# TRATADO

ELEMENTAL Y PRACTICO

# DE PATOLOGIA

INTERNA.

# TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

# PATOLOGIA INTERNA

POR

**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 ULTIMA EDICION,**

CORREGIDA Y AUMENTADA POR EL AUTOR.

## TOMO II.

MADRID.
IMPRENTA DE GASPAR Y ROIG, EDITORES,
calle del Príncipe, núm. 4.
1857.

# TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

# PATOLOGIA INTERNA.

## CONTINUACION

DE LA

## TERCERA CLASE DE ENFERMEDADES.

(INFLAMACIONES).

### INFLAMACIONES DE ALGUNOS SENTIDOS.

### *De la coriza.*

SINONIMIA.—Rinitis, resfriado de cerebro, catarro nasal, *gravedo* y romadizo.

La coriza ó rinitis es la inflamacion de la membrana mucosa que tapiza las fosas nasales. Se la observa en el estado agudo y en el crónico. La coriza crónica se subdivide en dos especies, segun que es simple ó está complicada de ulceracion. Esta segunda constituye una enfermedad distinta, que describiremos con el nombre de *ozena* ó *coriza ulcerosa*.

*Anatomía patológica.*—Solo en los niños muy tiernos han podido examinarse las alteraciones que produce la coriza en la membrana pituitaria. En el *estado agudo* se la ha encontrado mas ó menos roja, inyectada, negruzca, tumefacta, engruesada por chapas y friable. Algunos autores, especialmente Billard, la han visto tapizada por concreciones pseudo-membranosas.

En la coriza crónica la mucosa pituitaria está mas densa, desigual, rugosa ó mamelonada en su superficie, y de tal modo engrosada, que el conducto nasal puede hallarse obstruido y hasta obliterado. Generalmente es friable de un blanco opaco ó negruzco, y sobre todo de color de pizarra.

*Síntomas.*—La coriza produce al principio una sensacion de sequedad incómoda en las fosas nasales, acompañada de una comezon y un prurito que provocan estornudos frecuentes. Por las aberturas nasales fluye en mas ó menos abundancia un moco trasparente, seroso y de un sabor salado, que suele enro-

jecer y escoriar el borde inferior de la nariz y tambien el labio superior; el olfato está disminuido ó abolido. En este período suelen presentarse otros síntomas dependientes de la estension de la flegmasia. Si esta se propaga á los senos frontales, se quejan los enfermos de una cefalalgia frontal gravativa, que se aumenta con los movimientos y las sacudidas del cuerpo, y que á veces es tan incómoda, que hace imposible todo trabajo intelectual. Es mas raro que la inflamacion se estienda á las vias lagrimales, en cuyo caso se inyecta la conjuntiva, se hace muy sensible la impresion de la luz y sobreviene el lagrimeo. Por último, cuando se inflama la mucosa del seno maxilar, se queja el enfermo de un dolor bastante vivo en la mejilla correspondiente, que algunas veces parece hallarse algo hinchada; se esperimenta una sensacion de tension en la mandíbula, y suelen estar doloridos los dientes que se implantan en ella.

Aunque la coriza no determina en general mas que accidentes locales, va sin embargo acompañada en ciertos casos de malestar, de inapetencia y de un ligero movimiento febril precedido ó acompañado de escalofrios irregulares. Pero al cabo de dos ó tres dias los síntomas se alivian, disminuye la tension y el dolor, cesa la calentura, si es que existia, y el flujo adquiere mas consistencia, se pone blanco, despues amarillo verdoso ú opaco, exhala un olor empalagoso, espermático, se desprende difícilmente, se seca con rapidez y forma de este modo algunas costras que, obstruyendo las fosas nasales, se oponen al paso del aire y dan á la voz un timbre nasal, que muchas veces existe ya desde el principio, y que es debido á la hinchazon de la membrana mucosa. Esta obstruccion de las fosas nasales es mucho mas completa en los recien nacidos á causa de la estrechez natural de estas cavidades, de lo cual resultan accidentes mas ó menos graves, que han sido perfectamente descritos por Billard en su obra, y antes de él por M. Rayer (1). El niño se ve obligado á dormir con la boca abierta; su respiracion es ruidosa, sibilante y difícil, y su fisonomía, su agitacion y sus gritos espresan el dolor y la mucha incomodidad que esperimenta. Si entonces se le da el pecho, se aumentan la sofocacion y ansiedad; sobrevienen amagos de asfixia porque el aire no puede penetrar, ni por las fosas nasales, obstruidas por la hinchazon de la mucosa y los productos segregados, ni por la boca que está llena con el pezon y la leche que fluye de él; y agitado asi el niño continuamente por el hambre y la imposibilidad de satisfacerla, llegaria bien pronto á aniquilarse, y moriria antes de caer en un marasmo muy graduado, si no se buscasen medios á propósito para alimentarle de otro modo. Aquí nos limitaremos á recordar al lector una forma de coriza aguda, de la cual hemos hablado ya, que es siempre consecutiva á la estomatitis y la angina difterítica y que está caracterizada por un flujo sero-sanguinolento fétido, y por la espulsion de falsas membranas parduscas. Tampoco hablaremos de la coriza ulcerosa que se observa en el muermo, porque trataremos detalladamente de ella, al describir esta afeccion.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la coriza es muy rápido, pues rara vez pasa de un septenario; es las mas veces regular, aunque en otras sin embargo suele tener exacerbaciones. Por último, se la ha observado con el tipo periódico, y ceder al uso de la quina. La inflamacion puede ocupar ambas fosas nasales, pero casi nunca es igual su intensidad; al principio está casi siempre

(1) *Coryza des enfants á la mamelle.* París, 1820.

limitada á una de las cavidades, y despues se estiende á la otra, cuando el mal empieza ya á declinar en la primera. La coriza termina en el mayor número de casos por resolucion, y rara vez pasa al estado crónico. Su terminacion es siempre favorable en los adultos, pues solamente en los niños se la ha visto ocasionar la muerte.

Cuando la coriza es crónica, ya sea primitiva ó consecutiva del estado agudo, no escita por lo comun ningun dolor, sino únicamente una sensacion incómoda en la nariz y pesadez en la raiz de este órgano. La secrecion de la membrana mucosa se halla aumentada, y fluye por las narices un moco casi siempre espeso, opaco, pardusco, amarillo ó verde, inodoro ó de un olor empalagoso y á veces de una fetidez insoportable, aunque no haya ulceraciones en la pituitaria. M. Cazenave, de Burdeos, dice que los individuos afectados de coriza crónica nunca tienen clara la voz, y que suelen fatigarse pronto cuando hablan ó cantan. Esta forma del mal jamás va acompañada de accidentes generales: su curso es lento y regular, observándose muchas veces exacerbaciones que pueden prolongarse uno ó dos septenarios. Su duracion es indeterminada: puede persistir toda la vida sin que altere notablemente la salud general, y producir, andando el tiempo, una supuracion en el grueso del tabique; este efecto, sin embargo, es bastante raro, y por lo regular, resulta de una contusion de la nariz.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la coriza aguda no ofrece dificultad alguna. Conviene saber solamente que esta afeccion no siempre es idiopática, pues depende muchas veces de un estado general, como sucede, por ejemplo, en el sarampion. La coriza de los recien nacidos está caracterizada por la sofocacion que produce la accion de mamar. Este accidente podria sin embargo ser producido por un vicio de conformacion de la boca, de la lengua, de las fosás nasales ó del pezon; pero en tales casos se tomarán desde luego en consideracion los resultados que nos ofrece la inspeccion directa de las partes. En efecto, en la coriza se advertirá una ligera hinchazon de la nariz y un color lustroso en la piel, con rubicundez y tumefaccion de la mucosa. Los niños respiran únicamente por la boca, que permanece entreabierta, y la deglucion de los líquidos se lleva á efecto, con tal que se les den á cucharadas. Observaráse, ademas, que si las alteraciones que se manifiestan, consisten en un vicio de conformacion, la imposibilidad de lactar procede desde el nacimiento, mientras que si dependen de una coriza, los niños maman libremente antes de caer enfermos.

La coriza crónica podria confundirse con los pólipos mucosos; pero cuando estos existen, no sigue el romadizo el mismo curso que en la rinitis, pues se aumenta en los tiempos húmedos, no produce apenas flujo, ó es absolutamente nulo, y examinando las fosas nasales llegaremos bien pronto á conocer la presencia de los cuerpos estraños. Un abceso del tabique tampoco puede inducirnos á error, á causa de la hinchazon, del dolor tensivo de que los enfermos se quejan, y de la posibilidad que hay de conocer la fluctuacion. No es necesario prevenir en este punto al lector, sino que no mire como perteneciente á la coriza crónica el impétigo de las narices, caracterizado por la erupcion en el orificio de estas de unas pustulillas que no tardan en ser reemplazadas por costras.

Las cualidades de las materias segregadas suelen revelar el estado anatómico de la membrana de Schneider. Asi, cuando las mucosidades son puriformes y fétidas, debemos temer que existe alguna ulceracion en la nariz.

*Pronóstico.*—La coriza es solo grave en los niños recien nacidos, ó de pecho.

*Etiologia.*—La membrana pituitaria es de todas las mucosas la que se inflama con mas frecuencia. Aunque la coriza sea una enfermedad propia de todas las edades, parece que reina especialmente en la infancia y la juventud. Suele presentarse de un modo epidémico en las variaciones bruscas de temperatura ó al principiar los frios rigurosos. La coriza crónica se ha considerado como propia especialmente de los niños linfáticos, y muchas veces es consecutiva á la habitacion en lugares húmedos, á la supresion del sudor de los piés, al hábito de tener la cabeza descubierta, al uso del tabaco, etc. Una idea bastante generalizada en Alemania, es que la coriza es contagiosa; pero esta opinion no tiene el menor fundamento.

*Tratamiento.*—La coriza aguda no exige nunca ningun tratamiento activo, á lo menos en el adulto. Sin embargo, cuando es viva la cefalalgia, conviene tomar pediluvios y maniluvios irritantes, evitar la accion del frio y guardar un régimen suave. Si el líquido que fluye irrita la nariz ó los labios, deberán untarse estas partes con aceite de almendras dulces, ó con la pomada de cohombro, introduciéndola profundamente en la nariz. El tratamiento preconizado por el doctor Williams, que consiste en la completa abstinencia de bebidas durante treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, no puede adoptarse, pues ¿quién querrá condenar sus enfermos á un verdadero suplicio para curar una afeccion tan leve? Las fumigaciones emolientes aconsejadas por muchos médicos, las creemos, de acuerdo con M. Chomel, casi siempre perjudiciales, pues exasperan comunmente la cefalalgia y hacen mas difícil la respiracion, aumentando la hinchazon de la membrana mucosa. Sin embargo, las fumigaciones emolientes podrian ser útiles cuando la sequedad de las narices fuera tan grande que incomodase á los enfermos. Si la coriza afecta á un recien nacido, y es bastante intensa para obstruir casi completamente las narices, conviene suspender la lactancia natural que entonces se hace imposible, dándole la leche con una cucharilla de café, pues como no necesita cerrar exactamente la boca para tomarla de este modo, puede introducirse todavía una cantidad de aire suficiente para que se verifique la hematosis. Al mismo tiempo pueden emplearse algunos revulsivos en las estremidades, y en el tubo intestinal, como algunas cataplasmas calientes ó un purgante minorativo, por último, los niños deben estar colocados en una temperatura suave.

En estos últimos tiempos, M. Jessier ha propuesto aplicar á la coriza el tratamiento abortivo, que tan buenos resultados suele producir contra las flegmasias de otras muchas membranas mucosas. Aconseja introducir un pequeño lechino de hilas en las narices, empapado en una solucion de cinco ó seis granos de nitrato de plata para una onza de agua destilada, y pasarlo alternativamente por espacio de seis ú ocho segundos sobre la parte anterior é inferior de estas cavidades. Algunas veces es preciso renovar la aplicacion muchos dias consecutivos; no obstante, una sola ha bastado en ciertos casos, para curar una coriza en diez ó doce horas. Dudo, sin embargo, que este método produzca generalmente un buen resultado, á causa de la dificultad de recorrer con el espresado cáustic otoda la superficie enferma.

En la coriza crónica se empieza removiendo las causas que la han producido ó la sostienen. Deben administrarse las bebidas sudoríficas y algunos laxantes; prescribirse las fumigaciones á las fosas nasales, primero emolientes y despues

aromáticas, y cuando estos medios no basten, conviene aplicar un vejigatorio á la nuca, ó bien establecer una derivacion en un órgano inmediato, como la boca, á beneficio de masticatorios mas ó menos eficaces, por ejemplo, el tabaco. Por último, se ha elogiado mucho en estos últimos tiempos la medicacion tópica, aplicada al órgano enfermo, y se han preconizado especialmente las preparaciones mercuriales y las cauterizaciones con el nitrato de plata: de esto hablaremos en el artículo siguiente.

## *De la ozena.*

SINONIMIA.—Coriza ulcerosa, rinitis ulcerosa, hedor de las narices, etc.

Damos el nombre de *ozena* ó de *coriza ulcerosa* á una forma de rinitis caracterizada anatómicamente por las ulceraciones de las fosas nasales. Algunos autores indican la fetidez de las narices como constituyendo el carácter distintivo de la enfermedad; pero este accidente es comun á muchas afecciones diferentes de las fosas nasales, como la coriza simple y ulcerosa, los vicios de conformacion, etc., y no puede por lo tanto considerarse como un signo patognomónico; aunque es sin embargo de bastante interés para que deban dividirse en la descripcion, las ulceraciones de las fosas nasales en *fétidas* y *no fétidas*.

*Caracteres anatómicos.*—Cuando se examinan las fosas nasales en la coriza ulcerosa, se encuentra la membrana mucosa gruesa, hinchada, mamelonada, friable, despegada por un pus fétido y destruida en varios puntos. Las úlceras son muy variables con relacion á su asiento, número, estension y aspecto. Unas son pequeñas, interesan solo la membrana mucosa, y ocupan comunmente, segun Boyer, la parte anterior del tabique, en el punto donde se reunen las porciones cartilaginosa y ósea; otras se encuentran por lo general en la raiz de la nariz sobre la mucosa que tapiza los huesos propios y el vómer. A veces son pequeñas y muy numerosas, aunque es mas frecuente que solo haya una, ó á lo sumo dos ó tres, que son entonces muy anchas. Algunas veces son superficiales, pero otras tan profundas que penetran hasta el hueso, el cual á este nivel se halla cariado, reblandecido ó necrosado. Los bordes de estas soluciones de continuidad suelen ser muy irregulares; un moco puriforme y sanguinolento y algunas costras oscuras ó negruzcas, obstruyen las fosas nasales, que casi siempre exhalan un olor fétido. Finalmente, pueden encontrarse mayores desórdenes, como la destruccion de los huesos propios de la nariz, del tabique, del vómer, y de la misma nariz, en parte ó en totalidad.

*Síntomas.*—La coriza ulcerosa sucede algunas veces á la aguda, ó bien es oscura su invasion, sin que se diferencie en nada por sus síntomas y su curso de la coriza crónica, que hemos estudiado anteriormente. El enfermo se halla en efecto habitualmente romadizado, espele un moco abundante, espeso, amarillento, verdoso y purulento, siente incomodidad en las fosas nasales que rara vez están doloridas. Estas se hallan obliteradas por costras adherentes, que la mayor parte de los enfermos arrancan con sus dedos, por lo que sobreviene á veces un pequeño flujo sanguíneo; entonces suele aumentarse la inflamacion, y el arrancamiento repetido con frecuencia, puede llegar á hacer la curacion difícil ó imposible. En una forma mas grave de la enfermedad, el líquido que fluye es icoroso y fétido, y el aire que atraviesa las fosas nasales durante la espiracion se halla

impregnado de ese olor penetrante é insoportable que se ha comparado al del sudor de los piés, al de las maceraciones anatómicas ó al de una chinche aplastada, de donde viene el nombre de *punaisie*, que se da en Francia á esta enfermedad, y el de *punais* con que se acostumbra designar á los que la padecen. Cuando la ulceracion se propaga á los huesos ó cartílagos de la nariz, se hincha y desfigura este órgano, adquiere un color rojo violado, y comprimiendo con los dedos á este nivel suele encontrarse pastosidad, edema y una especie de crepitacion, debida á la alteracion que han esperimentado los huesos propios, que al fin llegan á desprenderse y salen, ya por las fosas nasales, ya por una ulceracion de los tegumentos. La nariz se deprime entonces en su base y se eleva en su punta, lo cual imprime al rostro un aspecto chabacano y horrible.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la ozena es siempre crónico, aunque pueden sobrevenir de vez en cuando algunas exacerbaciones que le dan momentáneamente la apariencia de una enfermedad aguda. Esta afeccion no tiene tendencia á curarse espontáneamente, casi siempre es larga é indeterminada, y suele hacer la vida incómoda é insoportable, pero no la abrevia de un modo sensible, pues cuando sobreviene la muerte, es siempre efecto de alguna complicacion.

