamación se propague tan á menudo desde las venas uterinas á la matriz.

La vena inflamada puede conservarse enteramente permeable, en cuyo caso el pus pasa al torrente circulatorio á medida que se forma; pero casi siempre se halla obstruida la cavidad del vaso por falsas membranas, y sobre todo por coágulos organizados. Algunos autores han incurrido en la equivocación de considerar estos, no solo como un fenómeno constante, sino como el primitivo de toda inflamación de las venas. Estos coágulos son parduscos, blanquecinos y fibrinosos al exterior, húmedos y rojizos interiormente, ó bien contienen sangre flúida de color de heces de vino ó un pus agrisado, considerado por algunos como un producto de la inflamación del coágulo; pero es mas racional tenerlo por una exhalación de la vena, y que es en seguida substraído á la circulación general por la organización de los coágulos. Otros suponen que el pus atraviesa el coágulo, siguiendo en esto las leyes de la capilaridad. Como quiera que sea, los coágulos sanguíneos se adhieren mas ó menos íntimamente á la vena, y cubren á veces muy exactamente toda la superficie enferma; pueden impedir entonces que los productos de secreción pasen al torrente circulatorio, pero basta que haya algun pus para que el coágulo se desprenda, ó si es que se hallaba derramado en su interior, acaba al fin por distender y romper la bolsa donde estaba acumulado. Algunas veces en lugar de cubrir los coágulos toda la superficie inflamada, no existen sino en los límites superior é inferior de la supuración, á la cual circunscriben con mucha exactitud. En otros casos existen muchos coágulos, situados á cierta distancia unos de otros, circunscribiendo pequeñas colecciones purulentas que suelen comunicar con los focos del tejido celular, á causa de la perforación de la vena. En algunas ocasiones la obliteración de esta no es producida por los coágulos, sino por la adherencia íntima de las paredes, consecuencia de una inflamación adhesiva; lo cual es comunmente una circunstancia favorable, pues las adherencias constituyen una barrera que resiste mucho mas que los coágulos á los esfuerzos que hace el pus. Sea de esto lo que quiera, la supuración acumulada en una



vena, propende siempre á introducirse en la parte sana del vaso. Cuando la flebitis no produce la muerte, experimenta el coágulo diversas trasformaciones; las mas veces pierde su color, se endurece, y obediendo la vena á la retraccion que sufre, se adhiere á él cada vez mas y llega á formar un cordon fibroso impermeable. Otras veces sucede que se forma una especie de canal en el coágulo, y se restablece la circulacion que estaba momentáneamente suspendida; pero el calibre de la vena es menor á este nivel.

La flebitis es mas ó menos estensa: unas veces invade toda la longitud de una vena, como, por ejemplo, la safena interna; otras se circunscribe á un pequeño espacio, como de pulgada á pulgada y media. Tambien puede afectar únicamente una parte de la circunferencia del vaso, de lo cual he visto ejemplos; pero esto es raro, y solo se verifica cuando la vena es muy voluminosa.

Sea cual fuere la vena enferma, los caracteres de la inflamacion son los mismos en todas partes; pero es preciso para apreciarlos que el vaso tenga cierto volúmen, que pueda aislarse y ser accesible á los instrumentos de diseccion: por eso es imposible demostrar la flegmasia de los capilares venosos. Sin embargo, puede sospecharse la flebitis capilar del sistema óseo por la existencia de una lesion, que si no constituye el mal, lo acompaña á lo menos constantemente, cual es la infiltracion purulenta de la membrana medular, que se hace notable especialmente en el tejido esponjoso del hueso, lo que se demuestra fácilmente rompiéndole con un martillo ó partiéndolo en direccion longitudinal. He observado esta lesion en todos los enfermos que en gran número he visto morir á consecuencia de la inflamacion de las venas, despues de amputados los miembros.

La membrana interna de las venas segrega pus con estremada facilidad; pero nos cuesta algun esfuerzo el creer que este producto pueda originarse sin que existan indicios de flebitis. Blandin, sin embargo, dice que lo observó, y M. Lebert pudo, segun asegura M. Berard, hacer segregar pus á venas que no presentaban indicio alguno de hiperemia en sus paredes (1).

Entre las flebitis pertenecientes al dominio de la patologia médica, la inflamacion de la vena uterina y la de los senos de la dura-mater, son de las mas notables y necesitan bajo el aspecto anatómico y sintomático, una descripcion particular.

*Flebitis uterina.*—La flebitis uterina, tan bien estudiada por Dance, es bastante comun en las puerperas, y suele ocupar las venas inmediatas á la insercion de la placenta. Puede comprender un número mas ó menos considerable de senos y venas, no siendo raro que se limite á los vasos de una mitad lateral del órgano, y muchas veces se propaga á toda la estension de las venas ováricas. Tambien es frecuente que la inflamacion interese el mismo tejido del útero que entonces se encuentra rojizo, reblandecido é infiltrado de pus en la circunferencia de las venas enfermas. Las paredes uterinas están blandas, flácidas en estos casos, y el órgano conserva generalmente un volúmen considerable, con relacion al tiempo que ha trascurrido desde el parto.

*Flebitis de los senos.*—La flebitis de los senos cerebrales, descrita la primera vez por Tonnelé, en el tomo XIX de los *Archives de médecine*, y acerca de la cual M. Bruce, de Liverpool, publicó mas recientemente un importante

(1) *Leçons de physiologie*, t. II, p. 742.

trabajo en la *Gazette médicale de Londres* (año 1840), está anatómicamente caracterizada, lo mismo que la de las venas, por las concreciones sanguíneas y pseudo-membranosas y por la secreción de pus. Pero cuando la alteración ocupa uno de los senos principales, como el longitudinal superior, se encuentran en las meninges y el cerebro las alteraciones resultantes del trastorno que ha sufrido la circulación cerebral; así es que las venas de la convexidad forman prominencias como si se hubieran inyectado artificialmente; el tejido sub-aracnóideo está infiltrado de serosidad, que también se halla en mayor ó menor cantidad, en los ventrículos, y en fin, se encuentran derrames sanguíneos en las meninges y el cerebro. Sin embargo, estas lesiones secundarias faltan en la mayor parte de los casos de inflamación de los senos, lo que se explica fácilmente cuando se recuerda que las venas cerebrales, aunque perceptibles en su terminación en los senos, se anastomosan unas con otras en su origen; y como están desprovistas de válvulas; pueden suplirse fácilmente entre sí; de modo que para interceptar la circulación venosa del cerebro, sería preciso que casi todos los senos se obliterasen á la vez.

*Abscesos consecutivos.*—En casi todos los individuos que sucumben á la flebitis, sea cual fuere el asiento de esta, se encuentran, además de las lesiones locales que dejamos enumeradas, otras muchas alteraciones, siendo las más notables y frecuentes los numerosos abscesos llamados *metastáticos* que se forman en los principales órganos de la economía: se observan con más frecuencia en los pulmones y después en el hígado, bazo, riñones, cerebro, tejido celular, músculos, especialmente los de la pantorrilla, articulaciones y corazón. Los abscesos metastáticos no solo se forman en los órganos más vasculares, sino que ocupan sobre todo la porción de estos en que hay mayor número de vasos; así es que en el cerebro y los riñones casi nunca invaden más que la sustancia cortical. Cuando la víscera es doble, como el pulmón, se presentan en mayor número en la que es más voluminosa, y si está dividida en muchos lóbulos (hígado, pulmones), residen especialmente en el mayor. Por último, cualquiera que sea el asiento de estos abscesos, suelen ocupar de preferencia la superficie de las vísceras, y esto explica que el derrame purulento de las pleuras coincida tan á menudo con ellos, cuando están en los pulmones. Si la peritonitis es un accidente más raro de los abscesos metastáticos del hígado, parece bastante racional atribuirlo á la cápsula de Glisson, que impide se estienda la flegmasia tan fácilmente á la serosa abdominal. Los abscesos de los pulmones, del hígado y los riñones, tienen casi los mismos caracteres anatómicos; su origen primitivo es un equímosis y las más veces una especie de apoplejía, una infiltración de sangre, que combinándose íntimamente con los tejidos, forma núcleos duros que pueden adquirir el volumen de una grande nuez en el pulmón y el hígado, y el de una avellana en los riñones. El corte que se hace en los núcleos presenta una superficie uniforme, de un negro algo más subido en el centro que en la periferia. Pero en una época más adelantada se descubren diversos puntos opacos y purulentos que se hacen cada vez más notables y reblandeciéndose el núcleo de dentro á fuera, llega á convertirse en un absceso, cuyo pus es generalmente blanco, espeso, flegmonoso, y en cuyo fondo dicen se descubre á veces una ó muchas venitas inflamadas y supuradas, disposición que nunca he podido advertir de un modo evidente. Casi siempre se



encuentran en el mismo sugeto los diversos grados de alteracion que acabo de describir.

Los abscesos del bazo son, por el contrario grandes, irregulares, y están formados por una mezcla de pus, de sangre y detritus del órgano : diferencias que se esplican por la testura de la víscera. Los del cerebro son siempre muy pequeños, y apenas consisten en otra cosa que en gotitas de pus mas ó menos numerosas que infiltran la sustancia cortical. Los de los músculos se parecen mucho á los del hígado y pulmones; á veces no hay mas que un infarto sanguíneo, y otras se halla infiltrado el pus en el intersticio de las fibras, que es lo que siempre se verifica en el tejido del corazon. En los músculos de los miembros suele estar á veces destruida la fibra muscular. Finalmente, el pus que llena en ciertos casos las articulaciones, es blanco y flegmonoso, sin que vaya generalmente acompañado de ninguna alteracion apreciable de la membrana sinovial.

*Estado de la sangre.*—Ademas de estos desórdenes, la sangre es difluente y análoga á la gelatina de grosella; muchas veces se la ha visto mezclada con glóbulos de pus, los cuales se han distinguido no solo con el microscopio, sino tambien á simple vista; asi es que en los casos de flebitis traumática de la pierna he podido reconocer el pus hasta en las venas iliaca y crural, y en una flebitis de la mesentérica el bazo estaba trasformado en una gran bolsa llena de pus. Por último, los cadáveres de estos individuos se corrompen con prontitud, y todas las partes suelen exhalar un olor purulento, como lo indica Berard.

*Teoría de la infeccion purulenta.*—Segun lo que precede, es cierto que el pus segregado en la vena puede mezclarse con la sangre y alterarla. En vano ha querido M. Tessier negar últimamente este hecho, tan perfectamente demostrado para nosotros, como para todos los que han examinado con detencion las venas inflamadas, bastándome citar entre otros á MM. Blandin, Berard, Velpeau, Dance, Cruvielhier, Breschet, Sedillot, etc. Si algunas veces se encuentra la porcion de la vena enferma eliminada de la circulacion por coágulos adherentes, no por eso debe deducirse que deja el pus en estos casos de hallarse mezclado con la sangre, porque esta mezcla ha podido verificarse antes que se organizasen los coágulos, ó bien, aunque estos existian desde el principio, han podido desprenderse y romperse en cierta época, dando asi paso al pus; la infeccion, en fin, pudo realizarse por las venas colaterales. En toda flebitis puede haber infeccion de la sangre por el pus segregado en la vena, y esta alteracion consecutiva que experimenta la sangre, produce la serie de accidentes que caracterizan el segundo período del mal, y esplica ademas la formacion de todas las colecciones purulentas que hemos encontrado en la mayor parte de los órganos. En la flebitis no solo hay trasporte mecánico del pus de la vena á otras partes, como algunos lo han creido, sino que tambien debe admitirse con Dance, que la sangre viciada é infestada es apta para ocasionar inflamaciones difusas especiales, que terminan rápidamente por supuracion; ó tambien puede suponerse con MM. Cruveilhier, Rokitanski y Sedillot, que no habiéndose el pus eliminado, obra como un verdadero cuerpo extraño, que deteniéndose en ciertos capilares, los inflama y determina infartos sanguíneos, seguidos bien pronto de abscesos. Estas son las dos únicas teorías que pueden racionalmente admitirse y defenderse en la actualidad.

No obstante, M. Lebert se ha declarado en su *Physiologie pathologique* contra la idea de que exista una flebitis capilar, escitada por la presencia de los glóbulos purulentos; y al espesar esta opinion se apoya en el hecho de que inyectando pus en las venas, se ve que los glóbulos desaparecen en muy poco tiempo, no siendo bastante el microscopio para descubrir su presencia. Aun cuando, añade, los glóbulos se conservasen intactos, todavía podrian circular en la mayor parte de los capilares, no siendo mas voluminosos que los glóbulos de sangre. Como quiera que sea, y obre el pus de este ó de otro modo, su penetracion en la sangre es la única causa de la infeccion purulenta. Algunos observadores han logrado reproducir todas las lesiones viscerales que acompañan la flebitis, inyectando pus en las venas de los animales. Si algunos autores nada han conseguido de estos esperimentos, y no han encontrado en la diseccion anatómica de aquellos sino equimosis, esto consiste en que los animales han sido sacrificados demasiado pronto; pero si, imitando el procedimiento de MM. de Castelneau y Ducrest, se les inyecta el pus poco á poco, por intervalos mas ó menos largos, y se les deja vivir mucho tiempo, se encuentran entonces abscesos viscerales idénticos á los determinados por la flebitis. Los espesados autores tampoco creen que el pus obre exclusivamente como un cuerpo extraño. A imitacion de M. Creveilhier, inyectaron en las venas diferentes sustancias, como leche, orinas, negro de humo, mercurio, etc., y vieron que algunos de estos cuerpos producian abscesos, pero solamente en los pulmones y no en alguna otra parte. Esceptuando algunos casos raros en que se habia inyectado mercurio, estos abscesos no se parecian por otra parte por sus caracteres exteriores á los abscesos metastáticos, y por lo que respecta á los síntomas preciso es decir, que no hay un solo fenómeno aislado que provoque la infeccion purulenta, que no se haya observado tambien en los casos de que hablo; pero no sucede lo mismo respecto del *conjunto* de los síntomas. Las alteraciones funcionales y los caracteres anatómicos variaron tambien segun la naturaleza de la sustancia inyectada; pero solo el pus pudo determinar abscesos enteramente iguales, asi por su sintomatologia como por sus caracteres anatómicos, á los abscesos metastáticos (1). En vista de lo espuesto, es natural deducir que el pus, al penetrar en el torrente circulatorio, obra especialmente en virtud de la alteracion que hace experimentar á la sangre. Esta penetracion es indispensable para la generacion de los fenómenos; y pretender explicar, como lo hace M. Jessier, las múltiples lesiones determinadas por la flebitis, por una diatesis ó una disposicion especial de la economía á producir pus (idea tomada á Dehaën), es preferir las tinieblas á la luz, y querer colocarse fuera de las condiciones de toda observacion formal.

Los fenómenos que en breve indicaremos como característicos del segundo período, esto es, del período en que los abscesos metastáticos constituyen el carácter anatómico, no pueden ser producidos sino por la penetracion accidental del pus en la sangre; y de acuerdo con M. Sedillot, se pueden aducir las irrecusables pruebas siguientes de este hecho: 1.º La infeccion purulenta se presenta siempre precédida de supuracion en un punto cualquiera del cuerpo; y ninguno de los hechos referidos por los autores, de generacion espontánea del pus en la sangre, puede resistir al mas ligero exámen. 2.º Existe una relacion manifiesta,

(1) *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XIII.



incontestable y fácilmente demostrable, entre la supuración de las venas y la infección purulenta de la sangre. 3.º La presencia del pus en la sangre puede evidenciarse mediante la inspección ordinaria ó con el auxilio del microscopio; pero es preciso, sin embargo, cuando se recurre á este instrumento, abstenerse de tomar por pus los glóbulos blancos de sangre. 4.º Finalmente, acabamos de decir que podíamos producir á nuestra voluntad todos los accidentes de la infección, inyectando poco á poco pus en las venas y multiplicando estas inyecciones: pero si se menudeasen demasiado, ó se inyectase una gran cantidad de pus á la vez, los animales perecerían como asfixiados, y no presentarían en la autopsia los caracteres anatómicos de la infección.

Positivamente: el pus, al penetrar en el torrente circulatorio, es la causa de la alteración de la sangre. Pero, ¿por cuál de sus elementos obra? Unos han creído que obraba especialmente por el serum, y otros que su acción se efectuaba por medio de los glóbulos. M. Sedillot ha resuelto, á nuestro parecer, este problema, en su excelente obra. El sabio catedrático de Estrasburgo dice que el serum, cuando no está alterado, es decir, cuando no ha sufrido la descomposición pútrida, podía ser inyectado casi impunemente en las venas, puesto que él pudo hacerlo penetrar sin accidente alguno en la yugular de un perro: y esto en la enorme proporción de cinco onzas y media. El mismo profesor, habiendo, por otra parte, inyectado algunos glóbulos purulentos perfectamente lavados y sin mezcla de serum, produjo todos los accidentes y todas las lesiones anatómicas de la infección purulenta.

Diremos, para concluir, que la flebitis no es, en nuestro juicio, la causa única de la infección purulenta, toda vez que esta pueda efectuarse aun después de la división traumática de las venas, y después de una alteración del vaso que permite al pus de un foco penetrar en el interior. Pero es dudoso, como más adelante diremos, que la linfangitis pueda producir los mismos efectos; y nada tampoco demuestra que la inflamación del sistema de sangre roja haya producido alguna vez la infección purulenta. Por lo que respecta á la pretendida generación espontánea del pus en la sangre, repetimos que es una fábula. Por último, creemos, de acuerdo con los profesores Berard y Sedillot, que la reabsorción del pus, admitida con bastante frecuencia como causa de infección, no puede verificarse, porque el pus no puede ser absorbido en sus condiciones esenciales, y no puede penetrar en la economía sino después de haber experimentado una disolución de sus glóbulos, y una transformación tan radical, que deja ya de obrar de la misma manera.

*Síntomas, curso, duración y terminaciones.*—Los síntomas de la flebitis se distinguen en *locales* y *generales*. En la vena inflamada se siente un dolor más ó menos vivo; si esta es superficial, se percibe un cordón duro, doloroso, desigual y rubicundo; y si es profunda, no se nota más que una renitencia y una tensión dolorosa, que sigue exactamente el trayecto de la vena. La parte enferma se mueve con dificultad, y por poco voluminosa que sea la vena enferma, y escasa la extensión que la alteración ocupe, suele existir un edema más ó menos considerable, debido á la dificultad que experimenta la circulación. Finalmente, á estos síntomas locales se agrega una sensación de malestar, cefalalgia, inapetencia, sed, y un movimiento febril, continuo ó remitente. La flegmasia se limita al principio á las partes invadidas, pero suele propagarse las más veces á

otros puntos, siguiendo la direccion de la sangre venosa, es decir, desde los capilares hácia el corazon; esta regla, sin embargo, tiene muchas escepciones, pues la inflamacion se irradia tambien muchas veces á uno ó mas ramos de la vena, y aun se estiende por las anastomosis á otras inmediatas. Despues de algunos dias, cuando la sangre se altera por haberse mezclado con el pus, se presentan nuevos síntomas que carazterizan el segundo período de la enfermedad, llamado período de *infeccion*.

El primer fenómeno que llama la atencion, porque indica probablemente la penetracion del pus en la sangre, es un escalofrío que por lo regular se presenta acompañado con rechinamiento de dientes, y que es tan violento como en un acceso de calentura intermitente. Otros enfermos solo experimentan ligeros escalofríos, ó una sensacion de frio general ó parcial. Como quiera que sea, estos escalofríos; las mas de las veces irregulares, se repiten algunas periódicamente bajo los tipos cotidiano ó doble-cotidiano, pero pocas bajo los tipos tercianario ó cuartanario. A los escalofríos sucede un calor urente y seco, y con frecuencia sudores copiosos. El paciente está inquieto y agitado; se halla atormentado por desvaríos; se nota bien pronto un ligero trastorno en sus ideas, y despues un delirio continuo. La cara está descarnada, pálida, amarillenta y terrosa; las facciones espresan el estupor y el atontamiento; los ojos se hallan hundidos en sus órbitas; la lengua está seca, fuliginosa y trémula; sobreviene muchas veces una diarrea fétida; el pulso es débil y pequeño, y hay postracion de fuerzas. En medio de estos accidentes sobrevienen en diversos puntos del cuerpo, en el tejido celular ó el espesor de los músculos, los abscesos de que ya hemos hablado. Otros enfermos se ven acometidos rápidamente de una ictericia general que coincide las mas veces con la formacion de abscesos metastáticos en el hígado; quién se queja de dolores vivos, agudos y terebrantes en muchas articulaciones, que casi siempre se llenan entonces de pus; quién padece los síntomas de una pleuresía sobre aguda; ó bien tiene una tos seca, opresion y disnea, fenómenos que dependen á veces de la formacion de núcleos sanguíneos, ó de abscesos metastáticos en los pulmones, pero que pueden, no obstante, existir independientemente de toda lesion apreciable; muchos presentan escaras, y pocas veces pústulas en la piel; y en fin, en casi todos se advierte un enflaquecimiento de los mas rápidos, de modo que en uno ó dos dias los pacientes quedan enteramente desfigurados. En medio de este conjunto de graves síntomas, sobreviene la muerte.