*Diagnóstico.*—Cuando no hay mas que romadizo y un flujo amarillo, verdoso ó purulento, es imposible decir si la coriza es simple ó ulcerosa. La fetidez que despiden las narices tampoco puede considerarse como un carácter distintivo, pues ya hemos visto que se observa en las dos formas de la enfermedad, y hasta en los individuos que tienen aplanada la base de la nariz, las fosas nasales estrechas y viciosamente conformadas. Solo inspeccionando las partes, como lo hace J. J. Cazenave, es como puede averiguarse la verdadera naturaleza del mal, si es posible maniobrar como lo indica el médico de Burdeos. Como quiera que sea, el doctor Cazenave procede al exámen colocando al enfermo frente de una ventana que tenga mucha luz y haciéndole que incline hácia atrás la cabeza para que los rayos luminosos penetren todo lo posible en las fosas nasales. Si hay costras, hace lociones ó fumigaciones emolientes para desprenderlas sin esfuerzos. Cuando esta esploracion no produce el resultado que desea, toma M. Cazenave un estilete obtuso, flexible y encorvado en su estremidad á manera de gancho; lo introduce en las fosas nasales á la posible profundidad, y reconoce con él, llevándolo de atrás adelante y comunicándole ligeros movimientos de rotacion, toda la superficie de la membrana pituitaria. Si esta no se halla ulcerada, se desliza fácilmente la estremidad obtusa del estilete sin encontrar desigualdades; pero si, por el contrario, la membrana presenta soluciones de continuidad, la estremidad del estilete se detiene en los bordes de la ulceracion. Esta esploracion debe hacerse especialmente en la parte del tabique próximo á la raiz del órgano nasal, pues este es como ya he dicho el sitio predilecto de las ulceraciones. Pero nos parece muy dudoso que por semejante medio pueda llegarse á un resultado útil, y no tenemos, por lo demás, noticia alguna de que hasta el dia se hayan comprobado en algun enfermo los asertos del médico de Burdeos. Tambien puede distinguirse por la esploracion la coriza ulcerosa de un pólipo, de una inflamacion flegmonosa ó de los abcesos del tabique, como ya hemos dicho mas arriba. Nada diré de la coriza que acompaña al muermo y á las escrófulas crónicas, porque es sín-

toma de una afeccion general, que, como veremos despues, tiene caracteres especiales.

Por último, diagnosticada la ozena, es preciso reconocer su naturaleza. Siempre que el dolor sea moderado, no se halle alterado el moco nasal, ni el aire espirado exhale un olor fétido, es probable que solo haya una ulceracion simple, cuya curacion es fácil. Pero si es fétido el olor, y el flujo nasal icoroso y purulento, debe considerarse la úlcera como de mayor gravedad, y averiguarse si es sintómatica de un estado constitucional, como las sífilis ó las escrófulas, valiéndose para resolver este problema, del estudio de los signos conmemorativos y de los síntomas concomitantes.

*Pronóstico.*—Si la coriza ulcerosa no compromete la existencia, constituye á lo menos una afeccion incómoda y repugnante, que puede ocasionar á la larga una deformidad, y hasta una mutilacion.

*Etiología.*—La ozena es rara antes de los diez años; suele observarse especialmente en la juventud y en la edad adulta: se ignora cuál sea la influencia del sexo, y algunas veces parece ser hereditaria. Una constitucion débil y escrofulosa tal vez predispone á ella, y no se sabe con precision si los que están sujetos á padecer corizas agudas se hallan mas espuestos á contraer la ozena que los demás. En cuanto á las causas ocasionales, no llegamos á conocerlas en el mayor número de casos, es sin embargo indudable que la coriza ulcerosa ha sucedido muchas veces á la estirpacion ó abulsion de un pólipo; otras parece ser un accidente de las escrófulas, y mas á menudo, en fin, es producida por la sífilis constitucional, siendo en tal caso cuando suele observarse la destruccion de los huesos y cartílagos nasales.

*Tratamiento.*—Muchos son los agentes terapéuticos que se han aconsejado para combatir la ozena. Cuando hay accidentes agudos es preciso destruirlos por medio de los antiflogísticos y revulsivos, las lociones, inyecciones y fumigaciones emolientes; con cuyo último medio se procurará la caida y salida de las costras, que, obstruyendo las fosas nasales, constituyen una causa permanente de irritacion; pero nunca deben arrancarlas los enfermos. Mas tarde se recurre á las inyecciones detersivas hechas con el cloruro de calcio ó de sodio (40 granos en 7 ú 8 onzas de agua de cebada) con un cocimiento de rosas rojas, ó una solucion de acetato de plomo. Tambien puede hacerse con este, con el minio ó el abayalde, una pomada ó cerato que debe introducirse en las fosas nasales por medio de un pincel ó de una sonda. Há cerca de un siglo que se han empleado los mercuriales en diferentes épocas para combatir la ozena no sifilítica. Trousseau los ha puesto en práctica en estos últimos tiempos, y aconseja á los enfermos que padecen corizas crónicas, simples ó ulcerosas, que apliquen á las narices siete ú ocho veces al dia un poquito de unos polvos hechos con una mezcla de protocloruro de mercurio (1 escrúpulo), de óxido rojo (12 granos), y azúcar cande ($^1/_2$ onza). Tambien hace uso este autor de una inyeccion de sublimado, disolviendo, por ejemplo, 2 dracmas de sublimado en una libra de agua, de cuya disolucion se toma de media á dos cucharaditas de las de café, que se echan en un vaso de agua, para hacer con este líquido las inyecciones. Los tópicos que acabamos de referir se hallan sobre todo indicados cuando la ozena es de naturaleza venérea; pero entonces es preciso ademas someter á los enfermos á un tratamiento mercurial apropiado asociándole el uso de los sudoríficos. La cons-

titucion escrofulosa reclama los tónicos y los ferruginosos, y finalmente en los casos rebeldes deben modificarse las superficies por medio de la cauterizacion. Para practicarla introduce J. J. Cazenave, que es especialmente el que ha preconizado este medio, un porta-piedra para poner esta en contacto con la ulceracion, y si no puede descubrirla, recorre con el cáustico cuanto le es posible lo interior de las fosas nasales. Si este medio no basta, propone el mismo autor introducir un pincel impregnado en una solucion de nitrato de plata (20 á 40 granos para 1 onza de agua), ó inyectar esta misma solucion por medio de una geringuilla encorvada, colocando á los enfermos en una posicion tal que el líquido penetre lo menos posible en la faringe. Cuando son inútiles todos estos medios, debe aconsejarse el uso de algunos paliativos, neutralizando asi el olor fétido que despiden los enfermos, para lo cual pueden emplear á sorbetones muchas veces al dia, el agua tibia clorurada, ó la pura, aromatizada con la menta, la salvia, la melisa, etc. Pero las inyecciones acuosas son el medio mas eficaz. En efecto, resulta de una comunicacion hecha á la Academia de Medicina en su sesion de 10 de enero de 1854, que M. Maisonneuve, á fin de neutralizar el pestilente olor de chinches, propio de esta enfermedad, aconseja practicar inyecciones copiosas por medio de una geringa de cierto tamaño, cuyo émbolo se empuja con fuerza. Este es el único medio, en concepto de M. Maisonneuve, de espulsar de las cavidades anfractuosas en que están estancados, los líquidos que al corromperse inficionan el aire que los atraviesa. El espresado médico se ha cerciorado por medio de numerosas esperiencias, de que el agua inyectada como él recomienda, lejos de penetrar en la garganta, segun se cree, vuelve por la ventana opuesta de la nariz, porque el velo del paladar forma al levantarse, una especie de canal que dirige el líquido hácia dicho lado. M. Maisonneuve dice, que á beneficio de este tratamiento se corrige al instante el olor de chinche, y que modificándose en breve de un modo duradero las condiciones de la mucosa, se consigue una curacion definitiva.

### *De la otitis.*

Con el nombre de *otitis* se comprenden todas las inflamaciones del interior del oido. Atendido su asiento, se divide la otitis en *esterna é interna*. En el primer caso la flegmasía está limitada al conducto auditivo esterno sin pasar mas allá de la membrana del tímpano; en el segundo, ocupa una ó muchas de las partes que constituyen el oido interno. En atencion á su curso se denomina *aguda* ó *crónica*.

*Caracteres anatómicos.*—En la otitis aguda esterna, la piel fina que tapiza el conducto auditivo está inyectada, rubicunda y á veces bastante hinchada para obliterarle completamente, presentando entonces el aspecto de una membrana mucosa. Pueden verse en su superficie vesículas, pústulas, pequeños abcesos y ulceraciones; algunas veces está desprendida por el pus, en cuyo caso es bastante comun encontrar reblandecidos y perforados los cartílagos subyacentes, mientras que los huesos están casi siempre sanos: la membrana del tímpano suele encontrarse muchas veces perforada ó destruida. En la otitis interna, las diferentes partes que constituyen el oido interno, sobre todo la cavidad del tímpano, las células mastoideas y la trompa de Eustaquio, se hallan tapizadas por una mucosa rubicunda, tumefacta, reblandecida y ulcerada;

estas cavidades y los conductos semicirculares están á veces llenos de una materia saniosa y purulenta, y hasta los huesos llegan muy pronto á alterarse. Estas lesiones son mucho mas graves y profundas en la otitis crónica, designada generalmente con el nombre de *otorrea purulenta*. En ella, efectivamente, hay vegetaciones fungosas en el conducto auditivo interno, la membrana del tímpano está completamente destruida, y los huesecillos del oido desprendidos y libres, ó bien no ha quedado vestigio alguno de ellos, por haber sido espelidos por la supuracion durante la vida. Los huesos se encuentran cariados en uno ó muchos puntos, especialmente la apófisis mastoides y el peñasco, en la porcion inmediata á los conductos semicirculares; estas alteraciones son mucho mas raras en el conducto auditivo interno: cuando el peñasco se halla de este modo necrosado y cariado en todo su espesor, suelen observarse algunas lesiones graves en el cerebro y sus membranas. La dura-mater está negruzca y separada de los huesos y la porcion correspondiente del cerebro se halla reblandecida, como ya lo hemos dicho, ó presenta un vasto abceso, las mas veces enquistado, cuya cavidad suele comunicar en algunos casos con el interior del oido por medio de muchas aberturas ó senos del peñasco. Semejantes alteraciones no tienen siempre, sin embargo, esta estension y gravedad. Muchas veces, en efecto, la inflamacion crónica del oido medio está caracterizada por un grosor ó una infartacion de la mucosa, con acumulacion de diferentes concreciones en su superficie. Pero una de las alteraciones mas frecuentes, segun dice el doctor Toynbée, es la formacion de bridas membranosas en las diferentes partes de la cavidad del tímpano, y que á veces son tan numerosas, si hemos de atenernos á lo que nos refiere, que llenan dicha cavidad casi completamente. Estas adherencias son muy pronunciadas especialmente entre las ramificaciones del estribo y las paredes contiguas de la cavidad del tímpano. De esto debe resultar, como es fácil comprender, una alteracion mas ó menos profunda en las funciones del órgano auditivo. (Tomo VIII de las *Transact. méd. chirurg. de Londres*, año 1845).

*Síntomas y curso de la otitis aguda.*—1.° *Otitis esterna.*—En su forma mas ligera, es decir, en la inflamacion erisipelatosa del conducto auditivo, cuando la rubicundez no se presenta acompañada de ninguna hinchazon, los enfermos se quejan de un ligero calor y sobre todo de un prurito incómodo en el oido, y poco despues esperimentan algunos latidos punzantes y dolores de cabeza; sienten zumbidos, despues sordera, y el orificio auditivo se muestra enrojecido. En esta afeccion se forman ligeras escamas, y el cerúmen, mas consistente, se vuelve algunas veces oscuro y hasta negro, y su secrecion suele aumentar. Generalmente, á consecuencia de esta ligera inflamacion se forman en el fondo del conducto auditivo una especie de tapones duros como un pedazo de arcilla, que irritan é inflaman la porcion del conducto con que están en contacto, y algunas veces la misma membrana del tímpano; de todo lo cual resulta un flujo purulento, y en ciertos casos una completa sordera.

Estas concreciones auriculares suelen presentar el aspecto de los cálculos biliarios, y no están constituidos únicamente por el cerúmen y los restos epidérmicos, sino que, como lo hace notar M. Ménière, se encuentra ademas en ellos gran cantidad de pelos rígidos y cortos, que pueden proceder en parte del trago y de los bulbos pilíferos que recubren el orificio del conducto esterno; el espre-

sado médico cree tambien que la inflamacion de la piel del conducto auditivo puede ocasionar el desarrollo de estas vellosidades.

En una forma mas intensa de la otitis, el conducto auditivo es el asiento de un calor urente, suele haber latidos dolorosos, está mas ó menos contraido, y en el meato se ven vesículas y pústulas de pequeño volúmen, ó una especie de vegetaciones fungosas ó carnosas; la piel roja y árida segrega poco despues un líquido seroso ó mucoso-purulento. Esta especie de otitis, en la que el tejido glandular está quizá mas especialmente afectado, ha recibido el nombre de *catarral*, y suele existir años enteros sin estenderse, segun dice Kramer, mas allá de la tumefaccion cutánea, sin llegar á los huesos y sin ocasionar la perforacion de la membrana del tímpano, que sin embargo, se presenta rubicunda; pero ocurre, no obstante algunas veces, que bajo la influencia de un enfriamiento cualquiera, la flegmasia se propaga al oido interno y hasta al mismo cerebro. En algunas personas el flujo puede cesar por completo, hasta el punto de hacernos creer que la curacion es radical; pero segun dice Kramer, si en estos casos se examina el fondo del conducto auditivo por medio del speculum, se ve que las partes interiores están siempre alteradas y que el flúido segregado es mas espeso, y que se acumula y condensa profundamente.

En una tercera forma de otitis, la inflamacion degenera en flegmonosa, es decir, que llega al tejido celular. En este caso los enfermos esperimentan dolores vivos y lancinantes, que les hacen prorumpir en gritos; la masticacion, los movimientos y la impresion del calor y el frio los exasperan; el oido del lado correspondiente está disminuido ó se ha perdido, y los pacientes se quejan de zumbidos y silbidos á consecuencia de la hinchazon de la membrana que obstruye ú oblitera el conducto. Al mismo tiempo notan una sensacion de malestar, y algunas veces una intensa calentura acompañada de cefalalgia y hemicránea. Si el dolor de la oreja es muy vivo, y el paciente de temperamento nervioso, puede sobrevenir el delirio. No obstante, hácia el tercero ó cuarto dia estos síntomas disminuyen de intensidad, y este alivio, coincide casi siempre con el flujo de un pus inodoro é fétido, que se verifica por el conducto auditivo, y que por lo regular se detiene al cabo de algunos dias. En ciertos casos continúa la supuracion; pero cuando esto ocurre, el conducto esterior está de tal manera contraido, que el pus no puede salir por él; de aquí resulta que acumulándose este líquido en el trayecto auditivo, comprime la membrana del tímpano, y llega á ser causa de dolores por lo regular muy agudos.

2.° *Inflamacion aguda de la membrana del tímpano.*—Esta enfermedad, segun dice Kramer, verifica su invasion de una manera repentina, ocasionando un dolor mas ó menos vivo, ocupando el fondo del conducto esterior, estendiéndose á la estremidad de la faringe y al cuello, y acompañándose en la mayor parte de los casos, de zumbidos y ruidos de diferente género. La membrana del tímpano, descubierta por medio del speculum, está encendida á trechos; pero cuando la enfermedad es mas aguda, toda la membrana está interesada, presentándose de un color rojo subido, y erizada de muchas prominencias glandulares. Su depresion está borrada, y no se distingue ya la insercion del mango del martillo. Los pacientes se quejan al mismo tiempo de dolores agudísimos; tienen débil el oido, sienten calentura, y la secrecion del cerúmen está suspendida. Si la enfermedad no ha sido convenientemente tratada, ó si se la ha abandonado á

sí misma, se efectúa por el oido un flujo purulento y estriado de sangre. La sordera hace progresos, y si se examina de nuevo el estado de la membrana, se la encuentra perforada por muchos agujeros, que pueden no ser mas anchos que los que produciria la picadura de alfiler, pero que algunas veces tienen el diámetro de un guisante. Finalmente, en casos aun mas graves, las dos terceras partes del tímpano están destruidas, y los restos de la membrana aparecen cubiertos de escrecencias ó vegetaciones. Si la enfermedad es hábilmente tratada, cesa la calentura, se calman los dolores y desaparecen los zumbidos; pero la sordera aumenta en razon de la hinchazon que esperimenta el tímpano, á consecuencia de una infiltracion serosa que se establece entre las hojillas membranosas que le componen, pudiendo llegar hasta sufrir la trasformacion cartilaginosa ú ósea, y haciéndose entonces completamente insensible al contacto de los instrumentos.

3.° *Inflamacion catarral del oido medio.*—Esta enfermedad, ora no interese sino un oido, ora afecte los dos, no se presenta generalmente acompañada de dolor alguno, pero los enfermos sienten de un modo atormentador, los unos, comezones, los otros chasquidos, y en todos los casos esperimentan zumbidos y sordera. El cateterismo de la trompa de Eustaquio y la insuflacion del aire, son, segun dice Kramer, los dos medios indispensables para llegar á un diagnóstico seguro. El mismo autor añade, que no se puede, en efecto, abrigar la menor duda acerca de la existencia de una infartacion mucosa de la caja, cuando el aire espelido por la trompa llega á ella, y resuena detrás del tímpano con un ruido de fuerte ronquido húmedo. Este diagnóstico es mucho mas positivo cuando, á consecuencia de estos fenómenos, el enfermo advierte que oye mejor. En estos casos de infartacion catarral, M. Ménière ha observado como un fenómeno constante y en cierto modo patognomónico, una coloracion anormal de la membrana del tímpano, que desde el color rojo oscuro que presenta al principio, pasa en breve á otro plomizo y aun apizarrado.

El infarto del oido medio es una enfermedad de larga duracion; suele asociarse con una constitucion escrofulosa, y por lo regular sucede á una afeccion catarral de la garganta y á la impresion del frío húmedo.

4.° *Inflamacion del oido interno.*—Bajo el nombre de *otitis interna*, comprendemos generalmente la inflamacion del tejido celular y del periosto de la caja. En este caso, los accidentes son mucho mas graves que en los anteriores. El dolor de oido es efectivamente atroz é intolerable; hay calentura, náuseas, vómitos, cefalalgia viva, agitacion, insomnio y algunas veces convulsiones, delirio ó coma. Estos fenómenos suelen ser únicamente un efecto simpático; pero algunas veces indican tambien una complicacion inflamatoria de las meninges ó del cerebro. Por lo regular, en los casos de que hablamos, la deglucion y especialmente la mastificacion, son difíciles y dolorosas.

Esta enfermedad termina rápidamente por supuracion. Cuando el pus está acumulado en la caja del tímpano, se puede, mediante la auscultacion del oido, percibir muchas veces, durante los violentos esfuerzos de la supuracion, y cuando el aire de la trompa atraviesa el líquido, una especie de ronquido subcrepitante ó mucoso, y tambien un verdadero murmullo como el formado por un chorro de agua (Ménière). No obstante, el pus, despues de haber permanecido mas ó menos tiempo encerrado en el oido, concluye por abrirse paso al

esterior, y suele escaparse de repente y como á borbotones por el conducto auditivo esterno, despues de haber perforado la membrana del tímpano; otras veces, aunque este caso es mas raro, fluye por la trompa de Eustiaquio; los enfermos espelen entonces en forma de esputos, una materia purulenta, lo cual mantiene en su boca un sabor y olor desagradables. En fin, la apófisis mastoidea puede cariarse y perforarse, y el pus fluye entonces por esta via, despues de haber formado un abceso esterior. La supuracion tiene mas tendencia á perforar el tímpano y salir por el conducto auditivo esterno, que por la trompa, porque, segun la observacion de Itard, en las enfermedades del oido medio, la trompa participa de la afeccion, á lo menos nueve veces en diez casos. Debemos consignar tambien que cuando el pus se abre paso al través de la apófisis mastoidea, sucede algunas veces, como lo ha advertido J. L. Petit, que el abceso desaparece en el momento en que se trataba de abrirlo, pero reaparece con la misma facilidad, y esto casi á voluntad, haciendo que el enfermo sople con fuerza, mientras la boca y la nariz se mantienen cerradas. Como quiera que sea, hay en todos los casos alteraciones mas ó menos profundas en el oido; los huesecillos, están casi siempre destruidos; la membrana del tímpano, perforada, se cubre de vegetaciones, y el nervio facial se presenta comprimido ó destruido, lo que produce una hemiplegia facial.

*Duracion y terminaciones.*—La otitis aguda puede durar cinco ó seis dias, y otras veces se prolonga por espacio de un mes; pero si pasa de esta época, se dice que es crónica.

La forma catarral es la que tiene menos tendencia á terminar espontáneamente por la curacion. Cuando la inflamacion no ataca sino el conducto esterno, los enfermos se curan completamente; no obstante, sucede algunas veces que conservan por largo espacio de tiempo un poco de dureza de oido, lo cual depende probablemente de la hinchazon de la membrana timpánica. Pero cuando la otitis ha sido interna, es raro que se libren de la dureza de oido, y aun muchas veces quedan completamente sordos. Algunos sucumben á la violencia de los accidentes cerebrales.

*Síntomas, curso y consecuencias de la otitis crónica.*—La otitis crónica puede suceder al estado agudo, ó ser primitiva. A semejanza de la inflamacion aguda, puede ser *esterna* ó *interna*, esto es, hallarse limitada al conducto auditivo, ó interesar tambien la membrana timpánica. La otitis eritematosa crónica se caracteriza únicamente por el prurito, por una alteracion del cerúmen y por la formacion de concreciones en el fondo del conducto auditivo; esta es la forma de enfermedad que algunos autores han llamado *seca*, porque no se presenta acompañada de ninguna secrecion morbosa. En este caso, el conducto auditivo esterno es de un color rojo encendido y casi no segrega cerúmen, y el oido está mas ó menos alterado.

Si la otitis es catarral ó flegmonosa, se ve, á consecuencia del paso de la enfermedad al estado crónico, que el conducto auditivo está lleno de vegetaciones fungosas, y que la piel que le cubre aparece hinchada y desigual, lo que produce una sordera mas ó menos completa. Muchos de los enfermos de que hablamos, no esperimentan dolor alguno, y su afeccion consiste en un flujo de un pus amarillo ó pardusco, abundante, con zumbidos y dureza de oido. Si al mismo tiempo está afectada la membrana del tímpano, el *speculum auris* hace

ver que está opaca, hinchada y desigual; muchas veces está perforada, sobre todo delante ó debajo de la larga rama del martillo. Cuando existe esta alteracion, se ve que el aire sale zumbando ó silbando por el conducto auditivo esterno, no bien se obliga al enfermo á soplar con fuerza, como en la accion de sonarse; en tales casos es preciso procurar mantener apretada la nariz entre los dedos, á fin de impedir que el aire salga por las ventanas de aquella, y para obligarle á que penetre en el oido por la abertura de la trompa de Eustaquio.

Cuando el oido interno es atacado, la sordera es casi siempre completa y permanente, á causa de los graves desórdenes que en él tienen lugar; la supuracion, entonces mas abundante, es pardusca, saniosa, negruzca, fétida y mezclada con fragmentos de huesos, que en la mayor parte de los casos se advierte que son los huesecillos del oido cariados ó necrosados. Si el peñasco está alterado, se concluye observando diferentes accidentes cerebrales: asi, pues, algunos enfermos tienen una parálisis facial, cuando la lesion ocupa el acueducto de Falopio, y el nervio motor de la cara, que lo atraviesa, se halla comprimido y algunas veces hasta destruido. En el menor número de casos, el gangio de Gasser desaparece á consecuencia de los progresos de la alteracion, y entonces se observa una parálisis de la sensibilidad en la mitad correspondienie de la cara. Si el peñasco está alterado en todo su grosor, los síntomas cerebrales no tardan en presentarse, ya de una manera aguda, si hay encefalitis ó meningitis, ya lentamente, si se forma un abceso enquistado. En ambos casos la secrecion del pus suele disminuir, lo cual se esplica por el trabajo inflamatorio del cerebro, que obra sobre la oido como un medio revulsivo. En estos mismos casos, M. Bruce, de Liverpool, ha visto sobrevenir algunas veces la inflamacion de los senos de la dura-madre: hecho que concebiremos fácilmente si recordamos las relaciones que median entre los senos pétrosos y el ángulo superior del temporal, y si sabemos que los senos laterales situados en un canal profundo de la cara posterior del hueso, solo están separados por un delgado tabique óseo de las celdillas mastoideas y de la cavidad del tímpano.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la otitis esterna no puede ofrecer dificultad alguna: no obstante, vemos con frecuencia que en este punto se cometen groseros errores. Sucede, en efecto, que se considera atacados de sorderas incurables á sugetos que, á consecuencia de una otitis superficial, tienen en el fondo del conducto auditivo una porcion de materia ceruminosa mas ó menos seca, y que mezclada con hojuelas epidérmicas y con pelos cortos y rígidos, forma un tapon que hace duro el oido ó que lo destruye completamente. Para descubrir este cuerpo estraño y el estado anatómico de la membrana del conducto, suele bastar, como dice Kramer, estirar la oreja hácia arriba y hácia atrás, y esponer el orificio del conducto á los rayos solares. Pero es preferible servirse del *speculum auris,* por cuyo medio se descubre fácilmente la causa de la sordera.

La inflamacion de la membrana del tímpano, especialmente en el estado crónico, es casi siempre desconocida, porque pocas veces se examina el órgano enfermo; y no obstante, solo por medio de la aplicacion del speculum puede llegarse al conocimiento de la lesion. Cuando todavía no hay flujo alguno, la violencia del dolor y los accidentes cerebrales que se advierten, podrian hacernos creer que hay una meningitis, Pero en la otitis, el dolor, por general que sea, reside sobre todo en la oreja. La presión ejercida sobre el hueso temporal,

y especialmente sobre la apófisis mastoidea, lo exacerba; mas no sucede lo mismo respecto de los movimientos de la mandíbula. Los zumbidos de oido, la sordera y los resultados de la auscultacion, permiten igualmente establecer el diagnóstico de la enfermedad, pues estos caracteres diferencian tambien la otitis de la *otalgia*, que es una especie de neuralgia de uno de los nervios del oido (nervio acústico, cuerda del tímpano, ramo anastomótico de Jacobron), porque en la otalgia hay un dolor vivo y atroz, que se desarrolla súbitamente y cesa del mismo modo. Cuando el pus se derrama al esterior, no puede ya abrigarse duda alguna acerca de la naturaleza de la enfermedad; no obstante, importa estar prevenido de que la supuracion puede evacuarse por la trompa de Eustaquio. Añadamos ademas que la otalgia es una enfermedad escesivamente rara, tan rara que un hombre de vasta esperiencia, como el doctor Kramer, pone en duda hasta su existencia. Este célebre médico aurista declara, en efecto, que nunca vió dolores agudos en las orejas, que no dependiesen de lesiones inflamatorias muy perceptibles, ya en las paredes del canal, ya en la membrana del tímpano. De esto procede la necesidad que hay en todos los casos de dolores de oreja, y generalmente en todas las alteraciones del oido, de esplorar el órgano por medio del speculum. Importa ademas, respecto del pronóstico, determinar con el mayor esmero la estension de los desórdenes. Para llegar á este conocimiento, basta traer á la memoria lo que hemos dicho mas arriba acerca de los signos que anuncian la perforacion del tímpano y la cáries del peñasco.

*Pronóstico.*—La otitis esterna, cuando es superficial y tiene por efecto producir concreciones ceruminosas, no presenta gravedad; pero no puede decirse lo mismo de las otitis catarral y flegmonosa. Sin embargo, no es raro ver sobrevenir consecutivamente lesiones graves que alteran el oido para siempre. La otitis esterna puede ser molesta tambien, á causa de su estension al tímpano y al oido medio. La otitis esterna que es parcial, la que se reconcentra en el fondo del conducto auditivo, alrededor de la membrana del tímpano, suele ser incurable, porque este está con frecuencia denso, endurecido ó perforado. La otitis interna constituye siempre una afeccion grave, pues ocasiona casi necesariamente una enfermedad incurable, y que suele tener un resultado funesto á consecuencia de la estension de la flegmasia hasta los centros nerviosos.

*Etiología.*—La otitis ataca especialmente á los niños y á los jóvenes. Dícese que los escrofulosos están mas predispuestos á ella; pero los numerosos flujos de oreja que se observan en ellos, no dependen siempre de un trabajo inflamatorio, sino que mas generalmente son efecto de una simple secrecion morbosa, de un catarro, ó de una alteracion de los huesos, semejante á la que se observa en otras muchas partes del cuerpo, y á la que es enteramente agena la inflamacion.

Hay muchas enfermedades en cuyo período de declinacion la otitis se presenta con mucha frecuencia, y son especialmente el sarampion, la viruela, la fiebre tifoidea y la tisis pulmonar. En la mayor parte de los casos la otitis se declara de una manera espontánea, ó bajo la influencia de causas enteramente locales, como por ejemplo, la impresion de una corriente de aire frio, la acumulacion del cerúmen, la introduccion de un cuerpo estraño, y ciertas operaciones cuyo objeto es destruir las vegetaciones y los pólipos. Avicena y Bonnet é Itard, entre los modernos, han creido que un abceso primitivamente desarro-

llado en el cerebro, podia, abriéndose en el oido interno, inflamar este y producir una variedad de otitis á que se ha dado el nombre de *otorrea cerebral*; Morgagni, por el contrario, admitia que el pus del oido se derramaba en el cerebro. Pero otros hechos mas detenidamente observados, especialmente los analizados por M. Lallemand, en su cuarta carta, han demostrado que el abceso cerebral era casi siempre una lesion consecutiva á la inflamacion del oido y la cáries del peñasco. Seria difícil admitir que el abceso cerebral era primitivo, puesto que los enfermos no podian vivir el tiempo suficiente para que el peñasco fuese destruido por la supuracion.

*Tratamiento.*—La otitis erisipelatosa apenas exige otra medicacion que el empleo de algunas inyecciones emolientes. Cuando ha tenido por resultado la formacion de un tapon ceruminoso que oblitera completamente el conducto auditivo, no debe tratarse de arrancar este por medio de las pinzas, porque se ocasionarian vivos dolores y se producirian lesiones en la piel, sino que es preciso inyectar en la oreja, valiéndose al efecto de una cliso-bomba, un chorro de agua bastante fuerte para reblandecer la masa, que en efecto no tarda en desprenderse por sí misma y salir íntegra ó por fragmentos, y de este modo cesa al instante la sordera. Pero como debajo de la concrecion, la membrana del conducto permanece por lo regular roja y sensible, es preciso renovar por espacio de muchos dias las inyecciones emolientes, haciéndolas ligeramente resolutivas, mediante la adicion de una pequeña cantidad de sub-acetato de plomo.