Esta llega, por lo general, en el discurso ó hácia el fin del tercer septenario, habiéndosela visto ocurrir despues de tres dias en dos casos, citados el uno por M. Bouillaud, y el otro por M. Tessier. En la mayor parte, la duracion del período de infeccion oscila entre seis y ocho dias. Si la enfermedad debe tener una terminacion feliz, la mejoría se declara antes de la manifestacion de los síntomas de infeccion: en este caso los accidentes generales y locales disminuyen poco á poco de intensidad. La convalecencia se establece de una manera franca; las partes recobran con mas ó menos lentitud su estado normal; algunas veces conservan por largo espacio de tiempo, con frecuencia durante todo el resto de la vida, un volúmen mas considerable, debido á una ligera infiltracion serosa, ó á una simple intumescencia sanguínea, que consiste en la obliteracion de la vena principal, y en la insuficiencia de las colaterales. Cuando la infeccion de la sangre



se ha verificado y se ha anunciado por medio de estos síntomas, la muerte es la terminacion casi necesaria de la enfermedad; esto, no obstante, se han citado algunos casos de curacion: uno de los mas notables que se conocen fue consignado en los *Archivos* de 1845 por M. Vidal de Cassis. La flebitis ocasiona casi siempre la muerte de los pacientes, por medio de la infeccion de la sangre y las lesiones consecutivas que son su resultado. Al contrario de lo que acontece en la arteritis, la flebitis apenas produce la gangrena de las partes.

*Varietades segun el asiento.*—Hemos dicho ya que los síntomas de este segundo periodo son absolutamente los mismos, sea cualquiera el asiento de la flebitis; pero no sucede lo mismo con los síntomas locales; pues difieren segun la vena enferma. Todo cuanto dejo dicho anteriormente, es aplicable á la flebitis de los miembros; pero los síntomas locales faltan mas ó menos completamente en las inflamaciones de las venas esplánicas, como la cava, porta, iliaca ó hipogástrica, etc. Sin embargo, cuando la obliteracion de estos vasos es completa, suele muchas veces observarse un derrame seroso en los miembros, en las paredes del tronco y en la cavidad abdominal; accidentes que unidos á los síntomas generales de infeccion, podrán hacernos diagnosticar la naturaleza, y aun el asiento de la infeccion.

La flebitis uterina, que apenas suele observarse mas que despues del parto, va muchas veces acompañada de algunos síntomas locales, pero que ninguno es característico, como la inercia de la matriz, el volúmen que conserva y la prominencia que forma en el hipogastrio, y ser ligeramente dolorosa á la presion. Las enfermas se quejan ademas de una pesadez en dicha region; los loquios son fétidos y menos abundantes. Yo he visto casos en que han faltado todos estos fenómenos, y no es raro que la matriz, á pesar de hallarse inflamada sus venas, recobre poco á poco su volúmen natural; que la presion hipogástrica y el tacto sean á veces indolentes, y que los loquios fluyan como de costumbre. El único fenómeno morboso que se observa entonces, es una calentura por lo comun moderada, pero continua, presentando exacerbaciones mas ó menos regulares. Finalmente, al cabo de algun tiempo aparecen los signos de infeccion que revelan por sí solos la naturaleza de la enfermedad y sus peligros.

La inflamacion de los senos cerebrales puede ser latente, sin que vaya acompañada de ningun síntoma local, y aun tal vez menos todavía de síntomas generales de absorcion. Sin embargo, cuando uno de los senos principales se halla obliterado, sobreviene una infiltracion serosa ó sanguínea de las meninges, derrames apopléticos y reblandecimientos rojos; estas lesiones producen cefalalgia, somnolencia, el coma, convulsiones, parálisis, etc.; pero es casi imposible determinar la causa de estos accidentes, durante la vida.

*Diagnóstico.*—Si la flebitis es superficial, se reconocerá fácilmente por un cordón duro y doloroso, que diseña el trayecto conocido de una vena, y se presenta acompañado de la infiltracion edematosa de las partes inferiores. Distinguesela sin dificultad de una arteritis, enfermedad mucho mas rara, que está caracterizada por un cordón duro y nudoso, que al principio, por lo menos, es asiento de pulsaciones muy vivas, y que suele complicarse con gangrena mas ó menos estensa. Mas adelante veremos que aun es mas fácil distinguir la flebitis de la linfítis y la neuritis (Véanse estas enfermedades). Por lo que respecta al flegmon, debe ténérse en cuenta que este forma un tumor claro, difuso y muy

doloroso, que en nada se parece á los fenómenos locales que caracterizan la flebitis.

Pero el diagnóstico de la inflamacion de las venas profundas , el diagnóstico de la flebitis de las cavidades esplánicas , es mucho mas difícil, siendo hasta imposible establecerlo con seguridad antes de la manifestacion de los síntomas indicadores de la infeccion purulenta. En efecto, cuando en el curso de un aparato febril continuo, que ha subsistido por espacio de siete, ocho ó diez días, se ven sobrevenir escalofríos irregulares, delirio, postracion y un color icterico en la piel, deberá temerse una infeccion de la sangre por la materia purulenta; y estos temores serán aun mas fundados, cuando á estos síntomas se agreguen dolores en las articulaciones; finalmente, la duda no podrá ya tener lugar cuando veamos desarrollarse abscesos múltiples en diferentes partes del cuerpo.

Para determinar con exactitud el asiento de la afeccion y su punto de partida, será preciso tener en cuenta los conmemorativos: asi, pues, los signos de infeccion que se presenten en el curso del estado puerperal, ó á consecuencia de una operacion cruenta practicada en el útero, nos indicarán que la inflamacion ocupa las venas de este órgano ó las de la cavidad de la pelvis. Asimismo el conocimiento de una contusion ó de una herida del cráneo, que hubiese precedido á la manifestacion de los signos de infeccion purulenta, nos hará suponer una flebitis de las venas del pericráneo ó de los senos del diploe; y si se trata de un recién nacido, deberemos sospechar desde luego que existe una flebitis de la vena umbilical.

La infeccion purulenta es de fácil diagnóstico, aunque algunos de sus síntomas son á veces tan predominantes , que pudieran, á no estudiarlos detenidamente, dar lugar á varias equivocaciones. Asi es que el delirio pudiera hacernos confundir la flebitis con una afeccion cerebral ó una meningitis; pero el curso de la enfermedad basta siempre para aclarar el diagnóstico. La diferencia que existe entre la flebitis y la calentura tifoidea, es tambien demasiado considerable para que un hombre de esperiencia pueda jamás confundirlas; pero aunque la postracion, el sub-delirio, el estupor y la sequedad de la lengua son síntomas comunes á ambas enfermedades, solo en la calentura tifoidea se encuentra el meteorismo, el gorgoteo en la fosa ilíaca, la intumescencia del bazo, la erupcion lenticular y el estertor sibilante en el pecho, fuera de las luces que nos suministra el curso comparativo de ambas afecciones, y los síntomas de la invasion, como la cefalalgia y la epistáxis, que solo pertenecen á la calentura tifoidea. Los escalofríos que aparecen muchas veces periódicamente, y la agravacion tambien regular de los síntomas, podrian asimismo hacernos confundir la flebitis con una calentura intermitente; pero en la primera jamás existe apirexia, observándose siempre un aparato febril continuo, algunas veces con exacerbaciones mas ó menos regulares, y se hallan ademas como caracteres distintivos, todos los síntomas generales propios de la infeccion purulenta.

Estos síntomas servirán igualmente de guia al práctico para establecer la verdadera naturaleza de la enfermedad, en los casos en que los accidentes predominantes hácia el pulmon, la pleura ó el hígado, pudiesen hacerle creer que existia una pneumonia, una pleuresía ó una hepatitis. Estas flegmasias, por otra parte, en su estado simple, nunca vienen acompañadas de los accidentes propios de la infeccion purulenta, la cual, por los dolores vivos, con tumefaccion ó sin



ella, que por lo regular ocasiona en una ó muchas articulaciones , pudiera tambien simular un reumatismo articular, agudo, febril: en este error han incurrido los hombres mas célebres, y mas adelante diremos que la mayor parte de los casos que se citan como de reumatismos supurados , no son otra cosa que casos de flebitis. No obstante, no se cometerá tan grave error, si se reflexiona que los dolores articulares en la flebitis , en lugar de ser primitivos , apenas sobrevienen sino despues de muchos días , una semana y aun mas , de un aparato febril, y que se presentan precedidos y acompañados de los demás accidentes de la infeccion purulenta.

Mas adelante hallaremos bastante analogía entre el período de infeccion de la flebitis y el muermo agudo; pero al tratar de esta afeccion veremos que se distingue especialmente de todas las enfermedades conocidas por un derrame nasal y una erupcion especial de pústulas en algunos puntos de los tegumentos.

El catedrático Berard ha insistido mucho en estos últimos tiempos en una distincion importante, recomendando muy espresamente que no se confunda la infeccion purulenta con la infeccion pútrida, pues esta es producida esclusivamente por la alteracion séptica que el pus experimenta en los focos, sobre todo cuando se pudre al contacto del aire. Los enfermos tienen escalofríos, diarrea, frecuentes sudores y calentura; se demacran, y experimentan, en fin, todos los síntomas de la calentura héctica; jamás los de la infeccion purulenta. Esta es constantemente aguda, al paso que la infeccion pútrida tiene por lo regular una marcha crónica. La primera tiene una terminacion casi necesariamente fatal, mientras que la segunda se cura cuando se logra destruir la causa local que la sostiene, ora impidiendo al pus permanecer en los senos fistulosos, ora amputando la parte.

*Pronóstico.*—La flebitis es una de las enfermedades mas graves, y el peligro es relativo á la estension de la flegmasia. La inflamacion de las venas de los miembros es menos grave que la que ocupa las cavidades esplánicas; la que sobreviene espontáneamente es mas funesta que la que sucede á una violencia exterior. M. Forget ha defendido, sin embargo, en la *Gazette médicale* de 1847 una opinion contraria, atribuyendo la gravedad menor de la flebitis espontánea á la ausencia del aire. Pero los hechos en que se apoya el estimable catedrático de Estrasburgo, están lejos de ser concluyentes, y aun nos parece que ha comparado entre sí dos casos absolutamente desiguales. En efecto , considera como pertenecientes á las flebitis esas obliteraciones venosas que sobrevienen súbitamente en el período de descenso de ciertas enfermedades graves agudas, y sobre todo crónicas; pero no puede establecerse paridad alguna entre esta lesion y la flebitis (Véase el artículo *Obliteracion de las venas*). La obliteracion del vaso es una circunstancia favorable, porque disminuye las eventualidades de infeccion de la sangre, que es un accidente casi siempre mortal.

*Etiología.*—Todas las venas principales del cuerpo se han encontrado inflamadas con mas ó menos frecuencia. La flebitis es rara vez espontánea, pues casi siempre sucede á la accion de agentes mecánicos; asi, la flebitis de los miembros, que es la mas frecuente, resulta casi siempre de una violencia esterna, como una contusion, una rasgadura de la vena, ó la picadura hecha en ella con un instrumento sucio, mohoso ó impregnado de una materia animal pútrida. Asi es que sobreviene muchas veces la inflamacion de las venas del brazo y safe-na interna, á consecuencia de la flebotomía , cuando se practica con una lanceta

en mal estado; cuando los enfermos se sirven de sus brazos antes que sea completa la cicatrizacion de la vena, ó tambien cuando la cisura ha sido irritada por el contacto de algun cuerpo extraño. Las picaduras que se reciben en las salas anatómicas, ó la inmersión de una parte desnuda ó escoriada en un líquido pútrido, como el agua de las maceraciones anatómicas ó los derrames purulentos, son causas muy activas de la flebitis, que llevan todos los años en París á muchos profesores jóvenes al sepulcro. Se sabe, en fin, que la flebitis es el accidente mas temible despues de todas las grandes operaciones; y mas generalmente despues de todas las soluciones de continuidad. La simple contusion de una vena es causa mas frecuente de lo que se cree, de las flebitis que suelen pasar desapercibidas durante la vida. Esto es lo que se observa especialmente en las venas que se apoyan sobre los huesos, cuya circunstancia hace que sufran con mas fuerza los efectos del choque. Hemos visto resultar algunas veces la inflamacion de las venas del pericráneo ó la de los senos del mismo diploe, á consecuencia de una contusion de la cabeza: cuando se vean, pues, desarrollarse accidentes de reabsorción purulenta en un individuo que goza de buena salud y no presenta foco alguno de supuración, es preciso asegurarse por el estudio de los signos conmemorativos y por un exámen atento de toda la superficie del cuerpo, y en particular del cráneo, si existe algun vestigio de contusion que haya podido ser el origen del mal. Por último, la flebitis uterina que arrebató un número tan considerable de puerperas, tambien debe considerarse como una inflamacion traumática. Sabido es que despues de espelida la placenta, suelen quedar las venas abiertas algun tiempo en el fondo del útero, y penetrarse de las materias saniosas, purulentas y pútridas, que llenan la cavidad uterina. Finalmente, la flebitis puede ser efecto de la estension á la vena de la afección de un órgano inmediato; en efecto, mas adelante veremos que la inflamacion de las venas es un accidente muy comun alrededor de los tumores encefaloideos. El doctor Bruce dice que la flegmasia de algunos senos, por ejemplo, la de los laterales, puede ser consecutiva á la otorrea purulenta.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la flebitis en su primer periodo es completamente antiflogístico: cuando es viva la reaccion febril y el pulso fuerte y resistente, deben practicarse una ó muchas sangrías. Si la vena es superficial, conviene aplicar un gran número de sanguijuelas en todo su trayecto, cubrir la parte con catáplomas emolientes, y sumergirla muchas veces al dia en un baño templado. Tambien es ventajoso emplear al mismo tiempo las fricciones mercuriales sobre el trayecto de la vena inflamada. M. Pasquier aconseja en los mismos casos los fomentos narcóticos, como los cocimientos de malvavisco y adormideras en la cantidad de dos litros, y el extracto de opio en la dosis de 4 gramas. Finalmente, en una época mas adelantada se aplicarán en toda la estension de la vena uno ó muchos vejigatorios. Debemos asegurarnos siempre de que no existe ningun punto fluctuante á lo largo de la vena, y tan luego como se descubra, es preciso practicar inmediatamente una incision transversal para dar salida al pus, evitando asi que pase al torrente circulatorio. La infeccion de la sangre por el pus que segrega la vena, es siempre un accidente muy grave en el curso de la flebitis; y para prevenirlo, aconsejan algunos médicos, especialmente Reil, Abernethy y M. Velpeau, comprimir la vena en los límites de la flegmasia mas próximos al corazon, con objeto de provocar la adherencia de las paredes ó



la formacion de coágulos fibrinosos, ó tambien con el de oponerse mecánicamente al paso del pus, aplastando el vaso. Muchas veces he ensayado este método con ventaja. Otros han recomendado la seccion transversal del vaso; pero este medio es insuficiente ademas de peligroso, pues suele imprimir mayor impulso al trabajo inflamatorio. ¿Puede decirse lo mismo respecto del procedimiento de M. Bonnet, de Lyon, que consiste en aplicar un hierro candente á lo largo de la vena inflamada, á fin de promover una inflamacion adhesiva? Esta cuestion no puede resolverse sino en vista de ulteriores esperiencias. No obstante, hágase cuanto se quiera, el pus concluye en muchos casos infectando la sangre por medio de la circulacion colateral.

Luego que los síntomas de la infeccion se han declarado, pocas veces es dudosa la muerte, pues todos los medios empleados hasta el presente han sido inútiles, como las emisiones sanguíneas, los tónicos, especialmente la quina, los baños, las afusiones, los vejigatorios, los evacuantes, sobre todo los purgantes, los escitantes difusivos, los mercuriales y los contra-estimulantes, especialmente el emético y el sulfato de quinina en altas dosis; y en fin, el alcoholaturo de acónito, preconizado en estos últimos tiempos por M. Tessier á la dosis de media dracma á dos dracmas y mas, mezclado con una tisana. Pero como he visto siempre que todos estos medios eran ineficaces, quisiera que en lo sucesivo se escogitasen en otros agentes terapéuticos adecuados, recursos contra el temible accidente de que acabo de hablar.

#### DE LA INFLAMACION DEL SISTEMA LINFÁTICO.

Sabido es que el sistema linfático se compone de vasos y de ganglios; estudiaremos sucesivamente la inflamacion en estos dos órdenes de órganos.

#### *De la angioleucitis.*

SINONIMIA.—Linfatitis, linfítis y linfugitis.

Los autores de diferentes épocas han considerado la inflamacion del sistema linfático como causa de una multitud de afecciones agudas y crónicas; pero la mayor parte de estas opiniones no tienen por base una observacion severa, y solo en estos últimos años es cuando se ha estudiado convenientemente este punto de la ciencia. Los conocimientos exactos que de él tenemos, son debidos en parte á los trabajos de MM. Alard (1), Andral (2), Cruveilhier (3), Duplay (4), y especialmente á las investigaciones de M. Velpeau, cuyo importante trabajo publicado en los *Archives* de 1836, ha sido reproducido posteriormente por todos los que se han ocupado de la misma materia.

*Anatomía patológica.*—Los vasos linfáticos afectados de una flegmasia aguda aumentan de volúmen, y se hacen visibles á la simple vista, presentándose bajo la forma de cordones blancos ó rojizos, abollados y desiguales, cuyo volúmen puede igualar al de una pluma de cuervo. Comunmente están dilatados por

(1) *Inflammation des vaisseaux lymphatiques*. París 1824.

(2) *Archives générales de médecine*, t. IV, p. 502.

(3) *Anatomie pathologique*, 11 livraison.

(4) *Archives générales de médecine*, 2.<sup>a</sup> serie, t. VII, p. 293.

un pus flegmonoso homogéneo; la superficie interna se halla á veces tapizada por una falsa membrana, y las paredes suelen estar rojas, duras, friables y engrosadas, sin que se aplasten, aunque se vacie el pus que contienen, haciendo una picadura en el vaso. Por lo regular, los linfáticos continúan siendo permeables; pero algunas veces llegan á obliterarse completamente por una falsa membrana ó por la mútua adhesión de las paredes. Muchas veces se han encontrado estas obstrucciones en una porción del conducto torácico, que se trasformaba así en un cordón fibroso. Hay un gran número de casos en que existe pus en los vasos linfáticos, sin que no obstante, sea posible demostrar ninguna lesión manifiesta en la porción correspondiente de estos órganos, como se observa, por ejemplo, frecuentemente en los del útero y pelvis de las mujeres que sucumben á la calentura puerperal. En presencia de este hecho, algunos han admitido que el pus no habia hecho otra cosa que penetrar simplemente en los vasos por absorción; pero esta opinión, que parece justificada por la presencia casi siempre constante de un foco purulento en un órgano inmediato, ó por lo menos, por una inflamación purulenta del tejido celular, no es, sin embargo, probable cuando se fija la atención en el considerable volumen de los glóbulos de pus, que nunca en efecto, son absorbidos en sus condiciones esenciales, puesto que no pueden penetrar en las vías circulatorias sino cuando estas han sufrido una solución de continuidad, á no ser, sin embargo (y este es el caso mas frecuente), que el pus haya sido segregado por la membrana interna de los vasos. Es raro encontrar abscesos metastáticos en los individuos que sucumben á una angioleucitis; Velpeau, sin embargo, parece haber observado muchas veces un gran número de ellos muy pequeños en los pulmones y en el hígado. ¿No podremos sospechar que en estos casos habia una flebitis concomitante? He aquí lo que es imposible asegurar. Pero como quiera que sea, la sangre hallada en el corazón y los vasos, es por lo regular negruzca y difluente.

En el estado crónico está bien caracterizada la angioleucitis por la induración y el engrosamiento de las paredes; entonces los linfáticos presentan de trecho en trecho nudosidades producidas por la induración de las válvulas, y en algunos casos, aunque muy raros, hay supuración: Astley Cooper refiere un ejemplo de ello. La obstrucción y la obliteración de los conductos son un resultado muy común de la angioleucitis crónica.