A la otitis mas aguda debemos oponer un tratamiento antiflogístico. Al principio del mal podemos limitarnos, si la flegmasia es de mediana intensidad, á hacer algunas inyecciones emolientes, aplicar sobre el órgano cataplasmas calmantes, y recurrir á los pediluvios irritantes. Pero cuando el dolor es muy vivo, está indicado aplicar con preferencia á todo, cierto número de sanguijuelas sobre la apófisis mastoides y la sien; y si hay mucha calentura, se practicará una sangría en el brazo. Kramer condena en semejantes casos las inyecciones opiadas, preconizadas por algunos. Los medios que dejamos espuestos, á los cuales se asociarán los purgantes, y especialmente los drásticos como tambien los revulsivos sobre la piel de la region mastoidea, son tan útiles en la inflamacion de la membrana del tímpano, como en la otitis interna. En esta convendrá meplear el tratamiento con mucha actividad, y conducirse del mismo modo que respecto de una enfermedad grave que puede causar rápidamente la muerte.

Cuando el pus se halla acumulado en el oido interno, debemos apresurarnos á darle salida para evitar los terribles desórdenes que pueden resultar de su presencia. Para esto se aconseja desobstruir el conducto de Eustaquio y perforar la apófisis mastoidea ó la membrana del tímpano: este medio, es en general, preferible. La perforacion de la apófisis mastoides ha sido casi abandonada, despues de los tres casos desgraciados de Itard; no obstante, M. Dezeimeris, consignando en el periódico *La Esperiencia* de 1838 los principales casos en que esta operacion ha sido practicada, dice que de catorce perforaciones nueve habian producido un resultado feliz. Como quiera que sea, una vez abierto el abceso, debemos favorecer la salida de pus con la posicion y las inyecciones; pero en la otorrea purulenta es poco lo que puede esperarse de estas, pues apenas hacen otra cosa que facilitar la salida del pus. Conviene casi siempre que sean emolientes ó ligeramente detersivas, pues los líquidos irritantes ó astrin-

gentes que se emplean por lo regular demasiado pronto, producen con frecuencia accidentes agudos. Sin embargo, en la otitis catarral, cuando la piel del conducto anditivo está solamente rubicunda, pero sin erosiones, vesículas y fungosidades, Kramer elogia mucho las inyecciones saturninas, desde uno á diez granos de sub-acetato de plomo por cada onza de agua). En cuanto á los aceites, cuyo uso es tan general, es necesario proscribirlos, pues se hacen irritantes cuando se ponen rancios, é impiden la salida del pus luego que se concretan, lo cual es siempre funesto. Para modificar el estado de las superficies supurantes, debe usarse especialmente una medicacion revulsiva, la cual puede consistir para la otitis esterna, en un vejigatorio detrás de la oreja ó á la nuca, pero para la interna es insuficiente este medio, y debe reemplazarse con un sedal. Al mismo tiempo conviene prescribir al interior los medicamentos propios para combatir ciertos estados generales, que pueden por sí solos ocasionar ó sostener la otorrea; tal es por ejemplo la constitucion escrofulosa, á la que se opondrán los medios adecuados. Si están cariados los huesos, se ensayarán igualmente las aguas minerales, alcalinas y sulfurosas al interrior, y al esterior en baños, inyecciones y chorros. Contra la otitis seca, cuando ocupa el conducto auditivo esterno, deben usarse las inyecciones calmantes, mucilaginosas y despues ligeramente alcalinas, y si estos medios no bastasen, conviene modificar el estado de las superficies por medio de la cauterizacion con el nitrato de plata. Por último, en la infartacion crónica del oido medio, recurriremos al cateterismo de la trompa de Eustaquio con insuflacion de aire.

## INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS SECRETORIOS Y ESCRETORIOS DE LA ORINA.

### *De la inflamacion de los riñones.*

Las inflamaciones agudas ó crónicas de los diversos tejidos que componen los riñones, se han distinguido hasta estos últimos tiempos con el nombre de *nefritis* Sin embargo, algunas observaciones de médicos modernos particularmente las de Bright y Christison en Inglaterra, y los importantes trabajos de M. Rayer en Francia, han demostrado que la inflamacion podia ocupar diferentes puntos. Asi, pues, se la ve invadir aisladamente las sustancias cortical y tubulosa, ó bien la membrana de los cálices y de las pelvis, se da á la primera el nombre de *nefritis*, y á la segunda el de *pielitis*. Estas dos especies de inflamacion coexisten muchas veces en el mismo individuo, y una y otra pueden ser aguda y crónica. Algunos autores, sobre todo Rayer, admiten muchas especies de flegmasias renales, con relacion á las causas que las producen ó á las circunstancias en las cuales se desarrollan: asi es que se ha admitido una nefritis *eumatica* y una nefritis *gotosa*; pero la descripcion que de ellas se ha hecho es tan vaga y confusa, que no se distinguen en ella los caracteres de una afeccion diferente; por esta razon prescindiremos de ella. En cuanto á la enfermedad á que el doctor Bright ha dado su nombre, y que algunos autores han considerado como una variedad de la inflamacion renal, remitimos su estudio para mas adelante, porque no podemos considerar esta enfermedad sino como una lesion de nutricion especial en el tejido de los riñones, y en cuya produccion no toma la inflacion parte alguna, como en otro lugar procuraremos demostrarlo.

## *De la nefritis.*

*Caracteres anatómicos.*—En el primer grado de la inflamacion se encuentra aumentado en totalidad ó en parte el volúmen de los riñones, segun que la enfermedad es general ó parcial. En lo esterior del órgano existe una coloracion que varía desde el rojo al moreno subido, uniforme, ó dispuesta por chapas, por arborizaciones finas ó pintitas, en cuyo intervalo se distingue á la simple vista ó con el lente una multitud de puntitos. Estos son muy rubicundos, y alguna vez no forman ningun relieve, dispuestos en líneas, pocas veces aglomerados, que se hacen visibles dividiendo la sustancia cortical, pero que ocupan sobre todo la superficie. Tales cuerpos, segun Rayer, no son otra cosa que las glándulas de Malpigio muy inyectadas. Dividiendo los riñones longitudinalmente y en todo su espesor, se ve que las sustancias tubulosa y cortical son mas consistentes, por lo comun friables, y están alguna vez reblandecidas, presentando una rubicundez mas ó menos subida, á causa de la mucha sangre que contienen, la cual fluye del órgano cuando se corta ó se comprime entre los dedos. Al lado de estas partes inyectadas, ha encontrado Rayer algunas veces otras en que estaba anémica la sustancia de los riñones; pero esta alteracion existe mas comunmente en la nefritis llamada albuminosa. Las lesiones que acabo de enumerar, constituyen el primer grado de la nefritis, pero es muy raro que puedan observarse en el cadáver, porque la inflamacion de los riñones no termina por la muerte hasta una época mas adelantada cuando viene á supuracion. En este caso el pus reside especialmente en la sustancia cortical, y pocas veces está infiltrado, pues casi siempre forma pequeños abcesos únicos ó múltiples, del volúmen de un guisante ó una avellana: reunidos muchos de estos focos, pueden formar una coleccion mas vasta; aunque es raro que esta especie de nefritis llegue á producir abcesos muy considerables. Esas vastas supuraciones que ocupan todo el riñon, dependen mas bien, como lo ha demostrado Rayer, de una inflamacion primitivamente desarrollada en los cálices y en la pelvis (V. *Pielitis*), que de una nefritis simple. Este hábil observador dice tambien que puede encontrarse infiltrada en la sustancia cortical en lugar de pus un depósito de linfa plástica, semejante al que hemos visto en la esplenitis. Casi siempre forma capas agrisadas ó amarillentas, que forman prominencias en la superficie del órgano, y tienen un tamaño que varia desde el de un grano de casis hasta el de una nuez. Esta alteracion es casi constante, segun M. Rayer, en la nefritis que llama *reumática*, que sin embargo nada tiene de característica, puesto que la misma lesion se ha encontrado en algunos sugetos que sucumbieron á la accion de venenos morbosos. En algunos casos tambien se han hallado, especialmente en la sustancia cortical concreciones de ácido úrico acompañadas de congestion del tejido; y á veces se ha considerado esta lesion como á propósito para caracterizar una forma de nefritis que ha recibido el nombre de *gotosa*.

La gangrena de los riñones es una alteracion que apenas se ha observado hasta ahora, y podrá reconocerse por el color lívido ó pardusco de los tejidos, por el reblandecimiento que se observa en ellos, y sobre todo por el olor característico que exhalan.

En la nefritis crónica simple no suelen tener los riñones tanto volúmen; pesan mas y están atrofiados y duros; su superficie, mas ó menos arborizada, azulada, de color de pizarra, y á veces casi pálida y como anémica, se hace notable por varias depresiones, resultado de algunas cicatrices, ó bien por tumorcitos, ora constituidos por la sustancia cortical, que parece haberse hipertrofiado algo en este punto, ora por una especie de materia fibrinosa derramada en el intersticio de los tejidos.

*Síntomas y curso.*—La invasion de la nefritis aguda, segun Rayer, va casi siempre precedida de un escalofrío mas ó menos largo, al que no tarda en suceder un dolor comunmente sordo, continuo y profundo, que á veces se siente únicamente cuando se comprime con fuerza la region renal. Puede existir en un solo riñon ó en ambos á la vez, en cuyo último caso suele predominar en un lado, y se aumenta casi siempre con la presion, y tambien muchas veces al doblar el tronco hácia adelante, con las sacudidas de tos y el decúbito dorsal. En el mayor número de casos está fijo al nivel del órgano enfermo, y suele irradiarse hácia el diafragma, y con mas frecuencia á los uréteres, la vejiga, los testículos ó las ingles, donde se hace muy incómodo. Algunas veces sucede además que el dolor es mucho mas vivo en la vejiga que en los lomos. Aunque los riñones inflamados aumentan casi siempre al mismo tiempo de volúmen, es raro, sin embargo, que lleguen á formar un tumor apreciable por la palpacion abdominal, ni aun por la percusion, la cual puede, sin embargo, circunscribirlo algunas veces con bastante exactitud, con tal que la pared abdominal anterior sea poco espesa y muy flácida, dejándose deprimir lo bastante para llegar hasta el órgano enfermo. La orina en la nefritis está siempre alterada en su cantidad y cualidades; pues es menos abundante, y aun puede suspenderse por un momento cuando están simultáneamente enfermos ambos riñones, ó aunque sea uno solo el inflamado; lo que se esplica por la simpatía que el riñon afectado ejerce sobre su congénere. Examinada en cuanto á sus propiedades físicas y químicas, la orina en la nefritis simple es á veces algo sanguinolenta, lo cual hace que tenga un color subido; el ácido nítrico y el calor descubren con bastante frecuencia la presencia de la albúmina; pero esta existe por lo comun en poca cantidad y de un modo momentáneo. La orina de que hablamos apenas tiene cualidades ácidas; es muchas veces neutra ó completamente alcalina, y no tiene tanto ácido úrico ni uratos como en el estado normal. Tambien se encuentran en ella depósitos mucosos ó purulentos que, segun Rayer, indican mas bien una flegmasia de la pelvis de los cálices, de los uréteres ó de la vejiga que la de las sustancias cortical ó tubulosa. En la nefritis simple no tiene, pues, la orina ningun carácter constante, y por lo tanto característico.

La nefritis va acompañada siempre de un movimiento febril mas ó menos considerable, y proporcionado á la intensidad del mal: tambien hay casi siempre algun trastorno en las funciones digestivas, como el mal gusto de boca, las náuseas, los conatos de vomitar y el estreñimiento. Rara vez existen accidentes graves de malignidad ó putridez, como el delirio, la postracion, el coma, el estado fuliginoso de la lengua y los dientes y las exacerbaciones febriles, simulando á los accesos de una calentura remitente perniciosa. Tales fenómenos son, en efecto, escesivamente raros, y apenas pueden existir mas que en las nefritis dobles en que se suspende la secrecion urinaria. Concíbese tambien

que debe suceder lo mismo, cuando no existiendo mas que un riñon, lo invade la inflamacion en totalidad.

*Terminaciones y duracion.*—La nefritis termina comunmente por resolucion, en cuyo caso se disipan poco á poco los síntomas enumerados, y la orina recobra su estado fisiológico, siendo entonces la duracion de siete á quince dias. La terminacion por supuracion apenas se anuncia sino por algunos signos racionales, como la persistencia de la calentura, las exacerbaciones nocturnas, los escalofríos irregulares, los sudores y los accidentes tifoideos. La presencia del pus en la orina, indicada por muchos como un fenómeno constante, es por el contrario bastante rara, y tal vez supone mejor una inflamacion primitiva ó consecutiva del cáliz ó de la pelvis, que una nefritis parenquimatosa. En los casos raros en que la nefritis termina por gangrena, son todavía mas notables los síntomas tifoideos; la postracion es estremada, y la orina negra y fétida, se ha comparado entonces el agua de estiércol. Cuando hay supuracion, asi como cuando hay gangrena, sobreviene la muerte, ya á consecuencia de las graves alteraciones de que el riñon es asiento, ya á causa del desarrollo de una flegmasia del peritoneo ó del tejido cclular peri-renal.

Por último, la inflamacion pasa muchas veces al estado crónico; ya hemos visto que en este caso el tejido renal está atrofiado ó endurecido, pero nada sabemos todavía de exacto sobre la naturaleza de los accidentes que entonces se observan. Algunos enfermos esperimentan un dolor habitual en los riñones; sus orinas son algo ácidas, y á veces neutras ó alcalinas; las estremidades inferiores están débiles; se ponen flacos y se altera su constitucion. Hay muchos casos, sin embargo, en que existen las lesiones que caracterizan la nefritis crónica sin producir un trastorno notable en la salud. Como dice muy bien Rayer, es imposible determinar todavía el grado á que debe llegar la induracion renal, para que sea imcompatible con la funcion casi regular de la secrecion urinaria. Sea de esto lo que quiera, resulta especialmente de las observaciones de Rayer, que en la nefritis crónica, tal como la comprendemos aquí, casi nunca es purulenta la orina, y que el estado turbio que presenta, suele depender de los muchos fosfatos que están suspendidos en ella. La duracion de la nefritis crónica es larga, siempre indeterminada, y ofrece con frecuencia exacerbaciones.

*Diagnóstico.*—Un dolor mas ó menos vivo al nivel de los riñones, la disminucion de la secrecion urinaria, el estado alcalino ó neutro de la orina, ó por lo menos la disminucion de su acidez, la calentura, los escalofríos de la invasion y las alteraciones de los órganos digestivos, son los únicos signos que pueden indicar una inflamacion aguda de la sustancia renal. Las orinas alcalinas indican especialmente una inflamacion crónica, aunque la propiedad alcalina de este líquido se encuentra tambien en otras circunstancias, sobre todo en las personas debilitadas por la abstinencia, resulta, sin embargo, de las observaciones de Rayer, que una orina alcalina, descolorida y turbia, por el depósito de fosfatos al tiempo de escretarla, es casi siempre el indicio de una flegmasia crónica de los riñones. Bien pronto veremos la diferencia que hay entre la nefritis simple y la pielitis. Remito igualmente al lector á los artículos *Cálculos urinarios y hepáticos*, y á los que llevan por epígrafe *Lumbago*, *Peritonitis* y *Enfermedad de Bright*, para completar el diagnóstico diferencial de la nefritis.

*Pronóstico.*—La nefritis simple que ataca á un sugeto bien constituido,

ofrece por lo comun poca gravedad, pues su terminacion es casi siempre favorable; pero no sucede lo mismo cuando están inflamados ambos riñones á la vez especialmente si la flegmasia es consecutiva á una alteracion grave de las vias urinarias. La terminacion por supuracion es grave, y ocasiona por lo regular la muerte despues de una verdadera calentura héctica (Véase mas adelante el artículo *Pielitis*).

*Etiología.*—La nefritis, rara en la infancia, mas comun en los adultos, y todavía mas en los viejos, es mas frecuente en los hombres que en las mujeres, y se duda si el riñon izquierdo está mas espuesto á inflamarse que el derecho. Puede ser completamente espontánea, pero las mas veces sucede á una violencia esterna (herida, contusion), ó bien es producida por otras causas que obran mecánicamente, como la existencia de cálculos en los cálices ó en la pelvis, ó bien una acumulacion insólita de orina en estas partes, debida á la presencia de un obstáculo á su emision, situado en cualquier punto de las vias urinarias. La administracion, y aun el abuso de los diuréticos, es una causa muy rara de la nefritis, y lo mismo puede decirse de los enfriamientos. Todos saben que la inflamacion renal sobreviene algunas veces en el curso de otras enfermedades agudas y crónicas; pero esceptuando las afecciones de las vias urinarias que pueden influir directamente en su produccion, y la infeccion purulenta de la sangre, no vemos ninguna otra que predisponga á la nefritis de un modo manifiesto. Creemos sobre todo, en oposicion á Rayer, que la nefritis es muy rara en el curso de la calentura tifoidea y en el reumatismo articular. En cuanto á los padecimientos renales que se observan en algunos gotosos, no está demostrado que dependan, comunmente á lo menos, de una inflamacion aguda ó crónica del tejido renal.

*Tratamiento.*—En la nefritis aguda debe emplearse un tratamiento antiflogístico, cuya energía esté en proporcion con la intensidad del mal. Deberán, pues, practicarse una ó muchas sangrías generales y locales, aplicarse cataplasmas emolientes á los lomos, prescribirse los baños tibios prolongados, ordenarse las bebidas atemperantes y mucilaginosas, y establecerse ligeras revulsiones en el tubo intestinal con los purgantes minorativos. Si los accidentes tifoideos impidieran absolutamente el uso de los antiflogísticos y fuese grande la postracion, deberiamos limitarnos á sostener las fuerzas con los tónicos y los cordiales. Pero estos medios casi nunca evitan una terminacion funesta.

Cuando la enfermedad ha pasado al estado crónico, puede ser útil una emision sanguínea local, siempre que no se haya usado tratamiento alguno; pero en este caso es preciso insistir especialmente en los revulsivos, como los vejigatorios, y mejor todavía uno ó muchos cauterios ó moxas aplicadas á la region lumbar. Si la constitucion del enfermo está debilitada, es preciso fortificarla por medio de los amargos, los marciales y un régimen analéptico. A beneficio de estos medios hay mucha mas seguridad de que desaparezca el estado alcalino de la orina, y de evitar la precipitacion de los fosfatos, que apelando al uso de los ácidos vegetales y minerales que se hallan recomendados en este caso, y cuya utilidad es dudosa. El cuerpo al mismo tiempo deberá cubrirse con franela desde la cabeza á los piés; los enfermos deben rodearse de las mejores condiciones higiénicas, y se procurará que la orina esté lo menos posible en sus depósitos, practicando frecuentemente el cateterismo, cuando una estrechez de la uretra, por ejemplo, ó la hipertrofia de la próstata se opusieran á su escrecion. Si so-

brevienen accidentes agudos, deben combatirse con las ventosas, suspendiendose momentáneamente la medicacion tónica.

## *De la pielitis.*

Reyer describe con el nombre de *pielitis* (πυελος, *pelvis*), la inflamacion aguda y crónica de la pelvis y de los cálices. Dos son las especies principales en que se distingue: 1.° la pielitis producida por la presencia de un cuerpo estraño (cálculos, vermes, acefalocistos, etc.); 2.° la que sobreviene sin el concurso de esta causa. Pero es tan rara la segunda, que casi podria describirse la pielitis como una forma de nefritis que se llamase *calculosa*, enfermedad sobre la cual publicó Chomel en 1837, un trabajo importante en los *Archives de médecine.*

*Caracteres anatómicos.*—En la pielitis aguda se encuentra la membrana mucosa de los cálices y de la pelvis inyectada, roja, engrosada, friable, reblandecida, ulcerada ó tapizada de producciones pseudo-membranosas. El tejido celular subyacente está algunas veces lleno de serosidad; la pelvis y los cálices, mas ó menos ensanchados, contienen orina mezclada comunmente con cierta cantidad de sangre ó de un moco purulento, y se encuentran tambien en ellos las mas veces arenillas, piedras ó cálculos.

En la pielitis crónica la membrana mucosa es de un blanco mate ó pizarreño; su superficie se halla erizada á veces de pequeñas vesículas análogas al sudamina; ofrece un engrosamiento que puede ser bastante considerable para obliterar los cálices, y se la encuentra en fin algunas veces ulcerada, y con menos frecuencia gangrenada. Como la enfermedad es casi siempre sintomática de la presencia de arenillas ó cálculos, se hallan acumulados estos cuerpos estraños en la pelvis, los cálices y aun en los uréteres, en cantidad mas ó menos considerable. Los cálices y la pelvis suelen dilatarse en el mayor número de casos por el volúmen que aquellos adquieren, y el obstáculo que oponen al curso de la orina, y despues acaba por inflamarse la sustancia renal, á causa de la presion constante que la orina y el pus acumulados ejercen de dentro á fuera: otras veces no sucede esto, pero llega á atrofiarse. El riñon se trasforma en ambos casos en un vasto saco multilocular, lleno de pus, de agua, de arenillas y cálculos. Cada una de las celdillas está formada por la dilatacion de los cálices, que rara vez comunican directamente entre sí, sino mediante la pelvis que está enormemente distendida. Estas graves alteraciones pueden, no obstante, existir en el riñon, aunque no se encuentre en este órgano ningun cálculo; pero entonces el cuerpo estraño, causa primitiva de todas las lesiones que se observan, suele hallarse en la vejiga; y la considerable dilatacion que el ureter correspondiente ha esperimentado, es una prueba cierta de que la concrecion lítica ha permanecido en él mas ó menos tiempo. El riñon asi alterado contrae adherencias con las partes inmediatas; su cavidad puede comunicarse con el tejido celular circunyacente y con el cólon; en el lado izquierdo con la pleura y el pulmon, y en el derecho con los abcesos formados en el hígado. En la mayor parte de las pielitis crónicas graves, una de las sustancias renales, y muchas veces ambas á la vez, están inflamadas ó supuradas (*pielo-nefritis*), porque la inflamacion, limitada primitivamente á la pelvis y á los cálices, tiene una gran tendencia á propagarse á la sustancia de los riñones, mientras que casi nunca sucede lo contra-

rio (Rayer). Finalmente, cuando el riñon ha podido rehacerse por no haber sufrido una gran distension, y llegan los enfermos á restablecerse, se encuentra este órgano trasformado en una bolsa célulo-fibrosa que contiene dentro un cálculo, y los vasos se hallan ademas obliterados, es decir, que el sugeto ha vivido en tal caso con un solo riñon. M. Chomel cita en su Memoria un hecho de este género, que es sin contradiccion uno de los mas curiosos que se conocen.

*Síntomas.*—Reconociendo la pielitis casi siempre por causa la presencia de un cálculo y su cambio de lugar, se concibe que sean en ella tan raros los prodromos, al contrario de lo que sucede en la mayor parte de las flegmasias. En efecto, la invasion de la enfermedad es casi siempre repentina, y se marca por la reunion de síntomas que descubriremos mas adelante, como característicos de los accesos del cólico nefrítico. Sin embargo, estos accidentes no corresponden precisamente á un trabajo inflamatorio, pues basta que el cuerpo estraño sea espelido ó mude de lugar, para que cesen casi instantáneamente; aunque bien pronto sobrevienen los síntomas de una flegmasia, por poco que se prolonguen. El dolor disminuye entonces generalmente de intensidad, y los enfermos se quejan solo de una sensacion de peso; pero algunas veces se renueva el dolor y se hace mas intenso por momentos, ya de un modo espontáneo, ó bien, y es lo mas frecuente, durante los movimientos, los golpes de tos, ó por la presion que se ejerce sobre el riñon enfermo. El aspecto de la orina es muy variable: unas veces es completamente normal; otras, sanguinolenta y está cargada de un moco, que se deposita en la superficie por el enfriamiento; casi siempre es ácida, á no ser que los riñones contengan cálculos fosfáticos, en cuyo caso es turbia y alcalina en el momento de la emision. Al mismo tiempo se observan diversos fenómenos simpáticos sobre todo en los órganos digestivos y circulatorios: los enfermos pierden el apetito, y en la mayor parte de ellos sobrevienen náuseas, vómitos biliosos, estreñimiento, cierta aceleracion del pulso, calor febril y malestar.

*Curso y terminaciones.*—Generalmente, basta que el cuerpo estraño cambie de lugar ó sea espelido, para que la flegmasia termine por resolucion; pero otras veces persiste el malestar, agregándose en breve á él tambien algunos escalofríos irregulares, y la region renal se hace asiento de dolores pulsativos, y un entorpecimiento que se prolonga en ciertos casos hácia el miembro correspondiente. Algunos enfermos esperimentan entonces hematurias abundantes, y en la mayor parte de ellos la orina es turbia y lactescente, conteniendo una cantidad mas ó menos considerable de pus. Hay muchos enfermos que se restablecen despues de haber espelido por algun tiempo orinas purulentas mezcladas en ciertos casos con cálculos; pero es raro que no se reproduzcan los mismos accidentes pasada cierta época mas ó menos larga; por último, despues de muchas de estas recaidas, los pacientes se demacran y mueren.

Los accidentes siguen en general un curso continuo y progresivo. Luego que ha cesado toda comunicacion entre el riñon y la vejiga, el primero de estos órganos puede ser distendido por el pus, formando un tumor abollado y fluctuante que se percibe en el costado, desfigura y ensancha la region lumbar correspondiente, y á veces forma una prominencia hasta en la fosa ilíaca, y por arriba hácia el hipocondrio. En estos casos se dice haber sentido muchas veces en el tumor un estremecimiento particular producido por el roce de los cálculos. Sea

de esto lo que quiera, aniquilados muchos enfermos por los sufrimientos y la calentura héctica que los devora, suelen sucumbir sin que nunca la orina haya sido purulenta; pero la mayor parte de ellos escretan pus con este líquido. El flujo purulento en la vejiga puede ser continuo pero es intermitente, si algun obstáculo se opone momentáneamente á su secrecion, en cuyo caso son distintas las cualidades de la orina examinada en diversas épocas del dia. Cuando es considerable la cantidad de pus escretado de una vez, disminuye comunmente mucho de volúmen el tumor, el cual vuelve á aumentarse cuando este líquido se reproduce de nuevo. Ya hemos dicho que estos abcesos podian tambien abrirse en el cólon, el duodeno y el estómago: en los dos primeros casos el pus sale por cámaras, y en el último por vómitos; es mas raro que llegue á perforar el diafragma y el pulmon izquierdo para abrirse paso al esterior, del mismo modo que las vómicas. (1) El abceso puede abrirse tambien en el peritoneo ó en el tejido celular que envuelve al riñon: en el primer caso sobrevienen los accidentes de una peritonitis sobre-aguda, que se hace mortal en pocas horas, y en el segundo suelen manifestarse los signos de una flegmasia difusa de la region lumbar, del costado y del hipogastrio. El pus puede salir al través de las paredes abdominales, formando á veces, estendiéndose á mayores distancias, verdaderos abcesos por congestion en la circunferencia de los anillos inguinal y crural. El abceso puede abrirse sucesivamente en muchos de los puntos que acabo de indicar, y entonces sale el pus al mismo tiempo por todas las vias, ó bien esta escrecion se verifica alternativamente por una ú otra. Sea, por lo demás, cual fuere el modo de evacuacion que la naturaleza haya elegido, los enfermos se alivian por un momento siempre que el pus salga al esterior; pero no tardan en sucumbir en el último grado de marasmo (tisis renal), á no ser que sobrevenga alguna complicacion que acelere el término fatal. No hay tal vez un ejemplo de que se hayan curado los abcesos renales que producen los desórdenes indicados; pero no sucede lo mismo cuando el abceso es tan poco voluminoso, que no forma tumor apreciable alguno. En los individuos que se restablecen completamente despues de haber arrojado pus por mucho tiempo, no debe suponerse que la curacion es completa, y que, habiendo vuelto el riñon á su estado fisiológico, ha recobrado por completo el ejercicio de sus funciones, porque, lejos de ser asi el órgano enfermo en este caso se ha atrofiado y convertido en una bolsa fibrosa ó fibro-cartilaginosa, en cuyo centro hay un cálculo mas ó menos voluminoso. La secrecion urinaria se verifica entonces solo por el riñon opuesto, el cual suele ser mas voluminoso en razon de la mayor actividad que han adquirido sus funciones. Concíbese que si en estos casos de riñon único llegara á suspenderse por algunos dias la escrecion urinaria, á causa de la detencion repentina de un cálculo en su uréter, sobrevendria necesariamente la muerte en medio de síntomas tifoideos y cerebrales.

Hay un accidente que parece no ser muy raro en el curso de la pielitis y nefritis crónico: este accidente es la paraplegia. Anunciada en Inglaterra por el doctor Stanley y en Francia por M. Rayer, que publicó acerca de ella cinco observaciones en su interesante obra, ha sido estudiada con mas esmero por M. Leroy d' Etiolles, hijo, en su tesis inaugural defendida en 1850 (núm. 146). La paraplegia de las estremidades inferiores se declara en el mayor número de ca-

(1) Véase una escelente tesis de M. Lepneveu, París, 1838.

sos en las personas que empiezan por tener un obstáculo cualquiera en el cuello de la vejiga, el cual no tarda en producir un catarro en el depósito urinario, y consecutivamente una inflamacion de las pelvis y los riñones. Parécenos racional atribuir la paraplegia á las vastas comunicaciones que existen entre la médula y el gran simpático; este, influido por la afeccion renal, obra á su vez sobre la médula, que pierde su energía, sin que á pesar de esto su tejido presente alguna alteracion digna de ser tomada en cuenta.

*Diagnóstico.*—La pielitis calculosa difiere de la nefritis simple, y se distingue de todas las demás afecciones por la violencia del dolor renal, por la gravedad de los síntomas generales y simpáticos que se observan al principio, y por la disminucion y suspension de la escrecion urinaria, la cual, en el acto de ser espelida, es casi siempre muy ácida, mezclada al principio con sangre y moco, y mas tarde con pus. La presencia de este en la orina no indica, sin embargo, necesariamente una flegmasia renal, porque la orina puede contenerlo en el curso de las cistitis agudas y crónicas, ó cuando un abceso estra-peritoneal se abre paso por las vias urinarias. Ademas del asiento diferente que tiene el dolor en la pielo-nefritis y en la cistitis, se ve que en esta la orina es casi siempre glutinosa y viscosa, mientras que en la inflamacion simple de los cálices y de la pelvis hay disuria con depósito de verdadero pus. Cuando el riñon distendido por este forma prominencia en el costado y los lomos, se conocerá la naturaleza del tumor por el dolor nefrítico y la presencia de pus y sangre en la orina. Si el abceso se abre en el cólon, el estómago ó el pulmon, puede precisarse el asiento primitivo del mal, atendiendo á los graves accidentes que han padecido los enfermos en uno de los riñones, al olor urinoso que el líquido exhala muchas veces, y á su mezcla con los cálculos úricos. Comunicándose ademas en estos casos el abceso con la vejiga y el uréter en una estension bastante considerable, salen por la uretra gases mezclados con orina y pus. Como el abceso no suele tener comunicacion con el esterior, y al mismo tiempo adquiere un volúmen considerable, podria confundirse con los tumores formados por los órganos inmediatos; especialmente por el bazo, hígado, aorta, ovarios, y aun tambien con los tumores estercoráceos, etc. Pero prescindiendo de las alteraciones especiales de que se presentan acompañadas la secrecion y escrecion de la orina, se advierten tambien diferentes cambios de este líquido, que han precedido, y que las mas veces acompañan á los tumores renales, mientras faltan completamente en los formados por otros órganos. Ya veremos al hablar de estos últimos, que es posible casi siempre establecer un diagnóstico exacto, esplorando atentamente, y sobre todo por medio de la palpacion y percusion del tumor, teniendo en cuenta tambien las fases que ha presentado en su desarrollo. Por último, tendriamos que esponer, para completar esta materia, el diagnóstico diferencial entre los abcesos de los riñones y otros tumores de estos órganos; pero de esto nos ocuparemos para evitar repeticiones, al tratar de las hidro-nefrosis, y las producciones cancerosas de los riñones.