*Síntomas y curso.*—Cuando la inflamación ocupa los vasos linfáticos superficiales, aparecen en la superficie cutánea algunas estrías, listas ó simples chapas, que relativamente al color, varían desde el de rosa al rojo vinoso ó violáceo. Estas líneas son tortuosas é irregulares, circunscriben los espacios en que la piel se conserva sana, ocupan una extensión mas ó menos considerable, se propagan á veces á toda la longitud de un miembro, y tienen casi siempre origen en una alteración de los tegumentos, como una herida, una flegmasia ó una supuración. La linfítis suele empezar casi siempre en la circunferencia de estas lesiones; pero tampoco es raro que la primera rubicundez aparezca en un punto mas ó menos distante. Estas rubicundeces pueden ser desde luego continuas, ó bien diseminadas; pero bien pronto se reúnen y confunden con ellas unas placas erisipelatosas, formando una rubicundez uniforme que presenta el aspecto de una erisipela ordinaria. En la parte enferma hay un calor urente que M. Velpeau ha comparado con exactitud al producido por la insolación, y



que siempre se exacerba por la presión; adviértese además generalmente, una hinchazón por lo común ligera y como edematosa. Por último, los ganglios donde terminan los vasos linfáticos inflamados, están casi siempre dolorosos y tumefactos.

Cuando la inflamación invade primitivamente el plano profundo de estos órganos, lo primero que llama la atención es, como dice Velpeau, un dolor profundo, pungitivo ó lancinante, que está fijo en varios focos, y tiene igual intensidad en todos los diversos puntos que ocupa. Por medio del tacto se exasperan mucho los padecimientos, y se perciben profundamente algunas induraciones muy dolorosas, que al fin llegan á elevar la piel; muchas veces hay también un infarto duro, pero no obstante, edematoso, de toda la parte. La piel está tensa, reluciente, blanca ó de color de rosa, y cuando la inflamación se propaga á los linfáticos superficiales, se enrojece y pone erisipelatosa.

Los síntomas generales de la angioleucitis se limitan por lo común á algunos escalofríos, y á un malestar general que caracterizan su manifestación, hay luego una calentura más ó menos intensa, acompañada de sed, inapetencia y á veces de vómitos. Estos síntomas corresponden exclusivamente á la flegmasia, pero hay otros que resultan de la infección de la sangre por el pus, tales como el delirio, la postración, el estado fuliginoso de la lengua, la pequeñez del pulso, es decir, el conjunto de los síntomas que señalan el segundo período de la flebitis supurada. No obstante, son muy raros estos accidentes, porque estando inflamados los ganglios linfáticos, suelen oponer una barrera insuperable al pus, é impiden así que este líquido pase al sistema venoso. Esta penetración, cuya posibilidad pone en duda el catedrático Berard, parece, sin embargo, verificarse algunas veces: esto es por lo menos lo que al parecer demuestran muchos hechos recogidos por M. Velpeau, á no ser que supongamos que en tales casos hubo una flebitis concomitante. Sea como quiera, si suponemos que la linfatis puede producir la infección de la sangre; esta, según se dice, se diferenciaría de la que es consecutiva á la flebitis, por la circunstancia de que esta se efectuaría lentamente; por otra parte, los síntomas característicos nunca serían ni tan graves ni rápidos como los de la inflamación venosa. Debemos, no obstante, exceptuar los casos en que el mal reconoce por causa la introducción en la economía de una materia séptica, pues muchos individuos que sucumben á consecuencia de una picadura anatómica, empiezan padeciendo una angioleucitis acompañada muy pronto de los accidentes más formidables de la infección purulenta, sin que siempre revele la autopsia una inflamación de las venas.

*Terminaciones.*—La linfatis puede terminar por resolución, que es lo más común cuando la flegmasia invade solo un corto número de vasos superficiales. En el caso contrario sobreviene la supuración, y entonces se encuentra el pus infiltrado ó reunido en abscesos más ó menos considerables. Se ha dicho que esta flegmasia podía terminar por induración y gangrena, pero esto aun no se halla perfectamente demostrado; tampoco se sabe cosa alguna acerca de la forma crónica de esta enfermedad. La opinión de Alard, que considera la angioleucitis crónica como causa de la elefantiasis, no se apoya en ninguna observación precisa, ni en hecho alguno medianamente exacto, de anatomía patológica.

*Duración.*—La duración de esta enfermedad es muy variable: cuando solo ocupa un corto número de vasos superficiales, la resolución puede ser completa

del cuarto al quinto día; otras veces la flegmasia continúa aumentándose por espacio de siete ú ocho días, y llega á curarse despues de este tiempo, ó bien tarda mucho mas, como por ejemplo, veinte días. En este mismo plazo sobreviene tambien la muerte, cuando el resultado de la enfermedad debe ser funesto.

*Diagnóstico.*—La angioleucitis solo puede confundirse con la flebitis, la erisepela y el eritema nudoso. Difiere de la flebitis, en que esta forma un cordón mas duro, mas grueso, doloroso y profundo en el trayecto conocido de una vena; no están hinchados los ganglios inmediatos, y sobrevienen, en fin, mas frecuentemente los síntomas de infeccion, que siguen siempre un curso muy agudo. La erisipela se distingue de la angioleucitis por una rubicundez uniforme que ocupa cierto espacio, acompañándose de dureza del dermis, y muchas veces de flictenas. Mucha mas analogía tiene el eritema nudoso con la angioleucitis, pero se diferencia de ella en que las chapas son mas rubicundas, muy superficiales, y ofrecen á la presion una blandura como fluctuante, terminando siempre por resolucion.

*Pronóstico.*—La angioleucitis tiene casi siempre una terminacion feliz, si bien puede tenerla fatal; esta se observa especialmente cuando llega á absorberse algun principio séptico, como se ve con demasiada frecuencia despues de las picaduras anatómicas. La supuracion es una terminacion del mal presagio, porque puede, segun se dice, ocasionar los síntomas de infeccion.

*Etiología.*—La angioleucitis es una enfermedad casi siempre consecutiva; asi es que sucede comunmente á las heridas de la piel, sobre todo cuando han sido irritadas, ó producidas por un instrumento sucio: tambien se desarrolla á consecuencia de las contusiones, ó espontáneamente en la inmediacion de las partes inflamadas, probablemente á consecuencia de la absorcion de los principios morbíficos formados en los tejidos enfermos.

*Tratamiento.*—La angioleucitis reclama los mismos medios que la flebitis, debiéndose insistir especialmente en las sangrías locales, los baños y las cataplasmas emolientes, á las cuales suelen añadirse tambien las unturas mercuriales. Los vejigatorios volantes se hallan indicados cuando la flegmasia permanece estacionaria, pues con ellos se decide la resolucion ó supuracion incierta hasta entonces. Por último, en estos casos, ó aun desde el principio, puede ensayarse con ventaja la compresion, cuando la angioleucitis es muy superficial. No conocemos todavia ningun medio eficaz para combatir los síntomas de la infeccion, si llegan á presentarse. (Véase lo espuesto al tratar de la *Flebitis*).

#### *De la adenitis ó inflamacion de los ganglios linfáticos.*

Los ganglios linfáticos se inflaman con mucha mas frecuencia que los vasos blancos que terminan en ellos ó de ellos se derivan.

*Caracteres anatómicos.*—En el primer grado, el tejido del ganglio se presenta hinchado, rojizo, rojo-gris, húmedo y friable, pudiendo llegar á reblandecerse hasta el punto de ofrecer una difluencia análoga á la que presenta el bazo en las calenturas tifoideas. En una época mas adelantada se encuentra pus, diseminado é infiltrado al principio, y despues reunido en muchos focos. Se ha dicho que la inflamacion ocupa en la adenitis el tejido celular intersticial, y en apoyo de esta opinion se hace valer la posibilidad que hay de hacer pasar mer-



curio desde los linfáticos aferentes á los vasos eferentes, atravesando los ganglios inflamados: pero este hecho no está aun suficientemente probado; y aun cuando por otra parte lo estuviera, todavía no sería del todo concluyente.

*Sintomas.*—Cuando un ganglio se inflama, aumenta de volúmen, se endurece, percíbense en él dolores lancinantes continuos, y forma al fin un tumor flegmonoso prominente, de cuya inflamacion participa bien pronto la piel. Esta flegmasia puede terminar por resolucion, supuracion, induracion y muy rara vez por gangrena. Esta enfermedad, cuando es simple, tiene casi siempre un resultado favorable, entendiéndose que no hablo aquí sino de la adenitis esterna, y de la que no depende de ningun estado general grave.

*Etiología.*—La inflamacion de los ganglios linfáticos es casi siempre sintomática de una irritacion que está situada á mas ó menos distancia. Asi, los ganglios submaxilares y los de las partes laterales del cuello se infartan é inflaman en las enfermedades del cuero cabelludo, en la erisipela y las úlceras de la cara, en los casos de estomatitis, de denticion difícil y de angina simple, y especialmente membranosa. La inflamacion de los ganglios axilares reconoce comunmente por causa una escoriacion ó picadura en los dedos, una herida ó irritacion de las paredes del pecho. Por último, la adenitis de la ingle es por lo comun consecutiva de una enfermedad de los órganos genitales externos ó de alguna causa irritante que ocupa el miembro inferior, como una solucion de continuidad una presion escesiva del pié por un calzado estrecho, etc. Los ganglios de las cavidades esplánicas tampoco suelen inflamarse mas que de un modo consecutivo, como los bronquiales, que se alteran con tanta frecuencia en la pneumonia, y sobre todo los mesentéricos, que pasan por todos los grados de una inflamacion aguda en los casos de calentura tifoidea y frecuentemente tambien en la disenteria. Es sin embargo incontestable que la inflamacion de los ganglios sobreviene algunas veces primitivamente y sin que pueda notarse ningun cambio apreciable en las partes inmediatas, como lo hemos visto en la peste. Una presion fuerte ó un roce continuado en un punto en que hay ganglios, pueden ocasionar la inflamacion de estos, por esto dice Follet (*Gazette médicale* de 1844), que los quintos padecen frecuentemente infartos submaxilares, que el citado profesor atribuye al roce del corbatin de suela. Esta causa es positiva, pero no es, sin embargo, la única que obra en la produccion de esta enfermedad, que es muy comun en el ejército, pues no puede desconocerse, especialmente, la influencia que en ella ejerce el frio. Remito por lo demás á mis lectores á la excelente Memoria publicada sobre esta materia por M. Larrey, en el tomo XVI de las *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*.

*Tratamiento.*—La adenitis aguda reclama casi el mismo tratamiento que el flemon, es decir, las emisiones sanguíneas, los baños y las cataplasmas. Si termina por supuracion, es preciso abrir los abscesos tan luego como sea evidente la presencia del pus. Los vejigatorios, que algunos usan para favorecer la resolucion del infarto ó la reabsorcion del pus, no tienen á mi parecer ninguna ventaja. Si la induracion persiste en el estado crónico, deberemos emplear los chorros salinos y sulfurosos, los fundentes y los resolutivos en tópicos y fricciones como las pomadas yoduradas, mercuriales, etc. Finalmente, cuando la enfermedad continúa oponiendo resistencia á esta medicacion, no nos queda otro arbitrio que el de recurrir á la estirpacion.

## DE LAS INFLAMACIONES DEL APARATO DE LA INERVACION.

*De la meningitis cerebral.*

La palabra *meningitis* es una espresion colectiva que sirve para designar la inflamacion simultánea de la aracnoides y la pia-mater, mientras que las palabras *aracnitis* ó *aracnoiditis* y la de *pia-matritis* significan la inflamacion limitada solo á la aracnoides ó á la pia-mater, lo cual es muy raro que suceda. Es dudoso que la dura-mater sea susceptible de inflamarse, al menos de un *modo primitivo*. Si los hechos referidos por Abercrombie no son bastante concluyentes, no sucede lo mismo respecto de los dos que aparecen consignados en el trabajo del doctor Albers de Bonn (1): pero como se refieren á la dura-mater espinal, nos proponemos hablar de ellos mas adelante. Si la inflamacion primitiva de la dura-mater es todavía un hecho dudoso para muchos autores, la mayor parte de ellos sin embargo, convienen en que esta membrana puede inflamarse á consecuencia de una alteracion de los huesos del cráneo; pero debemos decir que ningun síntoma ha podido notarse hasta ahora que baste á revelarnos semejante alteracion.

*Historia y divisiones.*—Los antiguos confundian con el nombre de *frenitis* la inflamacion de las meninges, la del cerebro y muchos delirios puramente simpáticos, pero estas afecciones no solo se distinguen hoy en el cadáver, sino tambien casi siempre en el vivo. Durante el siglo pasado, y aun en estos últimos años, algunos autores demasiado preocupados con el derrame seroso que se observa con bastante frecuencia en la meningitis, consideraron esta alteracion como el carácter fundamental de una enfermedad especial que se llamaba *hidrocéfalo agudo*; mas hoy no puede negarse que casi todas las observaciones de hidropeñas agudas del cerebro que han sido publicadas, deben atribuirse á la meningitis ó á la meningo-encefalitis. Por último, las investigaciones modernas han demostrado tambien que bajo el punto de vista, asi anatómico como patológico, es preciso distinguir dos especies de meningitis que han sido confundidas hasta estos últimos tiempos: en la una se advierten solamente los caracteres propios de las inflamaciones del tejido seroso, al paso que en la otra hay produccion en el tejido celular sub-aracnoideo de granulaciones particulares de naturaleza tuberculosa. Este es, propiamente hablando, el único carácter anatómico de esta enfermedad: la flegmasia de las meninges no es en tal caso otra cosa que un accidente que puede faltar, y falta, en efecto, con bastante frecuencia. (Véase la historia de la infiltracion tuberculosa de las meninges).

En esta parte de mi obra solo trataré de la meningitis simple, que estudiareé en ambos estados, agudo y crónico. La meningitis, tal como la comprendemos en este artículo, ha sido objeto de algunos importantes trabajos, entre los que citaremos los de MM. Andral (2), Guersant (3), Abercrombie (4) y tambien la monografia publicada en 1821 por Parent-Duchatelet y Martinet.

(1) *Gazette médicale de Paris*, año 1855.(2) *Clinique médicale* tomo V.(3) *Dictionnaire de médecine*, article MENINGITIS.(4) *Des maladies de l'encéphale*, trad. de l'anglais par Gendrin. Paris 1855.



*Caracteres anatómicos.*—La inyección simple de la pia-mater, que coincide con una sequedad particular y una especie de barniz de la aracnoides, ha sido considerada por algunos autores como perteneciente al primer período de la meningitis; pero estas lesiones no son suficientes para caracterizar una flegmasia de las meninges, y basta por otra parte que esta haya durado solamente algunas horas para que sobrevengan alteraciones en las funciones nutritivas y secretorias que no dejan duda alguna sobre el carácter de la enfermedad.

La inyección viva que se percibe en la superficie del cerebro, ocupa exclusivamente la pia-mater ó el tejido celular sub-aracnoideo, sin penetrar probablemente jamás hasta la aracnoides, que se encuentra siempre descolorida y trasparente. En razón de esta circunstancia sostuvieron algunos médicos con muy poco fundamento que en la meningitis, la aracnoides se hallaba siempre intacta; pues sucede efectivamente con frecuencia que el tejido de esta membrana, sin estar inyectado, se pone opaco, friable y quebradizo; su superficie puede estar desigual y delustrada, y no es raro en fin encontrar en su cavidad un líquido seroso lactescente, pus ó falsas membranas albuminosas. Estos productos de la inflamación existen sin embargo casi siempre y de un modo exclusivo en el tejido celular sub-aracnoideo, y consisten en una serosidad opaca de aspecto purulento, ó en una capa de pseudo-membranas esparcidas uniformemente por chapas irregulares en las circunvoluciones, solamente, si bien es lo mas común que se prolonguen hasta el fondo las anfractuosidades. La pia-mater, que parece ser, en este último caso, el asiento casi exclusivo del mal, ofrece entonces un rojo vivo, su tejido es húmedo y friable y se separa fácilmente del cerebro; pero cuando la flegmasia se propaga á la superficie de las circunvoluciones, trae consigo al despegarla un poco de sustancia celular que está rubicunda, reblandecida ó mas consistente que de ordinario, pero que es tambien mas friable. Esta alteración del cerebro existe comunmente en una extensión bastante considerable, y caracteriza la forma de encefalitis llamada *difusa*, y que á causa de coincidir con la inflamación de las meninges, suele mas bien designarse con los nombres de *céfalo-meningitis* y *minengo-encefalitis*.

La meningitis es rara vez general, pues se limita por lo común á la convexidad de los hemisferios y en ciertos casos solo ocupa la base, pudiendo aun circunscribirse á uno de los lóbulos del cerebro, del cerebelo, á la protuberancia ó á la médula oblongada, y puede en fin prolongarse al interior de los ventrículos, sobre todo los laterales, en cuyo caso estas cavidades están mas ó menos distendidas, y contienen un líquido sero-purulento en el que nadan algunos copos. La meningitis de la convexidad es mas común en los adultos, mientras que en los niños la inflamación invade con mas frecuencia las meninges que tapizan la base del cerebro.

*Síntomas y curso.*—La meningitis puede invadir de repente ó bien presentarse precedida de algunos prodromos, entre los cuales los mas frecuentes son el malestar general, la pesadez de cabeza, algunos vértigos, el embotamiento de la inteligencia y las epistaxis. Sin embargo, despues de un tiempo que varia entre algunas horas y muchos dias, aparece ya la enfermedad, y puede dividirse en dos períodos con relación á los síntomas que sobrevienen, que son: el de *exaltación* y el de *colapsus*.

*Primer período.*—En las cinco sextas partes de los casos, por lo menos, la

invasión de la meningitis se marca por una cefalalgia mas ó menos considerable, acompañada de agitacion, insomnio, calentura intensa, y muchas veces tambien de estreñimiento y vómitos. Pero la cefalalgia forma sobre todo entonces el carácter predominante; es por lo comun viva y lancinante, y hace prorumpir en gritos al enfermo; en ciertos casos es obtusa y compresiva, se aumenta casi siempre con los movimientos y las sacudidas del cuerpo, y muchas veces con la impresion de una luz demasiado viva, ó de sonidos muy agudos. Rara vez es general, pues no suele ocupar mas que una parte circunscrita de la superficie del cráneo, con particularidad la frente y alguna que otra vez las sienas, el sincipicio y el occipicio, ó solamente una mitad de aquella. Pocas veces puede juzgarse cuál es el asiento y estension de la alteracion de las meninges, por el sitio que ocupa el dolor. La cefalalgia es casi la única alteracion que experimenta la sensibilidad en la meningitis intracraniana, pues solo en casos escepcionales existen simultáneamente algunos dolores en las demás partes del cuerpo. Sin embargo, á la cefalalgia se agregan pronto la agitacion y el delirio, que suele ser tranquilo y consistir únicamente en un murmullo continuo de palabras ininteligibles. Muchos de estos enfermos, interrogados y distraídos de sus ideas, responden bastante exactamente; pero otras veces sobreviene desde el principio un delirio furioso que hace necesario sujetar al paciente en la cama por medio de la camisola. Por lo demás, el delirio es generalmente continuo cualquiera que sea su forma, aunque no es muy raro que cese momentáneamente y sea reemplazado por intervalos mas ó menos lúcidos. Tambien existen en este período diversos trastornos de los órganos locomotores, como los saltos de tendones y el temblor de los miembros, ó verdaderos movimientos convulsivos como los que caracterizan el tétanos ó la epilepsia. Las convulsiones, mas comunes en los niños que en los adultos, son comunmente parciales, y las partes que suelen ocupar son, por el órden de frecuencia, los maseteros, los músculos de la parte posterior del cuello y los de las estremidades superiores é inferiores. Por último, en la décima parte de los casos suele presentarse el estrabismo, que puede ser permanente ó pasajero. Esta desviacion del eje visual explica muchas veces las perturbaciones de la vista, y especialmente la diplopia que padecen algunos enfermos. Los movimientos convulsivos alternan por lo comun con un poco de sopor ó de un estado comatoso, y algunas veces con parálisis parciales; pero estos accidentes, que pueden observarse ademas desde el principio, marcan comunmente el paso del primer período al segundo, y coinciden casi siempre con la disminucion ó cesacion de la cefalalgia. Por último, despues de una duracion por lo comun de tres ó cuatro dias, aunque puede variar entre menos de un dia y catorce, llega la enfermedad á su segundo período ó al *colapsus*.

*Segundo período.*—En esta época cesa el estado de exaltacion, y el delirio es reemplazado por un sopor del que puede sacarse al principio á los enfermos, pero que se hace despues permanente. A los movimientos convulsivos sucede la resolucion de los miembros, ya igual en ambos lados, ya mas notable en medio cuerpo; algunas veces la parálisis es parcial, limitándose á la cara, á un miembro ó solamente á varios músculos, como por ejemplo, al elevador del párpado superior, que entonces se encuentra en estado de prolapsus. Estas parálisis pueden ser continuas ó pasajeras; cesan y se reproducen con irregularidad, y



alternan algunas veces con la contraccion y los movimientos convulsivos. No es raro ver, en fin, en un punto del cuerpo bastante circunscrito, como por ejemplo la cara, que esten paralizados algunos músculos, tales como los palpebrales, mientras todos los demás se hallan agitados por sacudidas convulsivas. Las evacuaciones alvinas son involuntarias y hay muchas veces retencion de orina; la sensibilidad es obtusa ó se halla completamente apagada, permaneciendo el enfermo insensible á cuanto le rodea sin que parezca ya oír ni ver. Aunque las pupilas están contráctiles y regulares en un gran número de casos, suelen hallarse por lo comun muy dilatadas, guardando frecuentemente entre sí alguna desigualdad é irregularidad. La cara, casi siempre pálida, espresa el estupor, y no se observan esas alternativas de rubicundez y palidez que, como veremos, son tan comunes en la meningitis tuberculosa. En medio de estos síntomas graves, suele adquirir el pulso una gran frecuencia haciéndose irregular é intermitente, aunque sucede bastante á menudo que falte la frecuencia ó sea mas lento que de ordinario, siendo esto lo mas comun segun los hechos analizados por Andral. En este periodo, el calor animal suele disminuir mucho, se acelera la respiracion, se hace entrecortada y sobreviene la muerte, con lentitud unas veces, y otras repentinamente en medio de un acceso convulsivo. La duracion de este periodo varía entre uno y cinco dias, siendo raro que se prolongue por mas tiempo. En suma, la duracion media de la enfermedad es de uno á dos septenarios, rara vez pasa de 25 dias, y aun es mas raro tal vez que termine despues de tres ó cuatro.

En vista de lo que precede, se ve que la meningitis tiene un curso continuo, si bien sujeto á irregularidades y agravaciones, que no obstante, son menos frecuentes en este caso que en la meningitis tuberculosa, y presentan menos que en esta las alternativas de intermitencia y remitencia. Hay en la meningitis algunos síntomas, como por ejemplo, los desórdenes cerebrales, que desaparecen algunas veces de una manera repentina, ocurriendo esto en el momento en que los demás síntomas anuncian una próxima agonía: tales son el delirio y el coma, que pueden disminuir lo suficiente algun tiempo antes de la muerte, para conseguir algunas veces de los enfermos respuestas bastante razonables.

*Variedades.*—Tales son los síntomas y el curso mas comun de la meningitis, pero no siempre presenta los mismos fenómenos morbosos, ni en todos los casos se suceden en el orden progresivo que dejamos indicado. Asi es que pueden faltar la cefalalgia y el delirio, empezando entonces de pronto la meningitis por movimientos convulsivos epileptiformes, que se reproducen á cortos intervalos, ó bien empieza la enfermedad espontáneamente por la parálisis ó un estado comatoso, sin que preceda el período de escitacion. Sin embargo, los hechos de este género son muy raros, y aun no está bien probado que el período de escitacion haya faltado completamente, porque algunas veces solo representa ciertos fenómenos muy fugaces que pueden ocultarse á una observacion superficial. Hay por el contrario otros individuos que no salen del primer período, ora termine el mal por resolucion, ora, y esto es lo mas comun, sobrevenga la muerte antes que puedan manifestarse los accidentes del colapsus. Los enfermos en este último caso sucumben por lo comun á la violencia del delirio ó por los accidentes convulsivos estinguiéndose en ellos al parecer la vida, á causa de la sobrestimulacion del cerebro.

Estas diversas modificaciones que presenta la enfermedad, son las mas veces independientes de la edad de los enfermos y del asiento de la afeccion, aunque es incontestable que es mas raro falte el delirio en la meningitis de la convexidad de los hemisferios que en la de la base, mientras que el coma sobreviene con mas frecuencia en la segunda, al menos como sintoma primitivo, ó tambien cuando se forma un derrame en los ventriculos.

De una nota comunicada por Prus á los autores del *Compendium de médecine*, resulta que la meningitis en los viejos rara vez se presenta con el aparato de síntomas que en los niños ó el adulto. Asi lo que llama la atencion en los viejos por la mañana es el estupor, una inteligencia despejada, pero lenta, la sequedad de la lengua, una calentura moderada y cefalalgia general; el calor del cuerpo casi siempre es natural, escepto en la frente, donde es mayor. Por la tarde se aumenta el calor, se inyectan las conjuntivas, hay un delirio casi siempre tranquilo, y que solo se descubre por la incoherencia de las respuestas; á veces los pacientes responden acordes, pero hacen gestos disparatados, se levantan sin motivo, tratan de meterse en la cama de otro enfermo, etc. Si no se contiene su mal, caen en un estado de somnolencia ó de coma y sucumben del quinto al vigésimo dia.

Estas anomalías en los síntomas y el curso, se notan tambien con frecuencia en las meningitis secundarias, esto es, en las que sobrevienen en el curso de las enfermedades agudas ó crónicas, y casi pudiera decirse que en tal caso la afeccion es algunas veces latente. En efecto, la cefalalgia es por lo regular obtusa y suele pasar desapercibida, los vómitos faltan en muchos casos, y no se echa de ver la complicacion cerebral sino por la agitacion de los enfermos y por un delirio á veces ligero é incompleto, al que sucede un estado comatoso durante el cual la vida se estingue.

*Curacion.*—No es dudoso para nosotros que la meningitis puede terminar felizmente; pero semejante caso, sin embargo, nos parece enteramente excepcional. Si consideramos la escesiva raridad de las adherencias de la aracnoides y la pia-mater, en las personas que sucumben á enfermedades ajenas al cerebro, tal vez nos sentiremos inclinados á poner en duda la posibilidad de la curacion. Si, en efecto, la meningitis tuviese con tanta frecuencia como algunos autores aseguran, un resultado favorable, hallariamos algunas veces en la cavidad del cráneo adherencias análogas á las que encontramos diariamente en las membranas serosas, y que son el inequívoco vestigio de una flegmasia mas ó menos antigua; pero nada es mas raro que este hecho. Debemos, por consiguiente, admitir que cuando la meningitis se cura, esto no puede verificarse sino en los casos en que se presenta muy circunscrita y cuando no ha pasado del primer período.

En los casos de terminacion feliz, algunos enfermos se restablecen con prontitud y por completo: en otros, por el contrario, el trabajo resolutivo se opera lentamente, y por lo tanto, las facultades intelectuales permanecen durante largo tiempo obtusas ó desarregladas, habiendo muchos que conservan por un espacio de tiempo mas ó menos largo, la pérdida de un sentido, ó padecen parálisis limitadas á uno ó varios músculos, etc. Casi nunca se observa que la meningitis pase al estado crónico.

*Diagnóstico.*—La meningitis simple presenta numerosos puntos de contacto con la infiltracion tuberculosa de las meninges.



Mas adelante veremos al hablar de esta, que es posible las mas veces distinguirla durante la vida, lo cual es de mucha importancia para el pronóstico. Teniendo en cuenta los sintomas de escitacion del primer periodo, la violencia de la cefalalgia y el aparato febril que los acompaña, es siempre fácil distinguir la meningitis de las congestiones y hemorragias cerebrales, que están ciertamente caracterizadas por los fenómenos de compresion cerebral que sobrevienen primitiva y simultáneamente. En la congestion, sobre todo, los accidentes se presentan de una manera repentina, llegan casi instantáneamente á su mayor grado, y desaparecen al punto. Este curso particular, la diferente manifestacion, y en fin, el estado apirético, no permiten confundir una congestion cerebral simple con una meningitis. Por medio de estos mismos caracteres puede tambien establecerse el diagnóstico diferencial entre la meningitis, la epilepsia y el tétanos, lo cual indicaremos mas detenidamente al tratar de estas enfermedades; remitiéndome igualmente á los artículos *Convulsiones*, *Reblandecimiento del cerebro*, *Encefalitis*, *Manía*, *Delirio agudo* y *Delirium tremens* para conocer los caracteres que distinguen estas afecciones de la meningitis.

Jamás debe olvidarse que los signos predominantes de la mènigitis, como la cefalalgia, el delirio, el coma y las convulsiones, son con mas frecuencia trastornos simpáticos, que resultado de una lesion de los centros nerviosos; asi, siempre que sobrevengan estos accidentes, es preciso asegurarse por el estudio de los signos conmemorativos y de la exploracion atenta de todos los órganos y funciones, que no existe en ningun punto lesion alguna que pueda explicar las alteraciones cerebrales que se observan. Las calenturas eruptivas, el trabajo de denticion en los niños, la pneumonia en los adultos, las calenturas puerperales, la flebitis y las enfermedades de reabsorcion, son las afecciones que provocan especialmente el delirio y la mayor parte de los accidentes que marcan el primer período de la meningitis. Hemos visto tambien que la calentura tifoidea por su forma atáxica, podia simular una meningitis, á causa del delirio, del coma, de la contractura, de los movimientos convulsivos y de los saltos de tendones que se observan tan comunmente en su curso. Sin embargo, la existencia de la diarrea, del meteorismo, el ruido en la fosa ilíaca, el desarrollo del bazo, el estertor sibilante, la erupcion de manchas lenticulares y la sudamina, nos permiten siempre atribuir á su verdadera causa los trastornos cerebrales que se observan. Aun suponiendo que falten la mayor parte de los síntomas precedentes, todavia puede reconocerse el carácter verdadero de la enfermedad, teniendo en cuenta el curso de los fenómenos. En la calentura tifoidea, efectivamente, jamás aparecen desde el principio los síntomas cerebrales, esceptuando la cefalalgia, sino tan solo al cabo de algunos dias, al contrario de lo que sucede en la meningitis. En caso de duda seria preciso examinar si la proporcion de fibrina ha aumentado, ó si traspasa los límites propios del estado fisiológico. Finalmente, no pueden confundirse con una meningitis cerebral las calenturas perniciosas delirante, convulsiva y apoplética, á causa de las intermitencias completas, ó por lo menos remitencias que se observan periódicamente, no solo en los síntomas cerebrales, sino tambien en la calentura; pero en la meningitis, es continuo el curso, al menos el de los síntomas fundamentales; y si algunas veces hay remitencia, es solo para alguno de los accidentes, señaladamente el coma y las convulsiones, sin que el aparato febril disminuya casi nunca

de intensidad. Roger cree que el exámen de la temperatura es tambien un elemento precioso de diagnóstico. En efecto, en la meningitis hay una inconstancia muy marcada en los resultados termométricos, pues tan pronto la temperatura sube á 42° 50, como desciende á 35°. Este contraste solo se encuentra, segun dicho autor, en la meningitis, y no se observa en ninguna piroxia ó inflamacion; de suerte que cuando se nota en un enfermo que presenta trastornos cerebrales, debe sospecharse con gran fundamento una flegmasia meníngea, simple ó granulosa: pero esta opinion necesita comprobarse por otros observadores.

Si se trata de un viejo que presenta signos de delirio, ya por lo que dice, ya por lo que hace, y la lengua seca y morena, con calor intenso en la cabeza, sin que haya ninguna lesion de los órganos torácicos ni abdominales que explique este estado, será preciso estar á la mira y sospechar la posibilidad de una meningitis.

Una vez reconocida la meningitis puede tambien á veces determinarse su asiento; la rigidez de los músculos de la parte posterior del cuello que inclina hácia atras la cabeza, la contraccion violenta de las mandíbulas (*trismus*) y constriccion de la faringe, indican que la flegmasia ha invadido probablemente las meninges que cubren la parte inferior de los hemisferios cerebrales y la base del cerebelo. Tambien se ha dicho, pero con menos razon, que el estrabismo tenia el mismo valor. La existencia ó predominio del delirio, del coma ó de las convulsiones, tampoco pueden inducirnos á determinar el sitio de las meningitis. Verdad es que se ha dicho que el primero caracteriza especialmente la meningitis de la convexidad de los hemisferios y el segundo la de la base; pero se halla demostrado por numerosos hechos, que estos dos síntomas se presentan casi con igual frecuencia, cualquiera que sea el asiento del mal. Lo que únicamente parece demostrado es, que el delirio es un síntoma predominante desde el principio de la meningitis de la convexidad, en tanto que el coma, que apenas sobreviene sino en el segundo período de esta, se manifiesta las mas de las veces súbitamente en la meningitis de la base. En cuanto á las convulsiones, las contracciones y la rigidez, parece probado que estos accidentes son mas comunes en la meningitis general que en la parcial. El coma no es un signo cierto del derrame, pues ya hemos visto que podia sobrevenir desde el principio y resultar á veces de una especie de colapsus en que cae el cerebro despues de haberse sobrescitado. La hemiplegia que sobreviene en el curso de una meningitis, indica muchas veces que la flegmasia solo ocupa uno de los hemisferios, ó cuando es general, demuestra que la afeccion predomina en el lado opuesto á la parálisis. Pero hay sobre esta materia tan numerosas escepciones, que no puede afirmarse en un caso determinado que esto suceda asi, pues ya hemos tenido frecuentes ocasiones de convencernos que pueden existir emiplegias mas ó menos completas, aunque el derrame del tejido sub-aranóideo y la inyeccion de las meninges sean tan marcados en un lado como en otro. Por último, la alteracion de los sentidos, especialmente del de la vista, como el estrabismo, la contraccion ó dilatacion de las pupilas, su desigualdad y las diversas perturbaciones de la vision, no solo dejan en rigor de corresponder á la meningitis, sino que con ellas no podia caracterizarse ninguno de sus períodos, ni determinarse el asiento especial de la flegmasia. Vemos, en suma, que ninguno de los síntomas de la meningitis es patognomónico considerado aisladamente; que cualquiera



de ellos puede faltar, y que no hay siquiera uno que pueda darnos á conocer la forma especial de la afeccion. Esta circunstancia nos demuestra que los síntomas de la meningitis son irregulares en cuanto á su manifestacion, su frecuencia, su curso y duracion. Esta irregularidad se esplica muy bien reflexionando que estos desórdenes funcionales dependen menos de la flegmasia de las meninges que de la accion que esta ejerce sobre el cerebro, y se concibe que esta accion debe variar mucho segun los individuos y segun que haya ó no complicacion de encefalitis.

Es inútil decir que no puede determinarse durante la vida si la flegmasia predomina en la pia-mater ó en la aracnoides, ó si se limita solamente á una de estas membranas. Tambien es imposible afirmar si la meningitis existe sola ó va acompañada de una inflamacion de las circunvoluciones cerebrales (*meningo-cefalitis*), porque en uno y otro caso los síntomas son exactamente los mismos, como igualmente el curso del mal, lo cual justifica hasta cierto punto á los antiguos médicos, que confundian bajo el nombre de *frenitis* la inflamacion de las meninges y la del cerebro. Tampoco puede determinarse ni aun por la inspeccion del cadáver si la inflamacion ha empezado por las meninges ó si han sido invadidas despues del cerebro. Creemos, pues, acordes con la opinion de Calmeil que no conocemos todavía la manera cómo se desarrolla la céfalomeningitis, y que aparte de los casos en que la inflamacion sucede á una herida, no hay fundamentalmente alguno para asignarle su origen de un modo positivo.

*Pronóstico.*—La meningitis es una de las enfermedades mas graves, y es difícil precisar la proporcion de su mortalidad. Creemos por lo tanto que los casos de curacion son puramente escepcionales, y que debemos ser muy reservados en dar un entero crédito á los autores que dicen haber perdido únicamente la mitad ó tercera parte de sus enfermos, porque todo induce á pensar que han confundido con la meningitis ciertas manías agudas ó delirios puramente simpáticos, ó dolencias tifoideas con predominio de síntomas cerebrales; errores de que no siempre están exentos los hombres experimentados, y que todos los dias cometen los prácticos poco instruidos. Un delirio violento acompañado de una gran escitacion general, es una circunstancia que agrava mucho el pronóstico, y lo mismo sucede respecto de los movimientos convulsivos. Por último, el coma permanente que sobreviene de un modo consecutivo al período de escitacion, es indicio casi cierto de una muerte próxima.

Segun lo anteriormente espuesto, es preciso procurar no dejarse alucinar por las mejorias parciales que algunas veces sobrevienen poco antes de la muerte. Aunque se advierta alguna disminucion en el delirio ó el coma; por escasas que lleguen á ser las convulsiones, si los demás síntomas no disminuyen tambien de gravedad, mas bien deberá temerse que esperarse. Por otra parte, ninguna confianza debemos fundar en las remisiones que sobrevienen, sino en cuanto se adviertan en la mayor parte de los accidentes, y presenten ya cierta duracion.

*Etiología.*—La meningitis simple es una enfermedad que se observa en todas las edades. Bastante comun en los dos primeros años de la vida, segun dicen, aunque mi propia observacion me obliga á rebatirlo, disminuye de frecuencia desde estos hasta los quince, volviéndose á hacer mas comun despues de la pubertad, sobre todo entre los veinte á los cuarenta. Los hombres la

padecen por lo menos con una doble ó triple frecuencia mas que las mujeres. Una constitucion fuerte, el temperamento linfático y las profesiones penosas que esponen á la intemperie á los que las ejercen, son al parecer otras tantas causas predisponentes de la meningitis. Las causas eficientes mas comunes son las contusiones del cráneo con fractura ó sin ella, la insolacion, el abuso de bebidas alcohólicas, una viva conmocion moral y una enfermedad aguda ó crónica. Las afecciones en cuyo curso se desarrolla con mas frecuencia una meningitis intercurrente son la pneumonia, la enfermedad de Bright, la peritonitis, la pleuresía, la erisipela de la cara, el reumatismo articular agudo y la tisis pulmonar. A propósito de esta materia, mencionaremos una opinion singular, profesada por MM. Rilliet y Barthez: esto es, que toda meningitis que ataca á un tuberculoso, es necesariamente tuberculosa, aun cuando la pia-mater no contenga ninguna granulacion gris.

*Tratamiento.*—La gravedad de la meningitis y su curso comunmente rápido exigen remedios pronto y enérgicos. Encuéntrense á la cabeza de estos las emisiones sanguíneas que deberán practicarse sea cualquiera la edad del enfermo y el período del mal, siempre que lo permita el estado del pulso, al cual habremos de atenernos para determinar el número de sangrías que han de hacerse, y la cantidad de sangre que se puede extraer. Las sangrías locales, que consisten en una ó muchas aplicaciones de sanguijuelas detrás de las orejas, deben preferirse á las generales en los niños muy tiernos; pero si los enfermos tienen ya alguna edad, y sobre todo si son adultos, es preciso recurrir simultáneamente á la flebotomía. Esta debe practicarse en el brazo, pues las sangrías del pié ó de la yugular, ó bien de las arterias temporales que algunos médicos prefieren, no tienen ventaja alguna y suelen acarrear muchos inconvenientes. No obstante, en estos últimos tiempos, M. Delarroke ha asegurado que habia obtenido buenos resultados de la arteriotomia. En cuanto á las sangrías locales, creemos que las sanguijuelas aplicadas en corto número á las apófisis mastoides, renovándolas á medida que se van cayendo, de modo que sostengan un flujo continuo de sangre, son mas eficaces que las escarificaciones hechas en la nuca y que las sanguijuelas en gran número sobre el cráneo, previamente rasurado. La experiencia no ha demostrado aun que sea preferible aplicar sanguijuelas á lo largo de las suturas, como lo aconsejan algunos médicos. A la par de las emisiones sanguíneas deben usarse los revulsivos aplicados á las estremidades inferiores (sinapismos, pediluvios, irritantes, ventosas, Junod) y al tubo digestivo, siempre que alguna complicacion no llegue á contra-indicarlos. Deben preferirse los aceites, los purgantes salinos, y sobre todo los calomelanos. Al mismo tiempo conviene procurar que se disminuya el aflujo de sangre hácia el cerebro, haciendo que la cabeza esté muy elevada, situándola sobre una almohada de crin ó de cáscara de avena, y manteniendo alrededor del enfermo una temperatura fresca: algunos aconsejan tambien la compresion de las carótidas, y en fin, deben hacerse aplicaciones frias sobre el cráneo. Algunos facultativos, despues de hacer cortar casi á navaja el pelo, aplican compresas frias que se renuevan con frecuencia, ó bien colocan sobre la frente una vejiga que contiene cierta cantidad de hielo molido. Otros aconsejan las afusiones ó la irrigacion continua. M. Rilliet da la preferencia á este último medio. Pero sea cual fuere el método que se adopte, importa saber que las aplicaciones frias no son provechosas sino



al principio, durante el período de escitacion, y que son perjudiciales cuando se presentan el coma y la resolucion. Algunos médicos, en cuyo número podemos contar á Romberg, de Berlin, proponen que las lociones frias sean reemplazadas por aplicaciones calientes. En este caso se ródea la cabeza de compresas empapadas en agua ó en una infusion de manzanilla caliente, renovando la aplicacion antes que llegue á enfriarse. Pero la esperiencia no ha sancionado aun entre nosotros este método, que merece, sin embargo, ser sometido á la observacion. Cuando los accidentes atáxicos continúan aumentándose, se combaten con los antiespasmódicos; pero su utilidad es muy dudosa. El medio que á nuestro parecer tiene entonces mas eficacia, consiste en afusiones frias á la temperatura de 15 á 20°, prolongándolas por algunos segundos ó cuando mas por algunos minutos. Finalmente, si el período de escitacion es reemplazado por el estado comatoso, y todo nos indica que hay una fuerte compresion del cerebro, todavía pueden emplearse las emisiones sanguíneas, sobre todo si no se han practicado desde el principio; pero los medios á que entonces conviene recurrir son los revulsivos poderosos, tales como los vejigatorios á las estremidades y la nuca; si es inminente el peligro puede tambien ponerse un sedal al cuello ó rasurar el cráneo y frotarlo con pomada emetizada, ó cubrirlo con un emplasto epispástico. M. Delarrouque publicó en el *Boletín de terapéutica* de 1844 un breve trabajo cuyo objeto era demostrar los benéficos efectos de este método; pero este hábil práctico no empleaba el vejigatorio en la cabeza, sino despues de haber estraído de cinco á siete onzas de sangre, mediante la seccion de la arteria temporal. Si la enfermedad ha llegado al período de que hablamos, se tratará de modificar la nutricion propinando los mercuriales, como el calomelano, que debe administrarse interiormente en pequeñas dosis, haciendo al mismo tiempo fricciones con el unguento napolitano en la frente, las sienes y detrás de las orejas. Los mercuriales están igualmente indicados desde el principio de la enfermedad. Escusado es decir que la accion de estos medios debe secundarse con las bebidas atemperantes y la dieta absoluta. Conviene tener mucho cuidado en la convalecencia, y vigilar con la mayor exactitud la higiene de los enfermos.