*Pronóstico.*—La pielitis es siempre una enfermedad grave, porque suele terminar por supuracion. Cuando se forma un abceso en un riñon, es grande el peligro, pues aunque llegue á verificarse la curacion, como el órgano queda muchas veces atrofiado, los individuos no viven mas que con un riñon, y si este por desgracia llegara á inflamarse en lo sucesivo por una causa cualquiera, ó si

un cálculo obstruyese momentáneamente su uréter, seria inevitable la muerte. El pronóstico es sobre todo muy funesto, cuando el riñon forma un tumor considerable, pues casi siempre sucumben los enfermos, cualquiera que sea el punto por donde se abra el abceso. Una de las terminaciones mas fatales es la de vaciarse el pus en el tubo intestinal, pues si, no estando completamente destruido el riñon, continúa todavía segregando orina, esta se derrama incesantemente en el intestino, y produce en él una inflamacion ulcerosa, convirtiéndose esto en una nueva causa de marasmo, y acelerando la muerte.

*Etiología.*—La pielitis rara vez es espontánea, pues casi siempre reconoce por causa la presencia de arenillas ó cálculos, que, ora obran directamente sobre las paredes por su número ó volúmen, ora porque uno de estos cuerpos, sobre todo si es áspero, se detiene en conductos muy estrechos. La pielitis suele ser parcial en todos estos casos; pero cuando el cálculo se engasta en el cuello de la pelvis ó en el uréter, y oblitera completamente estos conductos, la flegmasia sucede á la distension que produce la acumulacion de orina en el cáliz y la pelvis. Concíbese que todos los obstáculos que se oponen á la libre escrecion de la orina en cualquier punto de las vias urinarias, como las estrecheces de la uretra, la parálisis de la vejiga, la hipertrofia de la próstata, los tumores que comprimen los uréteres, etc., son otras tantas causas muy activas de inflamacion de la membrana interna de los riñones. Esta inflamacion, segun Rayer, es á veces consecutiva á la blenorragia, especialmente despues de la supresion repentina del flujo; en otros casos es tambien producida por las cantáridas, á consecuencia de la aplicacion de los vejigatorios. Finalmente, cuando existen cálculos en estos órganos, todo lo que pueda hacerles cambiar de lugar ó agitarlos fuertemente, como las sacudidas que recibe el tronco, sobre todo en la equitacion ó en un carruaje de mal movimiento, es causa eficiente de la nefritis calculosa.

*Tratamiento.*—Cuando los accidentes se hallan en toda su agudeza, es preciso usar los antiflogísticos ordinarios, insistiendo al mismo tiempo en el opio para calmar los dolores atroces que caracterizan el primer período de la enfermedad. Dicho medicamento debe administrarse por la boca y en lavativa hasta que produzca un efecto sedante, empezando por 1 ó 2 granos, segun la violencia de los dolores, y continuando despues con 1 y aun mas cada tres cuartos de hora. Nosotros hemos propinado muchas veces en estos casos hasta 12 granos en tres ó cuatro horas, sin obtener efectos narcóticos. Si en toda especie de flegmasia renal es prudente abstenerse de los diuréticos y las bebidas en abundancia, para que el órgano enfermo no funcione demasiado, en ninguna circunstancia es tan necesario seguir este precepto como en la nefritis calculosa, en la que se halla tan frecuentemente obstruido alguno de los uréteres. Si tenemos la fortuna de conseguir que se calmen los fenómenos morbosos y se curen los enfermos, hayan ó no espelido el cálculo, deberemos someterlos al régimen que mejor pueda oponerse á la formacion de nuevos cuerpos estraños, ó al incremento de los que existen. Con este objeto se prescriben los vegetales, el uso de bebidas abundantes, y sobre todo las aguas minerales como las de Vichy, Bularac y Contrexeville, que obran á la vez por sus propiedades químicas y diuréticas. Tambien conviene este tratamiento cuando la presencia del pus en la orina, indica una supuracion de los riñones; estableciendo ademas en estos casos tan graves, una fuerte revulsion por medio de muchos cauterios al nivel del riñon alte-

rado. Por último, cuando este aumenta de volúmen, distendido por el pus, tiende á abrirse paso al través de los tegumentos, debemos apresurarnos á favorecer esta terminacion, practicando sin vacilar una estensa incision en el abceso, cuando es bastante superficial y está adherido á las paredes; en el caso contrario, llegaremos al foco por medio de aplicaciones sucesivas de potasa caústica, como lo indicaremos al tratar de los acefalocistos del hígado.

### *De la cistitis aguda y crónica.*

Algunos autores, á ejemplo de Sœmmerring, solo comprenden bajo el nombre de *cistitis* la inflamacion profunda de la vejiga, es decir, la que invade por lo menos al mismo tiempo dos de las túnicas del órgano, y reservan el de *catarro vesical* para designar la inflamacion que se limita á la membrana mucosa. Pero semejante distincion no es fundada, y en la práctica deben comprenderse bajo el nombre de *cistitis* todas las inflamaciones de la vejiga, sean cuales fueren su asiento y estension, reservando el nombre de *catarro vesical* para designar un estado morboso especial no inflamatorio, que puede depender de una flegmasia anterior, ó tambien sin que esta haya precedido, y que se halle caracterizado por una exacerbacion y perversion de la secrecion mucosa de la membrana interna de la vejiga. El catarro constituye, pues, una afeccion particular distinta de la cistitis, como la broncorrea lo es de la bronquitis y la gastrorrea de la gastritis. (Véase mas adelante la clase de las *Secreciones morbosas.*)

La cistitis debe distinguirse por sus causas, en *idiopática y sintomática*; por su curso, en *aguda y crónica*; y por su asiento, en *superficial*, limitada á la mucosa, y en *profunda ó flegmonosa*, que invade por lo menos dos túnicas: finalmente puede *ocupar el órgano en toda su estension* ó limitarse tan solo á un pequeño espacio. Entre las cistitis parciales, la que mas importa distinguir es la del cuello.

*Caracteres anatómicos.*—En la cistitis aguda se halla disminuida algunas veces la capacidad del órgano, pero con mas frecuencia está aumentada ó conserva sus dimensiones normales. La membrana mucosa, de un rojo mas ó menos vivo, está inyectada por manchas, chapas ó puntitos; se halla como abotargada, engrosada y mas ó menos friable y reblandecida; á veces se encuentran sembradas en su superficie algunas concreciones pseudo-membranosas, parduscas ó blanquecinas y muy adherentes, á cuyo rededor forma una especie de rodete la membrana mucosa hinchada, lo que podria hacernos creer en la existencia de una úlcera; pero basta la mas ligera atencion para evitar el error. Haciendo ademas algunas tracciones sobre la falsa membrana por medio de unas pinzas, se consigue separarla, y se encuentra debajo de ella la membrana mucosa mas ó menos inyectada y violada, pero sin ulceracion. Las úlceras pueden sin embargo suceder á la cistitis aguda, lo cual se observa especialmente cuando la flegmasia es debida á la presencia de uno ó muchos cálculos ó á la permanencia prolongada de una sonda. Estas ulceraciones son por lo comun poco numerosas, no suelen interesar mas que la mucosa, aunque á veces invaden las túnicas subyacentes, y aun pueden perforar completamente la vejiga, en cuyo caso esta comunica con el recto, la vagina, el peritoneo ó con el tejido celular de la pelvis, segun los puntos que ocupe esta lesion. Cuando la

flegmasia invade los tejidos subyacentes, las paredes están gruesas y endurecidas; el pus se halla infiltrado en el tejido celular, y entre los planos carnosos de la túnica muscular, que son entonces mas manifiestos, y aun puede hallarse reunido en uno ó muchos focos aislados, que comuniquen con una vasta supuracion de la escavacion pelviana. Por último, se han observado á veces algunas chapas gangrenosas, pero pocas resultan de la inflamacion simple, pues casi siempre se forman en los puntos que han sufrido una violenta presion, como la que producen los cálculos, una sonda, ó la cabeza del feto durante el parto.

La astitis que sobreviene consecutivamente á la absorcion de las cantáridas, es notable por la produccion de falsas membranas en la vejiga, cuya mucosa está mas ó menos equimosada. Estas mismas lesiones pueden tambien hallarse en los uréteres y hasta en las pelvis; la sustancia misma de los riñones se presenta en ciertos casos congestionada en mayor ó menor grado.

En la cistitis crónica casi siempre está notablemente disminuida la capacidad del órgano; la membrana mucosa, presenta una mezcla de una coloracion roja, negra, violada y pizarreña, se halla engrosada y endurecida; pero las mas veces aparece friable, fungosa, ulcerada y recorrida por vasos varicosos. Las paredes, cuyo engrosamiento es debido especialmente á la hipertrofia del tejido celular y de la túnica muscular, tienen muchas veces mas de 16 á 22 líneas de espesor, y pueden encontrarse, lo mismo que en el estado agudo, infiltradas de pus, ó convertidas en asiento de uno ó muchos abcesos, ó están, en fin, perforadas. La cistitis aguda ó crónica coexiste las mas veces con diversas alteraciones de los otros órganos génito-urinarios, especialmente de los riñones, que, lo mismo que la vejiga, suelen contener cálculos; de la uretra, la cual se halla algunas veces estrechada; y finalmente, de la próstata, que suele estar hipertrofiada, y aun en ciertos casos reblandecida y supurada.

*Síntomas.*—La cistitis empieza casi siempre por síntomas locales, y sin prodromos. Todos los enfermos se quejan de un dolor vivo en el hipogastrio que se aumenta con la presion y los movimientos, y dicha region se halla tensa, formando muchas veces la vejiga en ella una prominencia notable. Los enfermos tienen ganas frecuentes de orinar y suelen escretar despues de hacer esfuerzos muy dolorosos algunas cucharadas ó aun solo gotas de orina roja, ardiente, turbia y á veces sanguinolenta. La mayor parte tambien se quejan de una especie de *tenesmo vesical*, es decir, que son inútiles los esfuerzos que hacen para satisfacer el deseo violento de orinar. Muchos sienten un prurito incómodo en el meato-urinario, y casi todos tienen fiebre, una sed viva, inapetencia, náuseas, vómitos, estreñimiento y un estado de malestar y ansiedad estremadas. Sin embargo, la gravedad mas ó menos considerable de los síntomas generales y locales ó el predominio de alguno de ellos depende sobre todo del asiento especial que ocupa la flegmasia. Asi es que el dolor hipogástrico es mas vivo cuando la inflamacion (lo cual por lo demás es raro), reside en la parte superior del órgano, en cuyo caso no permite que la orina se acumule en la vejiga, y se escreta muy á menudo. Por el contrario, la sensacion de peso ó de un prurito incómodo en el perineo, la retencion de orina, la iscuria y el tenesmo vesical son fenómenos que corresponden á la cistitis del cuello. En estos casos es muchas veces imposible practicar el cateterismo por la hinchazon ó el estado espasmódico de la porcion prostática de la uretra; y cuando se consigue introducir el instrumen-

to, produce un dolor tan atroz al llegar á la vejiga, que tenemos algunas veces que retirarlo antes de evacuar la orina. El tacto por el recto y aun á veces la simple introduccion de una cánula de geringa, provoca dolores muy vivos, como los provoca tambien la defecacion ó la simple salida de gases. Estas escreciones pueden ser imposibles cuando la inflamacion llega á interesar toda la pared recto-vesical; en cuyo caso el estreñimiento y el meteorismo del vientre son otro motivo mas de padecimientos y ansiedad. Por último, en la inflamacion del suelo de la vejiga se ha visto muchas veces á los tejidos engrosados y tumefactos, obstruir completamente el orificio vesical de uno de los uréteres ó de ambos á la vez, y no pudiendo entonces descender la orina á la vejiga, se acumula en ellos, en las pelvis y los cálices. Como ya no puede verificarse la secrecion, bien pronto se exarceba la fiebre, sobrevienen el delirio y la postracion; todas las escreciones, especialmente las fecales y cutáneas, despiden un olor urinoso, y los enfermos no tardan en sucumbir presentando el conjunto de síntomas que caracterizan la fiebre llamada *urinosa*. Los mismos accidentes se observan tambien, pero con mucha mas lentitud cuando sobreviene una retencion de la orina acumulada en la vejiga.

En la cistitis cantaridiana, hácia la cual M. Morel-Lavallée ha llamado hace poco tiempo la atencion de los médicos, los enfermos espelen algunas veces, despues de unos dolores, unos pujos y esfuerzos inauditos, falsas membranas consistentes, que tienen de media á una línea de espesor, y cuya estension varia desde el tamaño de un real de plata, hasta la mitad de un naipe. M. Morel-Lavallée ha demostrado que muchas veces, independientemente de estas pseudo-membranas, la orina abandonada á sí misma, dejaba depositar por el enfriamento, un precipitado albuminoso, mas ó menos abundante. Por último, en algunos enfermos, la albúmina mantenida en completa disolucion, no se precipita sino cuando se calienta la orina hasta la ebullicion, ó cuando se la trata por el ácido nítrico.

*Curso y terminaciones.*—Los accidentes disminuyen comunmente despues de haberse aumentado durante algunos dias; se hacen menos frecuentes las ganas de orinar, la emision es mas fácil, menos dolorosa, la orina no es ya sanguinolenta, y se calman ó cesan la calentura y los demás desórdenes simpáticos; en cuyo caso se dice que termina la cistitis por resolucion. La supuracion es una terminacion mucho mas rara: si esta llega á verificarse, unas veces ocupa el pus únicamente la superficie de la membrana mucosa ó bien habiéndose formado un abceso en el espesor de las paredes, se vacía en la vejiga. La orina en ambos casos es lactescente y se demuestra fácilmente en ella la presencia de glóbulos de pus; pero algunas veces sucede, como lo ha visto Chopart, que el abceso interstical se abre en el tejido celular de la pequeña pelvis, que se inflama y supura á su vez, siendo entonces la muerte casi inevitable. La terminacion por gangrena es sumamente rara, y se la reconoce algunas veces en la fetidez característica de la orina y en la gravedad de los síntomas generales. Este funesto resultado se observa especialmente en las retenciones prolongadas de orina. En estos casos se rompe por lo comun el órgano al nivel de la escara, y en algunos otros se dislacera la vejiga sin que haya precedido la grangrena, por la simple distension de las paredes, que suelen hallarse mas ó menos reblandecidas. Esta rotura se verifica casi siempre en la pared superior, que es la parte menos gruesa

y mas aislada. La orina se derrama en el peritoneo y produce una peritonitis sobre-aguda, ó bien se infiltra en el tejido celular de la pelvis y lo gangrena: en ambos casos no tarda en sobrevenir l muerte. Cuando la perforacion de la vejiga es efecto de los progresos de la úlcera, sobrevienen tambien accidentes análogos; y si aquella llega á interesar las paredes recto-vesical ó recto-vaginal, la orina fluye por el recto ó por la vagina.

Por último, hay muchas cistitis que pasan al estado crónico. La cronicidad puede ser ademas primitiva, como se observa especialmente cuando la inflamacion es sintomática de la presencia de un cálculo. Los enfermos se quejan entonces de un dolor continuo, que á veces es vivo, en el hipogastrio ó el perineo; se hallan atormentados por disuria y ganas frecuentes de orinar; la orina es turbia, purulenta, mucosa, viscosa y forma copos; esperimentan un malestar habitual, y algunas veces fiebre; sus digestiones son trabajosas y disminuye su nutricion. Estos accidentes, especialmente los síntomas locales, se agravan despues del cóito, y mas todavía despues de la ingestion de bebidas estimulantes ó de la impresion del frio, etc. Luego que se han presentado de este modo mayor ó menor número de recrudescencias, despues de un tiempo indeterminado, se resuelven algunas cistitis; en otros enfermos cesan todos los signos inflamatorios, continuando tan solo pervertida la secrecion de la membrana mucosa, en cuyo caso la cistitis se trasforma en un catarro. La flegmasia crónica de la vejiga puede ocasionar la muerte aniquilando al enfermo, ó á causa de algunas complicaciones que desarrolla, especialmente en los riñones y el peritoneo.