#### *De la meningitis crónica.*

La meningitis crónica simple es sumamente rara, ya sea primitiva, ya consecutiva á la aguda, escepto en los casos de demencia, y es imposible trazar en la actualidad su historia anatómica y sintomática. No deben considerarse, como se hace con demasiada frecuencia, ciertas opacidades que existen frecuentemente en la aracnoides visceral, alrededor de la gran cisura interlobular, como indicios de una flegmasia crónica, pues estas manchas blancas son debidas, igualmente que algunas del pericardio, no á un depósito de materia albuminosa, sino á una simple perversion nutritiva, independiente de todo trabajo inflamatorio. Tambien se encuentran en las demás serosas viscerales, manchas completamente análogas á estas. M. Lelut las ha encontrado en personas de todas edades, aunque nunca hubiesen presentado síntomas cerebrales, y ha visto especialmente este engrosamiento de la aracnoides en veinte ó veinte y cinco ajusticiados.

La meningitis crónica se observa casi siempre como complicacion de las

lesiones orgánicas del cerebro; es mas frecuente todavía encontrarla en los individuos afectados de demencia, y ella es la que forma el carácter anatómico mas comun en la parálisis general progresiva de los enajenados. Ya hablaré de esto mas detenidamente al ocuparme de la locura.

### *De la meningitis raquidiana y cerebro-espinal*

La aracnoides y la pia-mater raquidianas pueden inflamarse de un modo aislado; pero las mas veces, es decir, diez y ocho entre veinte, segun Calmeil, están afectadas simultáneamente con las del cerebro: razon por la cual merece llamarse la afeccion, en el mayor número de casos, meningitis *cerebro-espinal*.

*Historia.*—Esta enfermedad indicada vagamente por los antiguos, que la vieron al parecer reinar muchas veces epidémicamente, no se ha conocido hasta despues de los trabajos modernos. Habiendo adquirido en estos últimos tiempos una frecuencia no acostumbrada, especialmente entre los soldados, ha sido estudiada con mucho esmero por MM. Lamothe y Lespes (1), Faure Vilar (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollet (5), Miguel Levy (6), etc.; pero el trabajo mas completo y notable de cuantos poseemos, es sin duda alguna la memoria publicada hace algunos meses por el catedrático G. Tourdes sobre una epidemia de meningitis cerebro-espinal que reinó en Strasburgo de 1840 á 1841. El escrito de este médico está redactado con gran talento, es de mucho interés, y puede considerarse como un modelo de descripcion.

*Anatomía patológica.*—Los caracteres anatómicos de la meningitis raquidiana difieren poco de los que se observan en la meningitis cerebral, pues se encuentra la misma inyeccion de la pia-mater y los mismos productos de secrecion albuminosa ó purulenta. Estos nunca están derramados en la cavidad aracnoidea, sino que infiltran el tejido celular subyacente, donde forman una capa amarillenta de aspecto crustáceo; ocupan una estension mas ó menos considerable casi de un modo uniforme, y tienen siempre mas espesor en la cara posterior que en la anterior de la médula, donde suele faltar en muchos casos completamente. La médula raquidiana conserva por lo comun su consistencia normal; á veces aun tiene mayor consistencia, y otras se halla en fin bastante reblandecida en su superficie, para que, al separarla de las meninges, estas arrastren consigo pequeños fragmentos de ella.

La meningitis espinal es mas frecuente en la region cervical que en la dorsal y lumbar; puede circunscribirse á un espacio muy limitado, que es lo que sucede especialmente cuando la flegmasia es consecutiva á una alteracion de las vértebras, y solo en estos casos es cuando suele revestir la forma crónica. Encuéntrase entonces una adherencia entre las dos hojas de la aracnoides, ó bien su hoja visceral está opaca y al parecer engrosada; pero un exámen atento demuestra que este engrosamiento depende del tejido celular subyacente en lo

(1) *Gazette médicale*, 1858.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XI.VIII.

(3) *Revue médicale* de 1842.

(4) *Gazette médicale* de 1842.

(5) *Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, t. X.

(6) *Gazette médicale* de Paris de 1849.



cual no tiene parte alguna la hoja de la aracnoides. Finalmente, tambien se observan á veces adherencias morbosas entre la aracnoides y la pia-mater, ó entre esta y la superficie de la médula. Algunos han querido tambien considerar como resultado de una flegmasia crónica la presencia de láminas cartilaginosas que suelen revestir en ciertos casos la cara interna del conducto raquidiano, pero no hay un hecho que demuestre semejante suposicion.

Las lesiones que caracterizan la meningitis cerebro-espinal aparecen mas ó menos perceptiblemente marcadas. Lo mismo sucede en los casos en que la muerte es tan rápida que casi nada se halla en los centros nerviosos, advirtiéndose apenas un poco de inyeccion de las meninges, y un estado como pegajoso ó bien un poco de sequedad en la aracnoides.

No es raro hallar en los cadáveres de los que han muerto á consecuencia de la meningitis cerebro-espinal, algunos indicios de flegmasia en otros muchos órganos, especialmente en las demás serosas esplánicas, y hasta en las articulaciones y la túnica vaginal; háblase tambien de diferentes lesiones intestinales, como desarrollo de los folículos de Brumer, engrosamiento ó reblandecimiento de la mucosa; el hígado está tambien en muchos casos aumentado de volúmen y reblandecido.

Hasta el presente no he hablado sino de la inflamacion de la aracnoides y la pia-mater; no obstante, la dura-mater puede inflamarse en algunos casos raros, y participar de la inflamacion; pero esto no se verifica sino cuando la flegmasia es consecutiva á la alteracion de los huesos. Sin embargo, en la *Gazette médicale* de 1833 leemos un trabajo del doctor Albers de Bonn, quien al parecer establece la posibilidad de la inflamacion *primitiva* de la dura-mater. Esta membrana, que se habia vuelto muy opaca y gruesa, habia adquirido ademas el color propio del rojo de cinabrio, y resistió á la maceracion por espacio de dos dias.

*Síntomas y curso.*—La invasion de la meningitis espinal puede ser brusca y fulminante; así lo observó Tourdes muchas veces en la epidemia de Strasbourg, donde se vian hombres llenos de salud y robustez caer de pronto en un estado de los mas graves y sucumbir en algunas horas, aun antes de dar tiempo á que se desarrollaran las lesiones características. Sin embargo, casi siempre suelen observarse prodromos, tales como escalofríos, cefalalgia, dolores en los miembros, disuria, retencion de orina, náuseas y vómitos. La coincidencia de una meningitis intracraniana hace que en el mayor número de casos se hallen encubiertos al principio los síntomas de la meningitis espinal por las alteraciones cerebrales, aunque estas sin embargo pueden ser consecutivas. Sea de esto lo que quiera, en la meningitis raquidiana sienten los enfermos un dolor mas ó menos vivo, á veces sordo y obtuso, otras violento y lancinante en el dorso (raquialgia), circunscrito casi siempre á las regiones lumbar, dorsal y especialmente cervical; pero suele irradiarse á veces hácia los miembros, se aumenta con los movimientos musculares y muchas veces con la presion. Los músculos de la parte posterior del tronco se afectan al mismo tiempo de una contraccion convulsiva, que varia desde la simple rigidez hasta una contractura tal que la cabeza y el tronco están fuertemente inclinados hácia atrás, como sucede en los opistótonos. Esta contraccion tetánica puede ser continua, pero casi siempre tiene remisiones mas ó menos completas, reproduciéndose espontánea-

mente ó bien por los movimientos que hacen los enfermos. Una contractura análoga puede afectar tambien diversos músculos del cuerpo; asi es que algunas veces hay trismus, rigidez en los músculos del antebrazo y pantorrillas; pero es raro que existan sacudidas convulsivas y epileptiformes, si se exceptúan los músculos de la cara. Aunque los miembros, asi superiores como inferiores, suelen ejecutar comunmente bien los movimientos habituales, están sin embargo mas débiles en general, y tambien suelen padecer calambres, mientras que se halla tan exaltada la sensibilidad de la piel, que la menor presion ejercida sobre ella, ó el mas ligero movimiento que se imprima á los enfermos, les hace prorrumpir en gritos. Esta exaltacion se advierte especialmente en las estremidades. Al mismo tiempo la respiracion es difícil y acelerada, el pulso frecuente y febril, aunque al principio de la enfermedad suele encontrársele con frecuencia tan pronto remiso, como acelerado; la piel está caliente y bañada de sudor, hay estreñimiento y emision involuntaria de la orina, ó bien retencion de este líquido, debida á la parálisis de la vejiga. Por último, encuéntranse casi siempre diversos accidentes, que dependen de la coincidencia de una meningitis cerebral, y son especialmente la cefalalgia, el delirio ó el coma, y el estrabismo. En fin, la mayor parte de los autores señalan la frecuencia de las erupciones cutáneas, en el curso de esta afeccion. M. Tourdes vió un *herpes labialis*, en las dos terceras partes de sus enfermos. Tambien se ha hablado de la existencia de unas manchas de color de rosa, lenticulares, de petequias, de ectimas, del impétigo y de la flegmasia miliar. Algunas veces aparecen escaras en el sacro y los trocánteres.

En suma, la meningitis espinal está esencialmente caracterizada por el dolor raquidiano, la rigidez tetánica y la exaltacion de la sensibilidad general. Estos diversos accidentes suelen presentar remisiones y aun intermisiones completas, pero es raro que el aparato febril siga las mismas variaciones, pues no cesa nunca completamente como los trastornos cerebrales. Pasado algun tiempo, ya no presentan remision los accidentes, sino que se agravan sin cesar, y sobreviene la muerte en medio de síntomas convulsivos epileptiformes ó por una asfixia lenta, efecto de la dificultad progresiva que va experimentando la respiracion. La rigidez y las contracturas persisten en general hasta los últimos momentos, aunque en algunos casos bastante raros, se observa en los últimos dias un estado de resolucion ó de parálisis. M. Tourdes no observó este hecho sino tres veces en noventa y nueve enfermos; la parálisis es casi siempre limitada, y no afecta, por ejemplo sino á una pierna ó un brazo.

*Terminaciones y duracion.*—La muerte es la terminacion mas comun de la meningitis espinal, bastando algunos dias ó aun algunas horas para que sucumban los enfermos; pero la mayor parte llegan á uno, dos ó tres septenarios y aun mas, y se ha visto á muchos no sucumbir hasta el cuadragésimo ó quincuagésimo dia, despues de haber presentado escaras en el sacro y haber caido en el marasmo (Tordes y Chauffard). ¿Es por ventura susceptible el derrame raquidiano de abrirse paso al exterior? Algunos hechos prueban la posibilidad de que tal suceda. M. Champion de Bar-le-Duc, ha visto un derrame purulento formado en las membranas, abrirse paso por entre la tercera y cuarta vértebra lumbar, formando un foco en los músculos espinales. En estos casos, se concibe que pudiera ser menor la parálisis, porque se disminuye la compresion



de la médula; sin embargo, hasta ahora no se ha curado ningun enfermo por este medio. Aquellos, en muy escaso número, en quienes la enfermedad tiene un resultado feliz, recobraron lentamente la salud, y presentaron en la mayoría de los casos un enflaquecimiento y una postracion que rayaban en el último grado. Segun parece, no se han observado hasta el dia ni recaidas ni recidivas. Nada sabemos á punto fijo acerca de la forma crónica de la meningitis raquidiana.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico es generalmente fácil, y mas tarde diremos cómo puede distinguirse la meningitis espinal, de la mielitis y del tétanos, que son las únicas afecciones con que pudiera confundirse. (Véase ademas lo que hemos dicho anteriormente sobre el diagnóstico de la meningitis craniana).

Tampoco ofrece dificultad alguna el diagnóstico de la meningitis cerebro-espinal, respecto de la calentura tifoidea. Tal vez es menos fácil diferenciar la inflamacion de las meninges raquidianas de un acceso de calentura perniciosa; pero esta duda no puede existir sino en el primer acceso, porque la repeticion de iguales accidentes en épocas determinadas nos suministrarían fácilmente datos suficientes acerca de la naturaleza de la afeccion.

A ejemplo de M. Albers, no examinaré si hay caracteres distintivos entre la inflamacion de la dura-mater raquidiana y la de otros tegumentos de la médula, porque el atento estudio de los dos hechos reunidos por el profesor de Bonn, prueba, por el contrario, contra su opinion, que la inflamacion de todas estas membranas, tan íntimamente unidas entre sí, se manifiesta por medio de los sintomas, y nada, como dice Oliver, justifica el diagnóstico diferencial que M. Albers se propuso establecèr.

*Pronóstico.*—Este es de los mas graves. En la epidemia de Strasburgo murieron, segun se dice, 60 por cada 100, y hasta 70 ú 80, comprendiendo únicamente los casos graves. Un delirio intenso, las convulsiones violentas de los músculos raquidianos, los accidentes tifoideos, las petequias y la gangrena, son accidentes de funesto presagio.

*Etiología.*—La meningitis espinal es tres ó cuatro veces mas frecuente en el hombre que en la mujer; mas comun desde la pubertad hasta los treinta años, su máximum de frecuencia es, segun Calmeil, de los veinte y ocho á los treinta. Es poco frecuente en las clases acomodadas y entre los oficiales, y ataca mas especialmente á los reclutas recién incorporados á sus regimientos. Esta enfermedad ha sido algunas veces resultado de la impresion del frío ó de la intemperancia. No obstante, en la gran mayoría de los casos su desarrollo es enteramente espontáneo. Desde 1857, particularmente, se la ha visto reinar bajo la forma epidémica en muchos puntos donde habia guarnicion: en las Landas (Lamothe y Lerpès), en Versalles, (Faure-Villar), luego en Aviñon (Chauffard), en Metz (Gasté), en Estrasburgo (Tourdes y Forget), en Nantes (Mahot), etc. Ni en el aire, ni en el clima, ni en el régimen alimenticio, ni en las condiciones del acuartelamiento, ha podido hallarse hasta el dia el origen de estas epidemias. M. Boudin ha sostenido en un excelente trabajo, publicado en 1849 en los *Archivos*, la opinion de que la meningitis cerebro-espinal es contagiosa; pero los hechos aducidos por este sabio médico no me han convencido todavía completamente, y antes de admitir la espresada doctrina, deben recogerse los documentos mas numerosos y exactos que sea posible.

*Tratamiento.*—El tratamiento consiste en las sangrías generales, auxilia-  
das con las locales hechas por medio de sanguijuelas y mejor de ventosas, que  
deben aplicarse en gran número á lo largo del raquis. No obstante, en la actua-  
lidad la mayor parte de los médicos convienen en reconocer que las emisiones  
sanguíneas tienen una utilidad limitada. En el primer período, se han prescrito  
ademas, con ventaja, los baños prolongados con afusion ó sin ella. Cuando el  
estado del pulso no permita recurrir ya á las emisiones sanguíneas, deberán  
colocarse vejigatorios volantes á lo largo de la columna vertebral, procurando  
favorecer la reabsorcion del líquido derramado por medio de los mercuriales,  
administrados del mismo modo que en la meningitis cerebral. La medicacion  
revulsiva es la que inspira mas confianza á M. Rollet. Asi, despues, de haber  
hecho repetidas sangrías, y aplicado gran número de sanguijuelas y ventosas  
desde la nuca al sacro, hace, en el período del colapsus con el cauterio actual  
elevado al rojo-blanco de seis á ocho escaras de ocho líneas de diámetro, en  
los canales vertebrales, al mismo tiempo que cubre las estremidades de sina-  
pismos y grandes vejigatorios amoniacales. Pero solo el inminente peligro de la  
vida y la ineficacia de los demás medios, pueden justificar tan violento tra-  
tamiento.

Los sedativos han encontrado tambien muchos partidarios, cuya mayor  
parte prefieren el opio. Este medicamento, empleado, en efecto, por M. Chauf-  
ford en Aviñon, por M. Boudin y los profesores Tourdes y Forget en Estras-  
burgo, parece haber sido útil muchas veces. Se ha aconsejado administrarlo  
desde el principio, acompañado ó no de las emisiones sanguíneas, haciendo  
subir la dosis diaria hasta seis, ocho, doce granos y aun mas. Los resultados  
obtenidos hasta el dia, nos autorizan á ensayar este remedio. Otros médicos  
han recurrido á las inspiraciones de éter ó cloroformo, practicadas desde el  
principio en gran número y en cortos intervalos de tiempo, hasta que se logre  
producir el sueño y la calma; pero los hechos consignados hasta el dia, son á  
la vez bastante escasos en número y poco decisivos.

Algunos médicos, considerando esta afeccion como una especie de calentura  
perniciosa, han recurrido para combatirla, al sulfato de quinina; pero este  
medicamento no tiene virtud alguna contra ella.

*Naturaleza.*—La opinion general es que la meningitis cerebro-espinal es  
una flegmasia legítima, que debe ocupar en el cuadro nosológico el lugar que  
le hemos señalado. No obstante, dos de nuestros mas distinguidos médicos mi-  
litares han emitido recientemente una opinion contraria. Asi, pues, en con-  
cepto de M. Boudin, la enfermedad de que nos ocupamos no es sino una varie-  
dad del tifus, fundando su parecer en que esta forma de la enfermedad ha sido  
observada durante los tifus que han reinado desde 1805 hasta 1815, en la posi-  
bilidad de su trasmision, en la ineficacia de los antillogísticos, y en la ausen-  
cia en algunos casos, de cualquiera desórden anatómico. Pero á estas diferen-  
tes consideraciones puede objetarse que la trasmisibilidad de la enfermedad no  
se apoya todavia en suficientes razones; que las alteraciones descubiertas en la  
autopsia tienen por esclusivo asiento los centros nerviosos (á no existir compli-  
caciones), y que son constantes, esceptuando los casos raros en que la muerte  
ha sobrevenido en el período congestivo. Si los antillogísticos son casi siempre  
impotentes, lo son igualmente en la mayor parte de las flegmasias del eje cere-



bro-espinal, ora sean espontáneas, ora traumáticas. Si se ha visto formarse pus en las meningitis cerebro-raquidianas, durante algunas epidemias de la época imperial, esto no prueba una identidad de naturaleza entre una y otra afección, sino únicamente una complicación de entrambas; algunas veces, por lo tanto, hemos debido referir á la enfermedad predominante, varios casos de meningitis simple, pues estos son errores en que se ha incurrido en todas las epidemias. Finalmente, habiendo demostrado los análisis verificados en la sangre, que la proporción de su fibrina había recibido un aumento, debemos ver en este hecho una nueva prueba de que la meningitis cerebro-espinal debe ser clasificada mas bien entre las flegmasias que entre las pirexias.