*Diagnóstico.*—Al tratar de la peritonitis, de la escavacion pelviana y de la metritis, veremos en qué se diferencian estas flegmasias de la que estamos estudiando, pues son las únicas enfermedades que tienen alguna analogía con ella. Es casi imposible diagnosticar las úlceras vesicales, pues los dolores vivos, y el pus viscoso, tenaz, fétido y estriado de sangre, que se indican como signos bastante positivos de la ulceracion de la vejiga, no pueden considerarse como característicos, aunque hacen bastante probable su existencia. Una vez reconocida la cistitis, es preciso averiguar su causa, y determinar sobre todo si es idiopática ó sintomática de la presencia de un cálculo. El cateterismo es el único medio que puede ilustrar al médico.

*Pronóstico.*—Ya se ha visto que la cistitis es una afeccion generalmente grave, y lo es todavía mas cuando ocupa el cuello y el orificio de los uréteres. La que es consecutiva á la aplicacion de las cantáridas, es casi siempre benigna, y apenas llega á tener una duracion de veinte y cuatro á treinta y seis horas.

*Etiología.*—La cistitis idiopática es una afeccion sumamente rara, especialmente en el estado crónico. Esta enfermedad ataca especialmente los adultos, y es mas comun en los hombres; casi siempre depende de algunas causas directas, como las heridas penetrantes, las contusiones del hipogastrio, las caidas sobre el perineo ó los riñones, el cateterismo ó la permanencia de las sondas, los partos laboriosos, la retencion de la orina, la presencia de un cálculo, ó una flegmasia uretral que se propaga á la vejiga. Sábese, en fin, que la absorcion de las cantáridas suele tener por resultado la produccion de una cistitis: esto se advierte mas particularmente á consecuencia de la aplicacion de vejigatorios en cualquiera parte del cuerpo, sobre todo si es un punto que ha sido escarificado mediante la aplicacion de ventosas.

*Tratamiento.*—En el estado agudo deben emplearse los antiflogísticos mas ó menos enérgicos. Las sangrías generales son útiles únicamente cuando es intensa la reaccion febril, pues casi siempre bastan las locales. Las sanguijuelas se aplican comunmente al hipogastrio; pero es mejor ponerlas en el perineo cuando el cuello de la vejiga es el mas inflamado. Es un error decir que las sanguijuelas aplicadas á esta última region aumentan el aflujo sanguíneo, pues esto no puede suceder siempre que su número sea suficiente (por lo menos 25) y se favorezca la salida de la sangre de las picaduras. Deben aplicarse cataplasmas emolientes al perineo y al hipogastrio: los enfermos harán uso de los baños templados y las bebidas mucilaginosas, prescribiéndoles lavativas ó algun purgante suave para mantener el vientre libre. En general conviene abstenerse de administrar el nitro con las tisanas y de prescribir estas en demasiada abundancia, sobre todo si hay retencion de orina, ó cuando su escrecion exige esfuerzos muy dolorosos. Si la vejiga, distendida por la orina formase un tumor por encima del pubis, seria preciso practicar el cateterismo, por muy dolorosa que fuese esta operacion. Si tan solo con muchísimo trabajo se lograse llegar á la vejiga, y este órgano soportase la presencia de la sonda sin mucho padecimiento, se la podria dejar por algun tiempo dentro; pero en el caso contrario debe estraerse inmediatamente, volviéndola á introducir en caso necesario. Los medios terapéuticos varían poco en las diferentes especies de cistitis. No obstante, cuando el mal depende de la accion de las cantáridas, todos convienen en que debe administrarse el alcanfor en lavativas, fricciones y píldoras, solo ó combinado con el opio para calmar los dolores y la estremada escitacion de los órganos genitales. Cuando la cistitis es sintomática de la presencia de un cuerpo estraño que exige alguna operacion (litotomia ó litotricia), es preciso disminuir la inflamacion antes de practicarla.

En la cistitis crónica deben hacerse tambien una ó muchas aplicaciones de sanguijuelas, sobre todo cuando son vivos los dolores, insistiendo igualmente en los baños emolientes. Conviene favorecer la traspiracion cutánea mediante el uso de franelas y baños de vapor, y establecer una revulsion en el hipogastrio á beneficio de la pomada estibiada ó de un vejigatorio. Tambien se ha procurado modificar directamente el estado de las superficies enfermas, mediante la administracion de sustancias, que eliminadas por los riñones y mezcladas á la orina, modifican felizmente la superficie vesical. Asi es que en semejantes casos se ha administrado el bálsamo de copaiba en lavativas, ó por el estómago, la trementina. etc. Tambien se ha aconsejado inyectar directamente en la vejiga estos mismos medicamentos y otros muchos; por manera que se hacen inyecciones de calomelanos (cuatro ó seis granos en agua en cantidad suficiente), inyecciones de agua de brea, de agua sulfurosa, natural, inyecciones de copaiba en la dosis de una ò dos onzas y tambien inyecciones de nitrato de plata, inyectando en la vejiga agua pura ó mucilaginosa, para lo cual nos serviremos del instrumento inventado por J. Cloquet (*sonda de doble corriente*). Cuando la flegmasia es moderada, se han aconsejado las inyecciones del mercurio dulce, de agua de brea, sulfurosa, y aun de nitrato de plata. Con este último medio hemos visto curarse en algunos dias cistitis crónicas, que hacia muchos años se resistian á todo tratamiento. Para cauterizar la vejiga se empieza por vaciar la orina que contiene, y se inyectan despues onza y media ó dos onzas de una solucion concentrada de nitrato de plata,

ó bien se aplica el caústico en polvo sobre la vejiga con la sonda inventada por Lallemand. Este medio, que es uno de los mas eficaces, apenas es doloroso ni ocasiona accidente alguno, á no ser algun escozor que sobreviene á veces el mismo dia de la operacion, pero que cede comunmente con uno ó dos baños. Algunas veces es necesario recurrir á una nueva cauterizacion; pero es preciso dejar entre ambas operaciones un intervalo, por lo menos, de quince ó veinte dias. En la cistitis crónica se aconseja tambien emplear interiormente los resinosos, algunas aguas minerales y un régimen especial; pero como estos medios convienen especialmente en el catarro de la vejiga, hablaremos de ellos al tratar de esta afeccion.

Finalmente, hay cistitis crónicas que en razon de los desórdenes graves que producen, ó de la presencia de un cálculo demasiado voluminoso ó engastado, son completamente incurables, y entonces es preciso limitarnos á calmar los padecimientos, por lo regular atroces, de los enfermos, y el estado espasmódico de la vejiga por medio de supositorios narcóticos ó de lavativas opiadas.

## INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

Los órganos genitales de ambos sexos suelen inflamarse con frecuencia. En este capítulo solo estudiaremos las flegmasias del útero y dos de sus anexos, del ovario y ligamentos anchos; reservándonos describir la flegmasia de la vagina, lo mismo que la de la uretra, del prepucio y del glande en el hombre, para cuando tratemos estensamente mas adelante de la infeccion venérea. No debe, sin embargo, deducirse de aquí que todas las inflamaciones de la uretra en el hombre y de la vagina en la mujer, dependan siempre de la accion de una materia virulenta; pero si esta no es precisamente la única causa, es al menos la mas comun; y como, sea cual fuere el orígen del mal, no se observan en sus síntomas sino ligeros matices, mas no una diferencia muy notable, estudiaremos las inflamaciones de los órganos esternos de la generacion de ambos sexos, al tratar de los accidentes sifilíticos primitivos, para evitar repeticiones.

### *De la metritis.*

Desígnase con el nombre de *metritis* la inflamacion del tejido uterino. Casi todos los autores distinguen dos especies, segun que la inflamacion ocupa el parenquima del órgano ó se limita á la membrana interna. La primera constituye la metritis propiamente dicha, llamada tambien *profunda*, *flegmonosa* ó *parenquimatosa*; la segunda se designa generalmente con los nombres de *catarro uterino* ó *metritis catarral*, á causa del flujo mucoso, ó mucoso-purulento que se verifica por los órganos genitales. Ya veremos despues que los flujos blancos del útero son frecuentemente un síntoma de una multitud de alteraciones del órgano; pero hay otros que son esenciales, es decir, que no dependen de ninguna alteracion material, y están únicamente constituidos por una perversion secretoria de la membrana interna, de la cual hablaremos en el artículo *Leucorrea*. La metritis se distingue en *aguda* y *crónica*; la primera se divide en *simple* y *puerperal*, y la segunda ofrece tambien dos formas principales que estudiaremos por separado, y son la metritis con *induracion*, y la *ulcerosa* y *granulosa*.

### *De la metritis aguda simple.*

*Caracteres anatómicos.*—En los casos raros en que ha podido examinarse el estado del útero, afectado de una inflamacion simple, se ha encontrado un aumento del volúmen del órgano, y su tejido mas ó menos rubicundo, tenia mayor consistencia, pero era friable, ó bien se hallaba reblandecido, dejándose dislacerar, ó permitiendo la introduccion del dedo. Cuando llega á formarse pus, se infiltra en las paredes, las cuales suelen estar agrisadas, ó de un color de hoja seca. Mas raro ha sido encontrar el pus reunido en muchos focos aislados, unos libres, otros enquistados, presentando siempre un pequeño volúmen (desde el de un guisante hasta el de una nuez); Lisfranc ha visto dos que eran iguales con corta diferencia á la mitad del puño. Finalmente, mas raras veces se ha hallado el producto morboso encerrado en la cavidad uterina, la cual está en tales casos cubierta por una falsa membrana. Si esta se desprende, se encuentra la superficie interna del órgano roja, inyectada y friable. La misma alteracion puede existir en una de las trompas, ó en ambas á la vez, las cuales adquieren entonces un volúmen mucho mayor. Por último, la membrana peritoneal, los ovarios y los ligamentos anchos suelen participar con frecuencia de la flegmasia.

Pudiendo ser la metritis parcial ó general, las lesiones que la caracterizan ocuparán, por consiguiente, todo el útero ó alguna de sus partes, especialmente el cuello, la pared anterior ó posterior, uno de sus bordes, ó la cavidad.

*Síntomas.*—La metritis principia ordinariamente sin prodomos, y los síntomas que la caracterizan varían segun que la flegmasia está circunscrita ó se estiende á todo el órgano. Si la inflamacion se limita al cuello, se quejan las enfermas de dolor, de calor y punzadas en el fondo de la vagina: el cóito es sumamente doloroso, y si se practica el reconocimiento por el tacto, se advierte que el cuello está caliente, hinchado, sensible á la mas ligera presion, mas ó menos duro, y aumentado de volúmen; este suele estar duplicado ó triplicado, y aun puede adquirir el tamaño del puño de un adulto. En estos casos hay siempre cierto grado de prolapsus uterino, á no ser que la vagina, habiéndose hecho mas retractil, equilibre el desusado peso que ha adquirido el útero. Por medio del speculum descubriremos los diferentes cambios que han ocurrido en el aspecto del cuello, en el cual á veces se advierten erosiones, ulceraciones y falsas membranas que por lo regular son muy rebeldes.

Cuando la flegmasia invade el cuerpo del órgano en la totalidad ó en la mayor parte de su estension, se observa generalmente un conjunto de síntomas generales y locales mas graves que los anteriores. La invasion se marca comunmente por un escalofrío violento; sobrevienen en el hipogastrio dolores vivos y lancinantes, que se aumentan con la presion, los golpes de la tos, las inspiraciones profundas, y generalmente con la mayor parte de los movimientos del cuerpo. Las enfermas no pueden casi nunca mantener el tronco en su rectitud normal, pues en el mayor número de casos se ven obligadas á inclinarlo mucho hácia delante cuando andan; tambien suelen esperimentar una sensacion de peso en el ano ó un verdadero tenesmo; la escrecion de la orina es muchas veces dolorosa y difícil, y sienten por lo comun tiranteces ó punzadas en las in-

gles, en la parte interna y superior de los muslos y en la region sacra. Estos diversos accidentes se esplican por el mayor volúmen del órgano que comprime el recto, la vejiga y los nervios sacros, y que haciéndose mas pesado, produce tiranteces en los ligamentos que lo fijan en la pelvis. Cuando el dolor hipogástrico no es muy vivo, se puede percibir muchas veces que el fondo del útero se halla al nivel del púbis ó muchas líneas mas arriba, deprimiendo suficientemente la pared abdominal anterior. Introduciendo el dedo en el recto, se nota igualmente el aumento de volúmen del órgano en sus tres diámetros antero-posterior, transversal y vertical. Comprimiendo la pared recto-vaginal, y á veces introduciendo solo el dedo, se provocan vivos dolores. El tacto nos demuestra ademas si el cuello está sano, ó si participa de la enfermedad del cuerpo. El útero se halla casi siempre algo mas bajo ó mas oblicuo; otras veces sufre un ligero movimiento de retroversion, y mas bien de anteversion, pareciendo ser mas pesado cuando se quiere empujarlo hácia la pelvis; pero esta maniobra produce siempre dolores temibles. En general se nota que el órgano es poco movible, y aun á veces parece hallarse verdaderamente enclavado, siendo entonces imposible imprimirle ninguna especie de movimiento. En este caso no es raro que falte el flujo vaginal; pero en otros fluye por la vulva, en mas ó menos abundancia, un líquido amarillento, verdoso, blanquecino ó sanguinolento. Sea cual fuere la parte inflamada del útero, se observan casi siempre algunos desórdenes simpáticos respecto de muchas funciones, especialmente en los órganos digestivos; asi, pues, las enfermas tienen sed é inapetencia; muchas veces esperimentan náuseas y aun vómitos acuosos ó biliosos; el vientre se halla algo tenso y meteorizado, y las cámaras son escasas ó nulas; la calentura es intensa; la fisonomía espresa la ansiedad; hay una cefalalgia viva, y á veces un poco de delirio. Es raro, sin embargo, que la metritis simple vaya acompañada de este conjunto de síntomas graves, pues estos no se desenvuelven sino cuando sobrevienen complicaciones, entre las cuales las mas frecuentes son la flebitis y la peritonitis de la escavacion pelvitica. No obstante, conviene advertir al lector que semejantes complicaciones son muy raras en la metritis simple no puerperal.

*Duracion y terminaciones.*—La metritis aguda termina casi siempre de un modo favorable; sin embargo, se la ha visto algunas veces producir por resultado una muerte muy rápida; pero en tales casos existia casi siempre alguna complicacion en el peritoneo. La resolucion es el modo de terminar mas ordinario de esta enfermedad, y se la observa casi siempre entre el primero y segundo septenario. La terminacion por supuracion es sumamente rara, y es en general muy difícil diagnosticarla por el poco volúmen de los abcesos. Cítanse, sin embargo, casos de colecciones purulentas muy voluminosas, formadas en el espesor del útero, que se abrieron en su cavidad, en la del recto, ó al través de las paredes abdominales. Pero estos hechos, que en nuestro concepto pertenecen en su mayor parte á los abcesos de los ovarios ó de los ligamentos anchos, son muy raros; y muchos de ellos nos parecen, por otra parte, casi tan dudosos, como los relativos á las metritis agudas terminadas por gangrena y la eliminacion de todo el órgano. Parece, sin embargo, que se han encontrado muchas veces gangrenas parciales del cuello. La metritis pasa con mucha frecuencia al estado crónico.

La metritis aguda puede ocasionar diversos accidentes: asi, la obliteracion de las trompas ó las adherencias insólitas de su estremidad libre, pueden ocasionar una esterilidad incurable; y tambien las adherencias entre el útero y las paredes de la pelvis, pueden ser una causa del aborto, oponiéndose al desarrollo regular del órgano (Boivin). Finalmente, la metritis que sobreviene durante el embarazo, tiene casi siempre por resultado la muerte del feto y su espulsion prematura: tambien se ha visto en este caso al útero inflamado reblandecerse y romperse, lo cual produce como consecuencia inevitable que el producto de la concepcion pase al peritoneo, y que sobrevenga una peritonitis sobreaguda, rápidamente mortal.