Segun el juicio de M. Miguel Levy, esta enfermedad no es una flegmasia simple, sino resultado de una alteración indeterminada de la sangre, que se manifiesta por una tendencia á la supuración de la mayor parte de las membranas serosas del cuerpo. Diremos, sin embargo, que en la mayoría de los casos, la enfermedad está reconcentrada en las meninges, y que no puede establecerse toda una teoría sobre algunos hechos excepcionales. En nuestra opinión, por consiguiente, la meningitis cerebro-espinal es una flegmasia cuya gravedad consiste en la importancia de los órganos que le sirven de asiento, en su estado, por lo regular epidémico, y en las condiciones mas ó menos peligrosas en que se desarrolla.

#### *De la encefalitis.*

Aunque la palabra *encefalo* sirve para designar toda la masa nerviosa que está alojada en el cráneo, el uso á hecho no obstante consagrar la de *encefalitis* para caracterizar solamente la inflamación que invade el cerebro, el cerebelo y la protuberancia. No pudiendo la flegmasia de la médula oblongada separarse de la que ocupa las partes inferiores de este cordón nervioso, trataremos de ella en el artículo *Mielitis*.

*Divisiones.*—Es difícil trazar la historia de la encefalitis, porque se han confundido con este nombre las mas diversas enfermedades, desde la inyección y la apoplejía capilar, hasta las transformaciones y degeneraciones orgánicas. Se han hecho, sin embargo, esfuerzos laudables de algunos años á esta parte para aclarar un punto tan oscuro, bajo cuyo aspecto debe mucho la ciencia á los profesores Abercrombie (1), Lallemand (2), Andral (3), Calmeil (4), Cruveilhier (5), Rostan (6), Durand Fardel (7).

La encefalitis se distingue por su curso en *aguda y crónica*, y por su asiento en *difusa y parcial ó local*, segun se estiende superficialmente en una gran superficie ó solo ocupe un punto circunscrito. Ya hemos hablado de la primera especie al tratar de la meningitis, con la cual coexiste casi siempre sin que pueda diferenciarse durante la vida. Finalmente, segun que la inflamación resida en

(1) *Maladies de l'encéphale*, traducido del inglés, Paris, 1835.

(2) *Lettres sur l'encéphale*: véanse especialmente las seis primeras.

(3) *Clinique médicale*, t. V.

(4) En el *Dictionnaire de médecine*, t. XI.

(5) *Anatomie pathologique*, lib. XXXIII

(6) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1825, 2.<sup>a</sup> edición.

(7) *Thèse inaugurale*, année 1846, n.<sup>o</sup> 261, y *Traité du ramollissement*, in 8. Paris, 1845.

el cerebro, en el cerebelo ó en el mesocéfalo, recibe los nombres de *cerebritis*, *cerebelitis* y *mesocefalitis*.

*Anatomía patológica.*—En el primer grado de la inflamación, presenta la pulpa cerebral un salpicado rojo muy fino en una estension mas ó menos considerable, pareciendo entonces que la sangre penetra en mayor número de vasos capilares. Algunas veces, en lugar de este salpicado fino, ó bien cuando el mal está mas adelantado, se encuentra una alteracion mas ó menos uniforme que se estiende á las partes sanas inmediatas. La coloracion, mas graduada generalmente en la sustancia gris que en la medular, varia desde el rosado ligero hasta el rojo lívido ó carmesí. Es raro en este caso que la porcion del cerebro enferma no haya sufrido algun cambio en su nutrición, pues generalmente parece hinchada y de un volúmen mayor, lo cual está probado ademas por el aplanamiento de las circunvoluciones correspondientes, presentándose al mismo tiempo la pulpa nerviosa mas consistente y friable, ó bien está manifestamente reblandecida. Tambien en este mismo período suele extravasarse la sangre y producir pequeños equímosis; ó bien se infiltra solo en la pulpa nerviosa combinándose íntimamente con ella, ó se forman pequeños coágulos apoplectiformes diseminados en varios puntos. Cruveilhier dice que existe entonces una *apoplejía capilar*. Aunque esta espresion marca muy bien el estado anatómico de que hablamos, tiene sin embargo el inconveniente, de asimilar cierto período de la encefalitis con la hemorragia cerebral, que como veremos despues, es una afeccion esencialmente distinta de la que estamos describiendo. ¿Pero es esto decir que no debe admitirse una apoplejía capilar independiente de todo trabajo inflamatorio, que seria para los capilares lo que la apoplejía propiamente dicha es para los vasos de mas calibre? Esta cuestion me parece irresoluble en el estado actual de la ciencia.

En resúmen: el primer período de la encefalitis está caracterizado por la inyeccion, la coloracion roja, la induracion, la friabilidad, ó bien por un reblandecimiento mas ó menos considerable de la pulpa nerviosa, siendo la mas frecuente la última de estas lesiones.

El grado de reblandecimiento varia desde una simple disminucion de consistencia hasta una especie de papilla espesa y homogénea en que se convierte la pulpa cerebral, que se separa fácilmente por medio de un chorrito de agua. Tampoco es menos variable su coloracion, cuya intensidad roja ó negra es relativa á la cantidad de sangre infiltrada, y á su grado mas ó menos íntimo de combinacion. La mayor parte de los médicos miran esta rubicundez como necesaria para caracterizar el reblandecimiento inflamatorio del cerebro, y niegan en efecto el mismo origen á los que se verifican sin cambio en el color normal, y con mas razon á los que van acompañados de una decoloracion del tejido alterado, á no ser que esté probado que el color blanco del reblandecimiento depende de la presencia del pus. Esta cuestion, que ha sido agitada y resuelta diferentemente por los hombres mas esclarecidos del siglo, es uno de los puntos mas oscuros de anatomía patológica, y no creemos que pueda todavía resolverse de un modo satisfactorio. Verdad es que casi todos los reblandecimientos inflamatorios del cerebro tienen un color rojo ó violado, y á veces amarillento; pero ¿no puede suceder que un reblandecimiento atónico, se encuentre colorado por un aflujo de sangre consecutivo? Por otra parte, se observan con bastante fre-



cuencia en la práctica individuos que sucumben rápidamente con los accidentes cerebrales y los síntomas de una viva reacción inflamatoria, y en cuya autopsia no se encuentra mas, para explicar unos y otros, que un reblandecimiento blanco y pulposo del cerebro, sin que este color pueda atribuirse á la presencia del pus. Los datos que suministra la anatomía patológica, no convienen aquí con la espresion sintomática. Pero de que haya habido calentura y el aparato de las enfermedades flogísticas, no puede deducirse rigurosamente que el reblandecimiento es de naturaleza inflamatoria, pues está probado en la actualidad que existe una multitud de lesiones ó alteraciones funcionales independientes de todo trabajo flegmático, y que provocan no obstante la calentura en el mismo grado que las que no reconocen otro origen. Ya volveremos á tratar de esta materia cuando nos ocupemos del reblandecimiento simple del cerebro.

El tercer período de la encefalitis se halla caracterizado por la formación del pus, el cual, ora está infiltrado en la pulpa cerebral, ora formando colecciones mas ó menos voluminosas. Cuando el pus se forma en el tejido cerebral reblandecido, se debilita la rubicundez y es poco á poco reemplazada por un tinte de un blanco opaco, sucio, amarillo ó verdoso, segun el color del pus. La palidez es sobre todo notable, como advierte Lallemand, en la sustancia gris, la cual presenta por lo comun en el período anterior un tinte mas subido que la sustancia medular, y llega finalmente á confundirse, como tambien el de la sustancia blanca, en un color que á veces es uniforme, y otras presenta diversos matices, desde el blanco sucio hasta el verde. ¿Conviene atribuir, sin embargo, á una infiltracion purulenta todos los reblandecimientos blancos cremosos, y aun aquellos en que la sustancia medular es mas pálida que en el estado fisiológico? Lallemand defiende esta opinion con un talento admirable; pero se ha visto obligado á convenir en que muchas veces la inspeccion de las partes no revela manifiestamente la presencia del pus, y que este solo puede admitirse entonces por analogía. Creemos, sin embargo, que aquí no hay nada que pueda reemplazar á la demostracion, y siempre que la supuracion no se manifieste de una manera evidente, es preciso, sino negar absolutamente la naturaleza inflamatoria del reblandecimiento, emitir al menos sobre esta materia una opinion muy dudosa, aun cuando los accidentes observados durante la vida parezcan confirmar esta suposicion. Además, no es natural creer que se halle el pus infiltrando un reblandecimiento perfectamente blanco, á no ser que se suponga que una materia mas ó menos teñida, como lo es este líquido, pueda mezclarse con un cuerpo blanco sin modificar su color.

Quando hay pus concluye pronto ó tarde, si la vida se prolonga suficientemente, por reunirse en uno ó mas focos que pueden ser del volumen de un guisante, de una nuez ó de un huevo y mas, pues algunos ocupan todo un lóbulo y aun la mayor parte de un hemisferio. El pus baña directamente la sustancia del cerebro, ó bien está enquistado. Si el absceso es muy superficial, las circunvoluciones se hallan aplanadas, y el cerebro suele presentar en este punto una coloracion verdosa, amarilla ó de un blanco opaco, y comprimiendo á este nivel se percibe manifiestamente la fluctuacion. Si se hace una incision, fluye por ella un pus casi siempre inodoro y de un blanco cremoso, á veces amarillo, verdoso y que contiene algunos copos. Quando el foco es reciente, sus paredes son anfractuosas y desiguales, y están reblandecidas é infiltradas de pus; si por

el contrario, es bastante antiguo, la cavidad se halla tapizada por una falsa membrana tomentosa, que tiene alguna analogía con el tejido mucoso, y que á veces se puede separar en muchas hojas sobrepuestas. La formacion de este quiste es mas ó menos rápida; Abercrombie lo ha visto ya bien constituido al duodécimo dia, pero casi nunca llega á organizarse hasta despues de un mes. Existe por lo demás, bajo este aspecto una multitud de variedades, cuya causa suele ser imposible determinar. La sustancia cerebral que rodea al abceso, ora está algo inyectada, ora presenta un tinte amarillento ó verdoso; su consistencia se halla á veces disminuida, pero casi siempre suele estar aumentada. Por último, estos abscesos coinciden frecuentemente con otras lesiones primitivas ó consecutivas, que son por lo comun alteraciones de los huesos del cráneo, en particular una caries del peñasco, la cual suele coexistir con un abceso del lóbulo medio que se comunica algunas veces con el oido interno (Morgagni, Itard, Lallemand, etc.), convirtiéndose asi en uno de los manantiales de pus en la otorrea purulenta.

Finalmente, se dice que la gangrena puede ser producida por la encefalitis, pero esta terminacion es muy rara. Aunque los caracteres del esfacelo del cerebro no son todavía bastante conocidos, deberá creerse sin embargo que existe una gangrena, cuando la sustancia nerviosa es de un gris negruzco y se separa formando fragmentos ó detritus, aunque no exhale todavía ningun olor pútrido.

Las lesiones que caracterizan la encefalitis aguda son mas frecuentes en el cerebro que en el cerebelo, y apenas se han observado todavía algunos ejemplos de ellas en la protuberancia. Desde MM. Lallemand y Cruveilhier se ha dicho que el reblandecimiento inflamatorio era sobre todo comun en las partes mas vasculares, esto es, en la capa cortical ó en las porciones que tienen mas sustancia gris. La exactitud de esta proposicion debe sin embargo ponerse en duda, porque solo se apoya todavía en algunos datos contradictorios y en un número de hechos harto insignificante. En cuanto á las colecciones purulentas, se encuentran especialmente en el centro de los hemisferios ó en los lóbulos medios, y todo induce á creer, segun su asiento, que se han formado desde luego en la sustancia medular.

*Lesiones consideradas como características de la inflamacion crónica del cerebro. ¿Cuáles son las alteraciones que pueden suceder á la encefalitis?*—Entre las lesiones que acabamos de estudiar, hay dos que se encuentran tambien en el estado crónico, que son el reblandecimiento blanco por infiltracion purulenta, y los abscesos, los cuales están entonces siempre enquistados. Pero hay ademas otras que se han considerado tambien como especiales del estado crónico: estas son las úlceras y las diversas especies de induraciones. La ulceracion de la sustancia cerebral, que puede tambien formarse en el estado agudo, es una alteracion muy rara, sobre la cual solo tenemos datos incompletos, y está caracterizada por una destruccion mas ó menos estensa de dicha sustancia y de la porcion correspondiente de la pia-mater y de la aracnoides. La úlcera suele estar, ora cubierta de una exudacion albuminosa sanguínea, ora bañada por una materia pulposa pardusca, y en fin, otras veces está limpia su superficie, cubierta por una membrana celulosa al principio, y despues por una membrana espesa, dura, cartilaginosa ó aun córnea, que constituye una verdadera cicatriz. La ulceracion se verifica siempre con lentitud, é invade sucesivamente



las partes que unas veces están sanas, pero que mas frecuentemente son el asiento de una induracion y un reblandecimiento con inyeccion ó infiltracion purulenta.

La induracion simple del cerebro, es decir, aquella en que el tejido de este órgano tiene parcialmente ó en toda su estension la consistencia que adquiere cuando se hace macerar en ácido nítrico dilatado, se ha considerado como un carácter anatómico positivo de la encefalitis crónica; pero es sin embargo imposible emitir sobre la naturaleza de esta alteracion ninguna opinion satisfactoria. Si se reflexiona tambien que esta induracion existe casi siempre sin inyeccion de los tejidos, que las mas veces ocupa toda la masa encefálica, y que no se encuentran comunmente esas coloraciones pizarreñas ó azuladas que en la mayor parte de los tejidos son vestigios de congestiones ó flegmasías antiguas, deberá suponerse que la flegmasia no tiene parte alguna en la produccion de aquella, y que se manifiesta bajo la influencia de una de esas perversiones nutritivas, cuyos ejemplos son tan frecuentes en la economía. Lo que decimos aquí de la induracion simple general, se aplica tambien á la mayor parte de las induraciones locales, que ademas van acompañadas de una trasformacion fibrosa, fibro-cartilaginosa ú ósea de los tejidos. Nadie duda que estos diversos productos casi nunca se desarrollan sin el concurso de algun trabajo inflamatorio; pero tambien los produce algunas veces una encefalitis circunscrita. En efecto, luego que se suspende la destruccion del cerebro, se reabsorbe una parte de los líquidos infiltrados y los tejidos alterados, y la otra se concreta, se endurece y forma una cicatriz, cuyo aspecto y composicion varian segun los productos morbosos, á espensas de los cuales se forma, y segun la época en que se la examina, pues al principio es blanquecina y albuminosa, y mas tarde se endurece, pudiendo llegar á convertirse en fibro-cartilaginosa y aun ósea. Esta especie de cicatrices están situadas en la profundidad del órgano ó en su superficie, y pueden ocasionar todos los accidentes primitivos ó consecutivos que acompañan á la mayor parte de los productos accidentales que se forman en el cerebro; pero bajo ningun concepto está demostrado, como pretende Abercrombie, que una porcion del cerebro endurecida á consecuencia de un trabajo inflamatorio, pueda mas tarde aislarse por medio de un quiste, para formar uno de esos tumores que son tan comunes en el encéfalo, y que se hallan realmente constituidos por algunos productos accidentales.

*Sintomas y curso.*—La encefalitis parcial, única de que debemos tratar, puede empezar repentinamente por sacudidas convulsivas ó por una rigidez tetánica limitada á un miembro, ó á la mitad del cuerpo, y ocupando simultáneamente la cara y las estremidades; sin embargo, en el mayor número de casos suele ir precedida de algunos síntomas de congestion cerebral. Así es que la mayor parte de los enfermos se quejan, durante uno ó mas dias, de una cefalalgia parcial ó general, ó bien de una simple pesadez de cabeza, de vértigos, vahidos, zumbido de oidos; están agitados ó abatidos; unos tienen somnolencia, y otros un insomnio tenaz. Algunos experimentan calambres, rigideces ú hormigueos limitados á un miembro, á la mitad del cuerpo ó á todas las estremidades, y á veces hay tambien entorpecimiento momentáneo de la palabra. Pero pronto se afectan las facultades intelectuales: sobreviene un delirio vago y locuaz, ó un embotamiento de las ideas, ó bien un estado semi-comatoso y una debilidad de la memoria; muchas veces suele haber estrabismo, la cara está animada, y

los ojos se ponen inyectados. Uno de los primeros síntomas que se manifiestan en esta misma época, es la rigidez y contractura que sobreviene en los miembros de la mitad del cuerpo; las mandíbulas están apretadas una contra otra; la sensibilidad es obtusa y á veces exaltada, y todas estas partes pueden hallarse agitadas de vez en cuando por sacudidas convulsivas, á las que muy pronto sucede una parálisis mas ó menos completa de la sensibilidad y el movimiento. El pulso puede permanecer bastante tranquilo en medio de estos desórdenes, pero casi siempre se acelera haciéndose frecuente; se aumenta el calor de la piel y como hemos visto sucede en la meningitis, sobrevienen náuseas, vómitos y estreñimiento, aunque son algo menos frecuentes que en esta enfermedad. Tales son los síntomas que se observan en una época de la afeccion que puede llamarse su primer período. Los demás suelen variar mucho segun el curso de ella.

En la mayor parte de los casos los síntomas de escitacion, como las contracturas, los movimientos convulsivos y la exaltacion de la sensibilidad disminuyen ó cesan, y son reemplazados por la parálisis del sentimiento y la del movimiento, pudiendo la última ser continua ó alternar con la rigidez y las convulsiones. Estos fenómenos opuestos existen algunas veces simultáneamente; asi es que la pierna puede hallarse en la resolucion, mientras el brazo está contraído, y vice-versa. Los síntomas de la parálisis coinciden comunmente con la debilidad de las facultades intelectuales; asi es que el coma se hace cada vez mas profundo; las pupilas están dilatadas, y el enfermo se muestra insensible á cuanto le rodea; la deglucion es difícil, y las evacuaciones son involuntarias, ó bien hay retencion de orina. Por último, se acelera la respiracion, y la muerte sobreviene lentamente, ó de una manera repentina en medio de un acceso convulsivo. Este modo de terminar es mas comun en el período espasmódico del mal, en cuyo caso muere el enfermo antes de manifestarse síntoma alguno de parálisis. Finalmente, la encefalitis, acompañada de una vasta supuracion, puede terminar tambien funestamente sin que su existencia haya sido revelada en vida por las convulsiones ó la contractura; observándose tan solo la debilidad de las facultades intelectuales, el coma, y un estado de resolucion general, que se apodera de los enfermos en las veinte y cuatro ó treinta y seis últimas horas de la vida. Diríase en este caso que el cerebro no ha tenido parte alguna en la formacion del pus, sino que este ha sido únicamente depositado en el órgano, donde obra al modo de los cuerpos estraños sobre la pulpa nerviosa, solo por su volumen ó por las lesiones consecutivas (reblandecimiento, hemorragia, meningitis), que desarrolla; las cuales bastan muchas veces para esplicar los síntomas de los últimos momentos que preceden á la muerte.

La encefalitis no es, pues, una de esas enfermedades de curso franco y regular. Las alternativas de delirio y coma, de parálisis y de contractura, y la reaparicion de la inteligencia, han inducido á establecer desde muy antiguo que la encefalitis presenta caracteres perniciosos ó atáxicos. Estas remitencias pueden existir en todas las épocas del mal, y no es raro observarlas completas en el último período, cuando un vasto absceso llena por ejemplo todo un lóbulo. Esta irregularidad en la aparicion de los síntomas es difícil de esplicar, aunque puede sin embargo hacerse hasta cierto punto, suponiendo que ademas de la lesion permanente (reblandecimiento y absesos), se forma á su alrededor una congestion mas ó menos intensa, que determina síntomas cerebrales, proporcionados



á las variaciones que experimenta. La enfermedad sigue el mismo curso, los síntomas se desenvuelven casi en el mismo orden de sucesion en la encefalitis espontánea, que en la traumática.

Se halla hoy demostrado por numerosos hechos, que no podemos fundarnos en ninguno de los síntomas de la enfermedad, ni en el predominio de alguno de ellos, para localizar la alteracion en tal ó cual parte del cerebro. No hay tampoco ningun accidente particular que pueda hacernos distinguir los casos en que el cerebro está solo inyectado y reblandecido, de aquellos en que el pus se halla infiltrado ó reunido en focos. Los abscesos del cerebro siguen un curso de los mas insidiosos; la mayor parte se forman sin que llegemos á conocerlo, ó al menos solo van precedidos de los accidentes que anuncian una simple congestión ó una flegmasia circunscrita.

Sean cuales fueren la forma y el período de la enfermedad, nadie ha observado en Francia, ni en la encefalitis ni en la meningitis, ese rumor de soplo, isocrono de los latidos arteriales, que, segun dice el doctor Fischer de Boston, se percibe cuando se acerca el oído al cráneo, sobre todo por encima de la estremidad anterior de la sutura sagital, y que depende de la compresion que el cerebro, aumentado de volúmen, ó un derrame intra-craniano ejercen sobre los vasos arteriales.

*Duracion y terminaciones.*—La mayor parte de los enfermos atacados de encefalitis aguda sucumben durante el primero ó segundo septenario. Hay sin embargo algunos, en quienes sigue la afeccion un curso mas lento, y entonces se conserva normal la inteligencia durante mucho tiempo; los fenómenos espasmódicos rara vez llegan á faltar, pero suelen ser poco notables, mientras que la parálisis, aunque lenta en su marcha, existe casi desde el principio, y llega al fin á predominar. En la cerebritis crónica, tal como la que se halla caracterizada anatómicamente por un absceso enquistado, se observan en general con corta diferencia los mismos síntomas que en el estado agudo, y siguen el mismo orden poco mas ó menos: solo que no son tan intensos y su curso es mas lento, pues no es raro que se prolongue el mal hasta cuatro ó cinco meses, y en ciertos casos mucho mas tiempo. La muerte sobreviene entonces por efecto de los progresos naturales de la afeccion, ó de las enfermedades consecutivas que desarrolla. En la encefalitis crónica especialmente se observan esas variaciones é irregularidades de curso de que hemos hablado anteriormente en el estado agudo. Lallemand dice con razon, que esta irregularidad de los síntomas se esplica por una sucesion no interrumpida y variable de meningitis, encefalitis y congestiones, que se repiten por intervalos mas ó menos largos, separados por un alivio tan notable, que se toma muchas veces por verdadera curacion. Por último, el curso y síntomas de la encefalitis crónica en nada se diferencian de las demás lesiones orgánicas del cerebro.

Hasta aquí hemos hablado de la encefalitis como de una enfermedad cuya terminacion es casi siempre funesta; y esto es lo que sucede efectivamente en el mayor número de casos. Hay, sin embargo, algunos hechos, que autorizan á creer que la encefalitis puede curarse por resolucion, pues los enfermos recobran la integridad de todas sus funciones. Estos son, en rigor hablando, los únicos casos en que hay curacion; porque cuando la flegmasia llega á un estado de reblandecimiento muy considerable y forma una cicatriz dura que

da origen á diversas trasformaciones orgánicas, no puede decirse precisamente que se ha curado la enfermedad, pues la mayor parte de los individuos conservan durante el resto de la vida la contractura, la parálisis y diversos trastornos intelectuales, y dicha cicatriz llega á producir casi siempre en su derredor varias lesiones consecutivas, como todos los cuerpos estraños. No hay todavía ningun hecho concluyente que pruebe que los abscesos cerebrales se hayan curado jamás por la reabsorcion del líquido, ó abriéndose este paso al exterior. Verdad es que el pus puede salir al través de una solucion de continuidad reciente ó antigua de los huesos del cráneo, ó bien al través del etmoides ó del peñasco cariadós; pero aunque esta evacuacion puede ocasionar una remision momentánea de los accidentes que producía la compresion, nunca ha habido un caso de que yo tenga noticia, en que haya producido una curacion radical.

*Diagnóstico.*—Ya hemos visto que era imposible distinguir la meningo-encefalitis de la meningitis simple. Esta se diferencia de la encefalitis sin complicacion, por la cefalalgia que es mas intensa, por la perturbacion de los sentidos y la de los órganos de la digestion que son mas comunes, por la vehemencia de delirio, la intensidad de la calentura, y por la rareza y la limitacion de la parálisis. Por último, en la inflamacion de las meninges los síntomas espasmódicos ocupan casi siempre ambos lados del cuerpo, mientras que en la encefalitis simple, por el contrario, tanto el dolor de cabeza como la calentura presentan una intensidad mediana. Desde el principio se observan ya la rigidez y la contractura, y mas tarde la parálisis, que siempre es mas ó menos progresiva. Esta sucesion de los accidentes sirve tambien para distinguir la encefalitis de la hemorragia cerebral, cuyos accidentes se declaran repentinamente; pero la mayor parte de las veces es casi imposible diferenciarla del reblándecimiento.

Durant Fardel cree no obstante, que hay una forma de encefalitis caracterizada anatómicamente por la inyeccion y reblándecimiento de las circunvoluciones, con adherencias de las meninges que presenta síntomas apopléticos, completamente iguales á los de una hemorragia cerebral. Los hechos citados por este autor, no nos parecen, sin embargo, exentos de objecion, pues á pesar del cuidado con que se han recogido las observaciones, no está demostrado que en la mayor parte de ellos, sino en todos, hayan dejado de ir precedidos los síntomas apopléticos de algunos otros prodromos propios de la encefalitis, y que no se observan en las hemorragias.

Ciertos reblándecimientos inflamatorios ó atónicos de las partes blandas centrales del cerebro, se parecen mucho por su invasion á la calentura tifoidea, pues lo mismo que en esta hay cefalalgia, aturdimientos, vértigos, zumbido de oídos, insomnio, delirio, algunas veces epistaxis, diarrea, y siempre una calentura bastante intensa. Puede, sin embargo, aclararse la verdadera naturaleza del mal, teniendo presente que en el reblándecimiento faltan los principales síntomas abdominales y el estertor sibilante del pecho, y que despues de algunos dias sobreviene la rigidez ó la parálisis de la mitad del cuerpo ó de ambos lados, y muchas veces el estrabismo ó la diplopia ya desde el principio, accidentes que debemos tener siempre en cuenta para no establecer un diagnóstico prematuro.

Una vez conocida la naturaleza del mal, es imposible localizar la alteracion en tal ó cual parte del cerebro, y aun suele ser difícil determinar si la afeccion



se limita á un solo lado, ó si están afectados ambos hemisferios, pues una encefalitis local puede ocasionar la contractura y las convulsiones en uno y otro lado. Es preciso convenir, sin embargo, en que son raros estos casos, y que las mas veces se encuentra una lesion en ambos hemisferios, cuando los síntomas espasmódicos ó la parálisis aparecen simultáneamente en ambos lados; ó bien es tan considerable la alteracion de uno de aquellos, que se concibe haya podido comprimir al sano. Hemos dicho tambien que era imposible determinar el género de la alteracion. Sin embargo, cuando los síntomas son insuficientes para resolver este problema, hay á veces ciertas circunstancias que aclaran algo el diagnóstico, pues si en un enfermo atacado de una otorrea antigua dependiente de la alteracion de los huesos, llegase á disminuir el flujo, sobreviniendo al mismo tiempo una cefalalgia con delirio, agitacion, convulsiones, coma y calentura, puede casi afirmarse que se está formando un absceso, ó que tal vez se halla ya formado en el lóbulo medio. Es imposible establecer durante la vida el diagnóstico diferencial entre la encefalitis crónica y las demás afecciones cerebrales de curso lento. Únicamente pueden tenerse algunas presunciones, atendiendo á los signos conmemorativos.

*Pronóstico.*—Hay pocas enfermedades agudas tan graves como la encefalitis, pues mata en efecto á casi todos los que la padecen, y los pocos que llegan á sobrevivir, quedan durante el resto de su vida enfermizos, paralíticos ó dementes. La variedad mas grave es la que empieza por movimientos convulsivos.

*Etiología.*—Nada se conoce todavía de fijo sobre la naturaleza de las causas predisponentes ó eficientes que pueden producir la encefalitis. Se sabe sin embargo, que esta enfermedad ataca con mas frecuencia (dos ó tres veces) á los hombres que á las mujeres; pero no se halla aun bastante determinada la época de la vida en que suele predominar, pues unos dicen que es la infancia, y otros la edad viril. Tampoco sabemos nada con certeza sobre el papel que representan las afecciones tristes del alma, los trabajos intelectuales y la temperatura: algunos hechos nos autorizan á creer que la enfermedad puede desarrollarse por trasmision hereditaria. La encefalitis reconoce muchas veces por causa determinante una violencia esterna de los huesos del cráneo, la insolacion ó los excesos alcohólicos. Ya hemos dicho tambien que la inflamacion del oido interno, ya sea que dependa primitivamente de la caries del peñasco, ó que limitada desde el principio á la mucosa, altere al fin este hueso, es una causa de la encefalitis, la cual se termina casi siempre en este caso por la formacion de un absceso. Lallemand opina que el virus venéreo puede ejercer una influencia directa y primitiva sobre el cerebro é inflamarlo; pero esta opinion no se halla al parecer todavía demostrada: todos reconocen por el contrario que dicho virus puede ocasionar indirectamente una encefalitis, alterando los huesos del cráneo. Por último, suele frecuentemente desarrollarse la inflamacion que estudiamos, alrededor de un coágulo ó de un tumor del cerebro y entonces se denomina consecutiva.

*Tratamiento.*—Este es completamente idéntico al que acabamos de indicar respecto de la meningitis, y se reduce á los antiflogísticos, combinados con los mercuriales, y aplicados segun las mismas reglas. Tal vez pudiera ensayarse tambien el método contra-estimulante, que es generalmente ineficaz en las fleg-

masias de las membranas serosas, pues hay algunos hechos que autorizan á lo menos á usar este tratamiento en la encefalitis aguda. En el período de colapsus y cuando la enfermedad pasa al estado crónico, conviene insistir en los revulsivos poderosos aplicados al tubo digestivo, y sobre todo á la piel, como un sedal ó uno y mejor aun muchos cauterios á la nuca, ó en su lugar una ancha cantárida al cuero cabelludo.

### Mielitis.

La palabra *mielitis* sirve para designar la inflamacion del tejido de la médula espinal.

*Historia.*—Hase pretendido hacer subir hasta Hipócrates el conocimiento de la mielitis, pero nada positivo acerca de esta enfermedad ha dicho el padre de la medicina, y solo de medio siglo acá, la historia de la mielitis ha sido definitivamente trazada por Haefner (1), Heer (2), Barbaroux (3), y Harless, quien al parecer le ha dado el nombre con que se la conoce (4). Pero en esa época la mielitis no se distinguia bien de la meningitis y aun de otras enfermedades; hállase tambien esta confusion hasta en Jose Frank (5). Olivier es uno de los primeros que ha escrito una conveniente descripcion de la mielitis (6); M. Calmeil ha seguido sus pasos (7), y se encontrarán ademas en una memoria de M. Hutin (8), y sobre todo en el interesante libro de mi amigo Longet, acerca de la anatomía y la fisiología del sistema nervioso preciosos materiales para aclarar diferentes puntos oscuros de la mielitis y otras afecciones de la médula.

*Anatomía patológica.*—Todo lo que hemos dicho de las lesiones que caracterizan la encefalitis, se aplica igualmente á la mielitis, con la única diferencia de que siguiendo en esta las alteraciones un curso mas rápido que en el cerebro, rara vez se encuentra en el cadáver, caracterizada la mielitis tan solo por la inyeccion, la rubicundez é induracion del tejido. En efecto, en todos los casos la pulpa nerviosa se presenta reblandecida y difluente; y el reblandecimiento puede tener el color rojo, amarillo, verde ó blanco, de que ya hemos hablado en el estudio de la encefalitis. Las colecciones purulentas son mucho mas raras y de un volumen siempre muy pequeño. Los reblandecimientos rojos, amarillos, verdosos y blancos con infiltracion purulenta, solo deben atribuirse á un trabajo inflamatorio, como hemos dicho al hablar de la cerebritis. Estos reblandecimientos van siempre acompañados de un aumento del volumen de la médula al nivel de las partes alteradas. Es raro que la lesion ocupe mas de la mitad del cordon raquidiano, y comunmente está limitada á una sola región, siendo la dorsal donde mas á menudo se observa, y despues, por orden de frecuencia, siguen las porciones cervical y lumbar. El reblandecimiento empieza casi siempre por la sustancia gris del centro, y rara vez por la periferia, á no ser que la mielitis sea consecutiva á la aracnoiditis. Puede ocupar todo el

(1) *Dissertatio inauguralis de medullæ spinalis inflammatione.* Marbourg, 1799.

(2) *Dissert. de inflam. medullæ spinalis.* Erlangen, 1814.

(3) *Dissert. de medullæ spinalis inflammatione.* Turin, 1818.

(4) *Dissertatio de myelitis.* Erlangen, 1814.

(5) *Præceps medicæ universæ præcepta*, 1822, t. VI, p. 74.

(6) *Traité des maladies de la moelle*, t. II, p. 302, 3<sup>a</sup> edición.

(7) *Dictionnaire de médecine*, t. XX.

(8) *Bibliothèque médicale*, année 1828.



espesor de la médula, limitarse á una de sus mitades laterales ó estenderse con desigualdad por la cara anterior ó la posterior. El tejido nervioso puede hallarse reducido en el primer caso á una especie de detritus purulento, de modo que se hallen realmente del todo interrumpidas las partes superior é inferior de la médula.

Cuando esta se encuentra reducida así en una parte de su estension, á una especie de papilla semi-líquida, puede reconocerse semejante estado, aun antes de cortar las membranas, en una blandura, ó por mejor decir, en una verdadera fluctuacion que se advierte á este nivel. Hase acostumbrado considerar como indicios especiales de una inflamacion crónica, la induracion de la médula con hipertrofia ó sin ella, y con un color oscuro ó apizarrado de su tejido. Este cordon nervioso puede entonces adquirir la consistencia de la albúmina endurecida. Muchos miran la mielitis crónica como constituida anatómicamente por un reblandecimiento blanco; pero mas adelante veremos, que esta lesion no reconoce un origen inflamatorio. (Véase *Reblandecimiento de la médula*). Hasta el dia, pues, es absolutamente imposible, determinar con exactitud las alteraciones que pueden caracterizar la mielitis crónica.

*Síntomas y curso.*—La mielitis empieza comunmente por síntomas locales, sin que vayan precedidos de prodromos; la mayor parte de los enfermos sienten entorpecimiento, hormigueo y calambres en los miembros inferiores, y á veces tambien en los torácicos, segun la altura que ocupe el mal. Tambien se ha dicho que con frecuencia se espermentaban erecciones; pero esta es una señal que nunca hemos podido advertir. Como quiera que sea, los movimientos son siempre muy difíciles, embarazosos, rudos é inciertos. En algunos casos hay de vez en cuando sacudidas convulsivas; varios enfermos experimentan tambien un dolor fijo en un punto del raquis, el cual puede ser continuo, pero comunmente se hace solo sentir por la presion ó la percusion mediata que se ejerce en las apófisis espinosas correspondientes, ó tambien cuando los enfermos están acostados sobre el dorso. Algunas veces, en fin, se le provoca, pasando una esponja empapada de agua, ó muy caliente ó muy fria, por toda la longitud del raquis, lo cual determina en la region enferma una sensacion de calor quemante, mientras que en los demás puntos solo percibe el enfermo la impresion ordinaria del calor ó el frío. Aparte de este dolor local que indica la altura á que se halla alterada la médula, suelen tambien existir otros que parecen una irradiacion del precedente, aunque hay muchos casos en que no son una dependencia suya. Estos dolores ocupan los miembros inferiores, siguiendo á veces el trayecto de los nervios ciáticos, ó bien se hallan diseminados por todo el miembro, haciéndose sentir especialmente en una parte, como por ejemplo, las plantas de los piés. Mas frecuentes son todavía los dolores de que muchos enfermos se quejan, al través del cuerpo, y que ocupan al parecer los ramos de los nervios intercostales. No tarda, sin embargo, en presentarse la parálisis, la cual casi siempre empieza por los miembros inferiores, estendiéndose de abajo arriba, y afecta en el mayor número de casos simultáneamente la sensibilidad y el movimiento, aunque suele hacerlo en diversos grados. La parálisis del movimiento existe algunas veces sin alteracion de la sensibilidad, pero es muy raro que suceda lo contrario. Al mismo tiempo sobreviene una retencion de orina, ó bien se escreta involuntariamente; las materias fecales pueden hallarse retenidas

si son sólidas, pero basta que sean algo líquidas para que salgan sin conciencia del enfermo y tambien contra su voluntad, sucediendo lo mismo con las ventosidades.

La estension de la parálisis varía ademas segun la altura á que se estiende la alteracion de la médula. Cuando la mielitis ocupa las regiones dorsal ó lumbar, los únicos órganos que se afectan son las estremidades inferiores, la vejiga y el recto; pero cuando la alteracion llega á la porcion cervical, se observan en las estremidades torácicas los mismos síntomas que hemos encontrado anteriormente en las abdominales, es decir, el hormigueo, los calambres, la rigidez, las convulsiones y la parálisis, asi de la sensibilidad como del movimiento. Muy pronto se suspende tambien la accion de los músculos inspiradores; el pecho solo se dilata por la contraccion del diafragma; la respiracion es corta, acelerada y penosa, y muchos enfermos sucumben con los síntomas de una asfixia lenta. Los mismos accidentes suelen observarse tambien cuando la inflamacion ocupa la porcion craniana de la médula; en cuyo caso no es raro que exista ademas un dolor vivo en la nuca, rigidez en los músculos de esta parte, trastornos de la inteligencia y los sentidos, trismus, deglucion difícil, respiracion penosa y diafragmática, y á veces hidrofobia. A estos fenómenos sucede una parálisis, limitada en ciertos casos á la mitad del cuerpo, pero que las mas veces es general, segun que la alteracion ocupa un solo manojo, ó los dos anteriores de la médula. Cuando estos accidentes existen tales como los indico, son bastante característicos de una alteracion de la porcion craniana de la médula, la mielitis craniana, y no se encuentran, por mas que se diga, en la inflamacion de las partes blancas centrales, ni en la de ambos hemisferios.

La inflamacion de la médula puede existir sin que determine muchas simpatías, aunque suele haber por lo comun un aparato febril bastante intenso, sed, inapetencia y muchas veces vómitos.

Ya hemos dicho que los síntomas espasmódicos y la parálisis, ocupaban simultáneamente, aunque á veces con desigualdad, los miembros de uno y otro lado, sea cualquiera la altura de la médula donde resida la alteracion. Sin embargo, en algunos casos raros, y nosotros hemos observado muchos, estos accidentes están limitados desde luego á un miembro ó á los dos del mismo lado, es decir, que puede haber hemiplegia, como si la lesion ocupase uno de los hemisferios; pero no tardan entonces en afectarse los miembros opuestos á poco que progresa la inflamacion medular. Indicaremos tambien como un hecho excesivamente raro, que la parálisis y los fenómenos espasmódicos se propagan de arriba abajo. Hemos dicho anteriormente que la parálisis sobrevenia casi siempre de un modo gradual, pero no es raro que los enfermos que solo experimentaban al principio algunos hormigueos en los miembros, lleguen á afectarse repentinamente de la parálisis sensitiva y motriz de estas partes, como si el tejido medular hubiera sido de pronto destruido por un raptus hemorrágico. En tal caso, es preciso admitir que la alteracion se ha hecho instantáneamente muy considerable.

*Duracion y terminaciones.*—La duracion de la mielitis es mas ó menos larga; puede ocasionar la muerte en pocos dias cuando ocupa primitivamente la region cervical; pero si empieza por la dorsal ó lumbar, pueden trascurrir muchas semanas antes que sobrevenga la terminacion funesta, la cual es producida, ora por los progresos del mal, que dificultando la respiracion impide que se verifi-



que la hematosi, ora por efecto de la gangrena, que como en la mayor parte de las enfermedades de la médula, invade rápidamente las partes destinadas á soportar el peso del cuerpo, como el sacro, el codo, el trocánter y los talones. En estos casos se hace tan completa la parálisis que la piel del tronco y de los miembros puede desgarrarse y quemarse sin conciencia de los enfermos, y las partes se infiltran y pierden su calor. Es muy raro que los enfermos atacados de mielitis recobren completamente su salud, pues hasta ahora solo hemos visto un ejemplo de este caso. Cuando esto sucede, la sensibilidad se reanima, el movimiento se restablece poco á poco, las evacuaciones dejan de ser involuntarias, y despues de un tiempo, que no baja por lo comun de seis semanas ó dos meses, se restablecen al fin las facultades del paciente en toda su plenitud; pero repito que esto es sumamente raro. En general puede establecerse que todos los que no sucumben á los accidentes agudos, quedan enfermizos, parapléjicos, y sujetos á retenciones ó á incontinencias de orinas y de materias fecales. Algunos, sin embargo, pueden sostenerse y andar con ayuda de un baston ó de unas muletas; hay otros que no pueden estar de pié, pero sí de rodillas, y un gran número, en fin, que se hallan imposibilitados de ejecutar clase alguna de movimientos á causa de la contractura ó resolucion de sus miembros. Entonces se atrofian los músculos paralizados, y algunos, especialmente los de las pantorrillas, experimentan la degeneracion grasosa. Finalmente, cuando estos individuos sucumben al cabo de muchos años, se encuentra como para explicar los accidentes de que acabamos de hablar, una atrofia parcial de la médula, ó una induracion de su tejido, y en ciertos casos un reblandecimiento blanco, análogo al que se observa en muchos estados agudos.

*Diagnóstico.*—La existencia de un dolor fijo mas ó menos vivo, espontáneo, ó provocado por la presion y la percusion efectuada en un punto del raquis; la de síntomas espasmódicos ó de parálisis, desarrollada simultánea ó sucesivamente en los dos miembros opuestos, y que coinciden con la integridad de las facultades intelectuales, son los fenómenos que caracterizan una enfermedad de la médula. El asiento del dolor y de la parálisis nos darán á conocer la estension del mal. La sola persistencia de la movilidad ó de la sensibilidad, deben inducirnos á creer que la alteracion afecta esclusiva ó especialmente los filetes ó manojos posteriores ó anteriores. La hemiplegia demuestra que solo se halla enferma la mitad de la médula. Inútil es decir, que la parálisis ocupa siempre el lado correspondiente á la alteracion. Tambien puede distinguirse la mielitis de la aracnitis espinal, atendiendo á que en esta última hay un dolor local mas vivo, y que es mas raro llegue á faltar que en la mielitis; adviértense ademas una rigidez convulsiva de los músculos vertebrales, y una exaltacion de la sensibilidad cutánea, accidentes que no existen en la inflamacion que se limita á la pulpa nerviosa. Añadamos, finalmente, que los síntomas espasmódicos (rigidez, contracturas, convulsiones), son mas notables en la aracnitis, mientras que en la mielitis predomina la parálisis. A esto se reduce todo el diagnóstico, pues no creo sea todavía posible precisar la naturaleza de la alteracion, es decir, determinar de un modo cierto si la enfermedad en cuestion es una mielitis ó solamente uno de esos reblandecimientos de curso agudo que estudiaremos en otro lugar, y que parecen desarrollarse sin el *curso manifesto* de ningun trabajo inflamatorio.

Los absesos traumáticos formados alrededor de una vértebra contusa ó fracturada, ocasionan síntomas que tienen mucha analogía con los de la inflamación de la médula y sus membranas. En efecto, pocos días después del accidente, se desarrolla la calentura, sobreviene la parálisis de los miembros, del recto y de la vejiga, accidentes que coinciden con un dolor local á lo largo del raquis. En tal caso es muy frecuente que al cabo de algunos días disminuyan los síntomas de compresión, si el pus sale fuera del conducto raquidiano y se reúne en un punto de los canales vertebrales; circunstancia sobre la cual llama la atención M. Bigot (1). Los signos conmemorativos y el curso de los accidentes pudieran hacer sospechar en este caso la naturaleza de la lesión. Escusado es advertir cuánto importa reconocer en tales casos el raquis y sus inmediaciones con el mayor cuidado, para apreciar desde el principio la formación del absceso, y abrir una salida al pus.

Conviene advertir al lector que ciertos accidentes histéricos pueden confundirse con la mielitis, pues hay, en efecto mujeres que pierden algunas veces de un modo rápido el sentimiento y el movimiento de las extremidades inferiores; pero estos accidentes, siempre apiréticos, se presentan súbitamente, cesan del mismo modo y coexisten con otros síntomas más habituales en el estado histérico. Mas adelante veremos en qué se distingue la mielitis de las demás formas de paraplegia esencial, y de la hemorragia de la médula ( Véanse estas enfermedades ).

*Pronóstico.*—La mielitis es una enfermedad muy funesta, como habrá podido inferirse de lo espuesto; y su gravedad es mayor, á medida que la flegmasia está más cerca de la cabeza. Cuando la alteración llega á la región cervical, los enfermos sucumben casi siempre bastante pronto, al paso que si está circunscrita á la región lumbar, se ve con frecuencia que resisten muchos años. La manifestación de la gangrena es uno de los accidentes desfavorables; y por último, la parálisis de los músculos de la respiración indica casi con toda seguridad una muerte próxima.

*Etiología.*—La mielitis parece ser más común en la juventud y en la edad adulta; casi siempre es espontánea, aunque sucede con bastante frecuencia á las violencias externas del raquis y á las fatigas excesivas, tales como el andar, sobre todo si se llevan fardos pesados sobre la espalda. Por último, la alteración de las vértebras y la compresión que determina sobre la médula una producción morbosa, ó la simple desviación del raquis, pueden llegar á producir una inflamación aguda de la pulpa nerviosa, á consecuencia de la compresión de los tejidos.

*Tratamiento.*—Los medios terapéuticos son exactamente los mismos que los que exige la meningitis raquidiana en su estado agudo. Pero los revulsivos deben ser aquí mucho más enérgicos, así que, tan luego como se halle combatida suficientemente la inflamación por medio de sangrías generales y de ventosas escarificadas á lo largo del raquis, deben aplicarse uno ó muchos cauterios ó moxas á las partes laterales de las apófisis espinosas correspondientes al punto enfermo: estos medios son muy preferibles á los vejigatorios. Se ha aconsejado que en este período del mal se apele á los mercuriales, esto es, á los calomelanos en dosis alterantes (tres ó cuatro granos divididos en quince ó veinte tomas

(1) Thèse de Paris, année, 1845.



iguales, de las que se administra una de hora en hora), y fricciones de unguento napolitano en la columna vertebral; pero estos medios no producen por lo regular otro resultado que provocar una estomatitis, que es causa de nuevas enfermedades. La dieta, las bebidas atemperantes y los laxantes ligeros completarán el tratamiento de la mielitis aguda.

Cuando la enfermedad pasa al estado crónico, se aplicarán á lo largo del raquis cuatro ó seis cauterios ó moxas. Puede tambien hacerse uso, como aconseja Olivier, de chorros salinos ó sulfurosos sobre la columna vertebral; los baños sulfurosos, naturales ó artificiales, y los baños de mar podrán ser igualmente eficaces; pero en el empleo de estos medios escitantes es preciso proceder con prudencia y como á tientas, á fin de no promover los accidentes agudos. La estricnina y la electro-puntura, aconsejadas por algunas personas, han producido en pocos casos resultados ventajosos.

En la mielitis lo mismo que en la mayor parte de las enfermedades de la médula, conviene tomar las mayores precauciones para evitar la formacion de escaras, que tanta tendencia tienen á desarrollarse. Es preciso pues que los enfermos esten muy limpios, que cambien á menudo de posicion, y que se remueva cuanto pueda irritar ó contundir la piel; en estos casos son muy útiles las camas mecánicas. En fin, nos aseguraremos de que la secrecion urinaria se verifica de un modo regular y completo, pues debe tenerse en cuenta que muchos de estos enfermos padecen una retencion de orina que se remediará por medio del cateterismo (Véase como complemento de lo que acabamos de esponer el artículo *Reblandecimiento de la médula*).

#### *De la neuritis.*

Algunos autores negaron sin fundamento, en otro tiempo, que los nervios pueden inflamarse. Otros sostuvieron, con Boerhaave y M. Martinet, que en la neuritis la inflamacion respetaba la pulpa nerviosa, atacando solo al neurilema, y por esto designaban la enfermedad mas bien con los nombres de *neurilitis* ó *neurilemitis*; pero las inspecciones cadavéricas y las esperiencias hechas en diferentes animales, especialmente las verificadas por el doctor Dubreuil, y consignadas por este médico en su tesis (1), han demostrado que tanto el neurilema como la pulpa nerviosa, pueden inflamarse aislada ó simultáneamente. En el primero está caracterizada la flegmasia por la rubicundez, el engrosamiento y la friabilidad del tejido; y en el segundo, por la inyeccion, el reblandecimiento y la infiltracion purulenta de la sustancia nerviosa, que se halla trasformada á veces en una pulpa pardusca: tambien se halla aumentado siempre el volúmen del nervio. Ignoramos cuáles son los caracteres de la neuritis crónica.

*Síntomas.*—La neuritis está caracterizada por un dolor vivo, dislacerante ó contusivo, que ocupa el trayecto de un nervio; es continuo y se aumenta con la presion. Cuando el nervio es superficial, se percibe al través de la piel un cordón duro, nudoso y doloroso, formado por el órgano enfermo, cuyas funciones están mas ó menos pervertidas. Asi, pues, las partes que cubren las ramificaciones del nervio, se hallan afectadas de un entorpecimiento incómodo, y algu-

(1) *Thèse de Montpellier*, 1845, n. 54.

nas veces de una parálisis que interesa simultáneamente la sensibilidad y el movimiento, ó bien una sola de estas dos facultades, segun la naturaleza del nervio enfermo. Esta parálisis puede tambien llegar á ser permanente, cuando terminada la flegmasia por supuracion ó gangrena, tuviese por resultado la destruccion del nervio, ó bien si este fuese consecutivamente atrofiado. La neuritis nunca termina por ulceracion, pues en los casos raros en que esta lesion se ha observado, ha sido siempre consecutiva á la destruccion de los tejidos circunyacentes. No obstante, los hechos que hasta ahora conocemos de neuritis, son bastante raros para que puedan determinarse con exactitud el curso y los modos de terminacion mas frecuentes del mal.

*Diagnóstico.*—La neuralgia es la única afeccion que puede confundirse con una neuritis; pero veremos que en la primera, que siempre es apirética, el dolor está exacerbado, y que presenta remisiones. Ademas se calma por medio de la presion, ó esta, por lo menos, no ocasiona sufrimientos sino en algunos puntos, en aquellos en que el nervio ó una de sus divisiones están situadas mas superficialmente. En fin, la parálisis es una consecuencia poco comun de la enfermedad, y no sobreviene, por otra parte, sino con mucha lentitud. En la neuritis, por el contrario, suele haber calentura, el dolor es continuo, y se despierta mediante la presion, sea cual fuere el modo con que se ejerza; la parálisis es un accidente frecuente y casi siempre muy rebelde.

Una flebitis no puede confundirse con la neuritis, porque en aquella se nota un cordón duro, nudoso y doloroso á lo largo del trayecto conocido de una vena; las partes inferiormente situadas se presentan edematosas, y se observan los accidentes de infeccion que suelen manifestarse en el segundo período de la enfermedad.

*Pronóstico.*—En términos generales puede decirse que el pronóstico de la neuritis es grave, no porque ponga en peligro la vida, sino porque deja algunas veces como consecuencia, una parálisis incurable. Sin embargo, la ciencia no posee todavía ningun dato exacto acerca de este particular.

*Causas.*—La neuritis es una enfermedad escesivamente rara, sobre todo como afeccion idiopática, pues casi siempre sucede á alguna causa traumática, como una herida ó una contusion, habiéndosela visto sobrevenir tambien á consecuencia de la ligadura ó la cauterizacion del nervio, ó bien despues que algun cuerpo extraño ha penetrado en el tejido del órgano. No obstante, y en resumen, los nervios son bastante poco propensos á inflamarse. Nada, en efecto, es mas comun que ver á los cordones nerviosos atravesar los focos supurados ó gangrenados, sin que participen de las alteraciones de las partes inmediatas. M. Beau, considera, por el contrario, ciertas neuritis como muy comunes, y refiere, efectivamente á la inflamacion aguda de los nervios intercostales, el dolor vivo propio de la pleuresia, así como atribuye á la neuritis crónica los dolores de costado tan comunes en los tísicos. Pero ya hemos dicho que esta opinion era, cuando menos, exagerada, porque, por una parte, la anatomía patológica la confirma pocas veces, y por otra, sería extraordinario que el dolor se calmase ó desapareciese casi siempre por completo, como se verifica en la pleuresia, mientras la alteracion persistiese, puesto que la autópsia la pondría siempre de manifiesto: todo lo cual sería una anomalía inconcebible, porque nada que se parezca á esto ocurre en la neuritis.



*Tratamiento.*—El tratamiento es esencialmente antiflogístico, y debemos insistir sobre todo en las emisiones sanguíneas locales, las cataplasmas, los baños, las unturas mercuriales y los revulsivos. Por último, cuando habiendo cesado el período inflamatorio, experimentan los enfermos entorpecimientos ó un principio de parálisis, deben aplicarse uno ó muchos vejigatorios volantes, y aun muchos cauterios ó moxas en el trayecto del nervio.

FIN DEL TOMO PRIMERO.

# INDICE

## DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO PRIMERO.

	PÁGS.
Dedicatoria á M. Chomel. . . . .	V
Advertencia del autor. . . . .	VII
Prefacio. . . . .	IX
Al lector los editores. . . . .	XV
PRIMERA CLASE DE ENFERMEDADES.—DE LAS CALENTURAS. . . . .	1
De la fiebre. . . . .	<i>id.</i>
De las calenturas. . . . .	12
<i>Primer género de calenturas.</i> —Calenturas continuas. . . . .	17
De la calentura efémera. . . . .	<i>id.</i>
De la calentura inflamatoria ó sinocal. . . . .	18
De la calentura tifoidea. . . . .	22
Del tifo ó peste de Europa, comparado con la calentura tifoidea. . . . .	56
De la calentura continua de Inglaterra, ó del <i>tiphus fever</i> . . . . .	59
De la calentura biliosa de los países cálidos. . . . .	62
De la calentura amarilla. . . . .	65
De la peste. . . . .	73
<i>Segundo género de calenturas.</i> —Calenturas eruptivas. . . . .	83
De las viruelas. . . . .	<i>id.</i>
De la vacuna, ó de la profilaxis de las viruelas. . . . .	94
De la varioloides. . . . .	101
De la varicela, viruela volante ó viruelita. . . . .	103
Del sarampion. . . . .	105
De la escarlata. . . . .	111
Del sudor miliar. . . . .	120
Consideraciones generales sobre la naturaleza de las calenturas eruptivas. . . . .	125



	PÁGS.
<i>Tercer género de calenturas.</i> —Calenturas intermitentes. . . . .	126
De la calentura intermitente simple. . . . .	128
De las calenturas intermitentes perniciosas. . . . .	142
De las calenturas intermitentes anómalas. . . . .	147
Observaciones sobre las calenturas intermitentes sintomáticas. . . . .	148
<i>Cuarto género de calenturas.</i> —Calenturas remitentes. . . . .	151
De la calentura pseudo-continua. . . . .	158
<i>Quinto género de calenturas.</i> —Calentura héctica.. . . . .	160
<b>SEGUNDA CLASE DE ENFERMEDADES.</b> —DE LAS ENFERMEDADES QUE DEPENDEN DE UN VICIO DE PROPORCION EN LA SANGRE. . . . .	163
<i>Primer género.</i> — <i>Enfermedades por exceso de sangre.</i> . . . . .	<i>id.</i>
De la plétora. . . . .	<i>id.</i>
De la congestión sanguínea en general. . . . .	166
De la congestión cerebral. . . . .	170
De la congestión raquidiana. . . . .	175
De la congestión pulmonar. . . . .	176
De la congestión activa de los pulmones. . . . .	<i>id.</i>
De la congestión pasiva de los pulmones. . . . .	178
Congestiones de los órganos abdominales. . . . .	180
Congestión del hígado. . . . .	181
Congestión del bazo. . . . .	183
Congestiones uterinas. . . . .	<i>id.</i>
<i>Segundo género.</i> — <i>Enfermedades por falta de sangre.</i> . . . . .	185
De la anemia. . . . .	<i>id.</i>
De la clorosis. . . . .	195
Anemia de los órganos en particular. . . . .	197
<b>TERCERA CLASE DE ENFERMEDADES.</b> —DE LAS INFLAMACIONES. . . . .	<i>id.</i>
De la inflamación en general. . . . .	<i>id.</i>
Inflamaciones de los órganos digestivos. . . . .	217
De la estomatitis. . . . .	<i>id.</i>
De la estomatitis eritematosa. . . . .	218
De la estomatitis con alteración de secreción. . . . .	<i>id.</i>
De la estomatitis difterítica. . . . .	<i>id.</i>
De la estomatitis cremosa, ó muguete.. . . . .	220

De la estomatitis foliculosa, ó de las aftas. . . . .	225
De otras dos formas de estomatitis ulcerosa y pustulosa. . . . .	227
De la estomatitis mercurial. . . . .	<i>id.</i>
De la glositis. . . . .	231
De las anginas. . . . .	233
De la angina gutural y faríngea agudas. . . . .	234
De la angina gutural y faríngea crónicas. . . . .	236
De la angina tonsilar ó amigdalitis. . . . .	237
De la angina pseudo-membranosa. . . . .	243
De la esofagitis ó inflamacion del esófago. . . . .	247
De la gastritis aguda. . . . .	249
De la gastritis crónica. . . . .	253
De la enteritis y de la colitis agudas. . . . .	258
De la enteritis y entero-colitis crónicas. . . . .	265
De la disenteria. . . . .	269
De las inflamaciones de los órganos anejos á los digestivos. . . . .	279
De las parótidas. . . . .	<i>id.</i>
De la hepatitis. . . . .	280
De la hepatitis crónica. . . . .	287
De la inflamacion de los órganos escretorios de la bilis. . . . .	289
De la colecistitis. . . . .	<i>id.</i>
De la pancreatitis. . . . .	291
De la esplenitis. . . . .	292
Inflamaciones de los órganos de la respiracion. . . . .	295
De la laringitis. . . . .	<i>id.</i>
De la laringitis aguda simple. . . . .	<i>id.</i>
De la laringitis estridulosa ó pseudo-crup. . . . .	298
De la laringitis pseudo-membranosa ó crup. . . . .	300
De la laringitis sub-mucosa. . . . .	308
De la laringitis sobre-glótica ó edema de la glotis. . . . .	309
De la laringitis infra-glótica. . . . .	315
De la laringitis crónica. . . . .	316
De la traqueitis aguda y crónica. . . . .	320
De la bronquitis. . . . .	321
De la bronquitis crónica. . . . .	329
De la gripe. . . . .	335
De la pulmonía. . . . .	336
De la pleuresía aguda. . . . .	362
De la pleuresía crónica. . . . .	375
Inflamaciones de los órganos de la circulacion. . . . .	381
De la pericarditis. . . . .	<i>id.</i>
De la endocarditis. . . . .	388
De la carditis. . . . .	392
De la arteritis. . . . .	393
De la aortitis. . . . .	397



De la flebitis en general, y de algunas flebitis en particular. . . . .	598
De la inflamacion del sistema linfático, . . . . .	410
De la angiolecucitis. . . . .	id.
De la adenitis. . . . .	415
De las inflamaciones del aparato de la inervacion. . . . .	415
De la meningitis cerebral. . . . .	id.
De la meningitis crónica. . . . .	424
De la meningitis raquidiana y cerebro-espinal. . . . .	425
De la encefalitis. . . . .	430
De la mielitis. . . . .	439
De la neuritis. . . . .	444

FIN DEL ÍNDICE DEL TOMO PRIMERO.

*Exposiciones de Ginebra - Ginebra - Ginebra*  
*Exposiciones de Viena - Viena - Viena*  
*Exposiciones de Londres - Londres - Londres*  
*Exposiciones de París - París - París*  
*Exposiciones de Bruselas - Bruselas - Bruselas*  
*Exposiciones de Viena - Viena - Viena*  
*Exposiciones de Ginebra - Ginebra - Ginebra*  
*Exposiciones de Londres - Londres - Londres*  
*Exposiciones de París - París - París*  
*Exposiciones de Bruselas - Bruselas - Bruselas*

## ERRATAS MAS NOTABLES QUE SE HALLAN EN ESTE TOMO.

PÁGINA.	LÍNEA.	DICE.	LEASE.
16. . . . .	47. . . . .	crónicas. . . . .	crónica
308. . . . .	24. . . . .	características. . . . .	cateréticas
332. . . . .	2. . . . .	meca. . . . .	Meca
id. . . . .	17. . . . .	dos cucharadas de café en esta sustancia. . . . .	dos cucharadas (cucharitas de café) de esta sustancia
335. . . . .	1. . . . .	DE LA GRIPE. . . . .	<i>De la gripe</i>
421. . . . .	59. . . . .	emiplebias. . . . .	hemiplebias
425. . . . .	29. . . . .	suele. . . . .	suelen
426. . . . .	19. . . . .	inflamarse. . . . .	afectarse
428. . . . .	16. . . . .	suministrarian. . . . .	suministraría
430. . . . .	Cita (6).	<i>cerreaux.</i> . . . . .	<i>cerveau</i>



La neuralgia simple no precede  
hiperestesia, sino anestesia y el  
dolor sigue al Braxido de  
crisis. En la neuralgia patológica  
hay hiperestesia, consistencia de la  
piel y aparición del repente.









6.G.186.  
Tratado elemental y practico de1857  
Countway Library BDx8672



3 2044 045 574 290





*None Book 8*

6.G.186.

Tratado elemental y practico de 1857

Countway Library

BDX8672



3 2044 045 574 290