*Diagnóstico.*—La peritonitis, la ovaritis, la vaginitis y la cistitis, son las principales enfermedades agudas que pueden confundirse con la que estudiamos. Mas tarde hablaremos del diagnóstico diferencial de las tres primeras; en cuanto á la cistitis, se distingue fácilmente de la metritis por el sitio superficial del dolor hipogástrico, el frecuente prurito de orinar, los sufrimientos y la ansiedad que preceden y acompañan á cada escrecion, la falta de dolores inguinales y sacros, y los resultados negativos que suministran el tactar vaginal y rectal. Escusado, es decir, que no pueden confundirse con una metritis los accidentes á veces violentos, que marcan el establecimiento ó reproduccion de las reglas en algunas mujeres, ni tampoco los dolores que acompañan el aborto y los desvíos del útero, pues el curso de la enfermedad y los resultados que el tactar suministra, no permitirán la menor duda acerca de la causa de las alteraciones que se observan. La esploracion por medio del dedo y la naturaleza de los síntomas nos darán á conocer por último, cual es la porcion del útero que se halla especial ó esclusivamente afectada. Asi, cuando el cuello es la única parte enferma, el dolor está concentrado en el fondo de la vagina, y el dedo reconoce que la parte interesada está caliente y muy sensible. Si por el contrario, la flegmasia está limitada al bajo-fondo del útero, el tactar por la vagina, como tambien el que se verifica por el recto, no dan indicio alguno, mientras que la presion hipogástrica escita los mas vivos dolores. El tenesmo vesical y la dificultad de orinar que predominan, revelarán, segun dice M. Chomel, que la lesion ocupa la pared anterior, mientras que, segun el espresado observador, los dolores se hacen sentir principalmente durante la defeccion, y ocupan la region sacra cuando la pared posterior es la especialmente atacada. Por último, M. Chomel nos dice ademas que en la afeccion de las partes laterales de la matriz se esperimentan particularmente dolores en las ingles y los muslos; en este caso, la presion hipogástrica es mas dolorosa en el lado enfermo, y el cuerpo del órgano está generalmente inclinado en este sentido, al paso que el cuello lo está en el opuesto.

*Pronóstico.*—La metritis simple es una enfermedad que rara vez compromete la vida; por lo cual su pronóstico es poco grave, á escepcion de los casos en que la flegmasia invade todo el órgano, cuando se propaga al peritoneo ó á las venas, ó bien cuando se desarrolla durante la gestacion. Por último, hemos dicho que aunque la metritis se cure, podia acarrear graves inconvenientes, como la esterilidad ó una estremada tendencia al aborto.

*Etiología.*—No todas las partes del útero están igualmente predispuestas á la inflamacion; el cuello es la que mas comunmente se afecta, lo que de-

pende, no solo de que está mas espuesta que el cuerpo á las violencias esteriores, sino tambien porque contiene mas tejido celular y mas vasos que aquel.

La metritis es una enfermedad sumamente rara antes de la época de la menstruacion, y tambien despues que esta ha cesado á consecuencia de la vejez. Tampoco lo es menos durante el embarazo, y cuando sobreviene en este período, casi siempre depende de una causa traumática, especialmente de las maniobras criminales que se hacen para provocar el aborto. La metritis puede ser completamente espontánea en el estado de vacuidad del útero; pero muchas veces reconoce alguna causa determinante apreciable, como las operaciones cruentas, el cansancio en una marcha, la caida sobre las caderas, el abuso de los placeres venéreos, los choques demasiado violentos del cuello del útero, la supresion repentina de las reglas, la presencia de un pesario en la vagina, la impresion súbita del frío, ó el abuso de inyecciones muy astringentes, empleadas para suprimir una hemorragia, y en fin, la estension al útero de una flegmasia de la vagina.

*Tratamiento.*—La metritis aguda se combate con los antiflogísticos ordinarios, es decir, con una ó muchas sangrías generales, y sobre todo, las sanguijuelas aplicadas en mayor ó menor número al hipogastrio, á las ingles y al ano, y las ventosas á la region sacro-lumbar. M. Duparcque preconiza tambien las sanguijuelas aplicadas directamente al cuello uterino; pero no está demostrado todavía que esta medicacion tenga la ventaja que le han atribuido algunas personas. Como quiera que sea, este medio es mas alarmante que doloroso. Las sanguijuelas ni aun despiertan dolor alguno cuando prenden en la superficie esterior; pero no sucede lo mismo cuando pican la cavidad del cuello; por esta razon debe cubrírsela de antemano con un pedazo de esponja ó de algodon. En las enfermas de metritis, el hipogastrio debe cubrirse con anchas cataplasmas emolientes; conviene hacer inyecciones de esta misma naturaleza en la vagina, y prescribir los baños templados, prolongándolos una ó muchas horas. A estos medios se agregarán la dieta, el uso de bebidas atemperantes, las lavativas emolientes ó algunos laxantes suaves, y en fin, la posicion horizontal en una cama cuyos colchones deben ser de crin. Esta medicacion debe continuarse mientras dura el estado agudo; pero si la enfermedad adquiere mayor violencia, será preciso recurrir inmediatamente á las fricciones mercuriales, que están igualmente indicadas en la época en que, habiendo disminuido los accidentes inflamatorios, queda todavía un infarto bastante considerable del tejido uterino.

### *De la metritis puerperal.*

La inflamacion del tejido uterino se advierte con frecuencia en las recien paridas, y presenta formas sintomáticas muy diferentes, segun la naturaleza de las lesiones concomitantes. Muchas veces la hemos visto coexistir con la flebitis de las venas y los senos uterinos; en otros casos la hemos encontrado acompañando tambien con bastante frecuencia á la peritonitis; finalmente, bajo el nombre de *putrescencia* describiremos mas adelante una alteracion que ha sido equivocadamente considerada por algunos como una metritis gangrenosa; pero en este breve artículo solo nos proponemos llamar un instante la atencion del lector sobre la metritis puerperal simple.

*Caracteres anatómicos.*—El útero se presenta voluminoso y estralimita el reborde superior de la pelvis. Sus paredes están flácidas, hinchadas, reblandecidas, algunas veces infiltradas de pus, y mas ó menos rojas é inyectadas; su cara interna es negruzca, y se la separa fácilmente de los detritus pulposos, sobre todo en los puntos correspondientes á la insercion de la placenta. Los anexos participan en ciertos casos de la alteracion del órgano uterino.

*Síntomas y curso.*—La metritis puerperal se anuncia algunas veces inmediatamente despues del parto; pero es lo mas comun que no se declare sino muchos dias, y aun hasta una ó dos semanas, despues de aquel acto. La invasion de esta enfermedad suele caracterizarse por un escalofrío mas ó menos violento. No obstante, en la mayor parte de las pacientes, el dolor es nulo ó casi insensible, al paso que en otras, el hipogastrio se hace asiento de dolores mas ó menos agudos y se pone tenso y prominente por el aumento de volúmen que esperimenta el útero, como se nota al tocar el mismo hipogastrio. Las enfermas se quejan ademas de dolores en las regiones lumbar é inguinal y en los muslos, y fluye por la vagina un líquido blanco casi de color de rosa ó completamente sanguinolento, y mas ó menos fétido. Introduciendo el dedo en este canal, mientras la mano opuesta permanece aplicada al hipogastrio, se puede medir con exactitud el volúmen del útero, su grado de movilidad, y su mayor ó menor inclinacion. Los desórdenes simpáticos varian mucho: por lo regular casi nulos en la metritis que ataca ocho ó quince dias despues del parto, son graves algunas veces cuando la enfermedad se declara pocas horas ó pocos dias despues de la espulsion del feto. Asi, pues, en el primer caso la calentura es moderada, ó bien falta completamente; se nota inapetencia, y algunas veces hay náuseas y estreñimiento. En el segundo caso la reaccion puede ser viva; hay meteorismo, vómitos verdosos y el conjunto de síntomas peculiar de la peritonitis. La inflamacion de las venas, la del peritoneo y la supuracion del tejido uterino son accidentes bastante comunes de la metritis que se declara pocos dias despues del parto, por cuya causa la terminacion suele ser la muerte. No sucede lo mismo con la metritis que sobreviene algunas semanas despues del mencionado acto, pues casi siempre tiene una terminacion feliz, aunque muchas veces la resolucion se hace esperar por un espacio de tiempo bastante largo, es decir, durante cinco ó seis semanas, ó dos meses. La estension de la flegmasia del útero á las adherencias de este órgano, ó al tejido celular de la pelvis y las fosas iliácas, es una circunstancia que retrasa, y hasta compromete algunas veces la curacion.

En atencion á lo que acabamos de esponer, se verá que el diagnóstico de la metritis puerperal, no puede presentar dificultad alguna.

*Pronóstico.*—Cuando la metritis simple sobreviene una ó dos semanas despues del parto, es una afeccion que pocas veces compromete la existencia; pero no podemos decir lo mismo de la que se declara inmediamente despues de aquel y se complica con los accidentes que mas arriba hemos enumerado.

*Etiología.*—La metritis puerperal, pocas veces espontánea, ataca casi esclusivamente á las mujeres que abandonan antes del tiempo oportuno la cama, ó se esponen á la accion del frío. Por esta causa, es desgraciadamente muy comun en las mujeres de las clases poco acomodadas.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la metritis puerperal no presenta indica-

cion particular. El reposo en la cama, las cataplasmas aplicadas al vientre y algunos laxantes, bastan en los casos mas benignos. Empezaremos recurriendo á una ó muchas sangrías generales, cuando se presenten la calentura y los síntomas graves. Las sangrías locales bastarán cuando el dolor sea intenso, pero la reaccion poca. Despues de haber llenado esta indicacion se dará principio al uso de las pomadas fundentes. Por último, en la forma grave de la enfermedad, deberemos conducirnos con arreglo á la naturaleza de los accidentes que se desarrollen. (Véanse los artículos *Peritonitis puerperal, Flebitis uterina* y *Putrescencia del útero*).

### *De la metritis crónica.*

La metritis crónica puede ser primitiva ó suceder á la aguda. Es mas frecuente que esta última, y se presenta bajo dos formas anatómicas principales, que pueden hallarse reunidas en la misma mujer, pero que las mas veces se encuentran aisladas, y son: 1.° la metritis con *infarto é induracion*; 2.° la metritis *ulcerosa*.

#### 1.° *Metritis crónica con infarto é induracion del tejido.*

*Caracteres anatómicos.*—En esta forma de la metritis se halla el útero tumefacto y desfigurado en parte ó en totalidad, segun que la flegmasia es limitada ú ocupa todo el órgano. La matriz en este último caso puede adquirir, sobre todo en su cuerpo, un volúmen doble, triple y hasta cuádruple del normal. La parte infartada es mas pesada y dura, aunque no tiene la pesadez y dureza del escirro; su superficie lisa, no abollada, es de un color pardusco ó rojizo, que es el que presenta tambien el corte que se hace en el tejido, que se deja dividir con bastante facilidad, y sin crugir bajo la accion del instrumento. Obsérvase ademas que las partes enfermas no han sufrido ninguna trasformacion orgánica, pues siempre se reconoce en ellas la estructura propia del útero, aunque parece que los tejidos han esperimentado una verdadera hipertrofia, pues sus fibras son mas aparentes, pudiéndose seguir á veces la direccion de algunas de ellas; una materia albuminosa se halla infiltrada en sus intersticios, sin que esté íntimamente combinada con ellas, pues comunmente se la puede separar despues de algunos dias de maceracion. A pesar del aumento de volúmen del cuerpo uterino, casi nunca es mayor la cavidad de esta víscera, y aun muchas veces se halla disminuida. Concíbese que este aumento de volúmen hará contraer á la matriz nuevas relaciones con los órganos abdominales: casi siempre, en efecto, está dislocada, en estado de prolapsus, ó desviada en diversos sentidos (*anteversion, retroversion, oblicuidades*): accidentes que pueden ser primitivos, pero que las mas veces son consecutivos al infarto, y dependen del peso insólido adquirido por el útero.

*Síntomas.*—Hay algunos infartos crónicos de la matriz que permanecen en un estado latente aunque sean bastante considerables, sin que se revelen por ninguna alteracion funcional; sin embargo, estos hechos son bastante raros, pues la induracion del órgano va casi siempre acompañada de síntomas locales y generales relativos á la estension del mal. Asi es que la mayor parte de las enfermas sienten en el hipogastrio ó en la pelvis un dolor profundo, sordo y

continuo, que se exaspera á cada paso, sobre todo despues de una fatiga ó de las épocas menstruales: se aumenta comunmente tambien con la presion, y va acompañado de las mismas tiranteces en las ingles y en la parte superior interna de los muslos, y de los mismos dolores, asi lumbares como sacros, que hemos referido en el estado agudo. En el infarto crónico es especialmente donde las enfermas se quejan de pesadez hácia el ano, tienen pujos, y hacen esfuerzos para defecar, esperimentan un estreñimiento continuo, frecuentes ganas de orinar y escozor durante la emision del líquido: accidentes que dependen en su mayor parte de la compresion que ejerce el útero sobre el recto y la vejiga. A veces no existe ningun flujo leucorréico, pero otras se verifica por las partes genitales un flujo mucoso ó seroso-sanguinolento, en mas ó menos abundancia, que es inodoro ó de un olor empalagoso. La menstruacion se halla casi siempre alterada en la metritis crónica, suspendida unas veces, y otras disminuida ó irregular en su manifestacion. Los padecimientos que produce el infarto del útero se aumentan casi siempre estando de pié, y especialmente cuando se anda, sucediendo lo contrario con la posicion horizontal, que suele calmarlos ó disiparlos completamente. Estos dolores impiden en el mayor número de casos las relaciones sexuales.

Los signos mas positivos se obtienen esplorando el órgano directamente, pues la introduccion del dedo en la vagina nos demuestra que el cuello está duro y aumentado de volúmen. Conviene tener en cuenta que el infarto verdaderamente inflamatorio, y que nada ofrece de escirroso, está rara vez limitado al cuello, y mucho menos á uno de los labios del hocico de tenca, propagándose casi siempre al mismo cuerpo. En este caso, elevando el dedo como para empujar la víscera hácia el estrecho superior, se observa que está pesada y mas ó menos movible; y si mientras el dedo permanece en la vagina se aplica la otra mano al hipogastrio, puede apreciarse el volúmen del útero en su sentido vertical. Por último, si para completar la esploracion se introduce el dedo por el recto, se demuestra mejor que por el tacto vaginal el aumento de volúmen del cuerpo uterino y su grado de consistencia. El spéculum solo es útil cuando está infartado el mismo cuello, pudiéndose ver entonces con este instrumento la rubicundez de la parte, y apreciar su direccion y volúmen.

Esta esploracion revelará tambien los casos en que la hinchazon está circunscrita á la pared anterior ó á la posterior del útero, ó á uno de sus bordes. En el primer caso hay comunmente una anteflexion; pues el cuerpo uterino está muy inclinado hácia adelante, y la pared anterior de la vagina se halla de tal modo prolongada, que es difícil llegar al útero con el dedo; el infarto de la pared posterior ocasionará la retroversion, y si la tumescencia ocupa uno de los lados del órgano, habrá inclinacion del útero hácia el lado correspondiente de la pelvis.

Las diferentes esploraciones de que acabamos de hablar se practican algunas veces sin escitar dolores; pero el tactar es mas ó menos doloroso en el mayor número de casos, sobre todo cuando comprimimos ciertas partes, ó nos esforzamos en empujar el útero hácia el vientre. Tampoco es raro que durante estas maniobras sobrevenga algun ligero flujo de sangre; pero este fenómeno es mucho menos frecuente en este caso que en la degeneracion cancerosa.

En el infarto crónico del útero suele alterarse poco la nutricion; muchas en-

fermas conservan bastante fuerza y robustez, digieren perfectamente, y muy rara vez sobreviene la calentura. Hay otras muchas, sin embargo, en quienes se manifiestan diversos trastornos simpáticos, especialmente en los órganos digestivos, cuyas funciones son penosas, y van acompañadas de desprendimiento de gases y de hinchazon de vientre.

M. Benett, en su obra, dice tambien que suele haber alteraciones en el hígado y un aumento frecuente de volúmen en este órgano. Este es un hecho de que en Francia no se ha visto ejemplo alguno. Pero es indudable que muchas mujeres esperimentan diferentes accidentes nerviosos, como una cefalalgia fuerte y rebelde, en ciertos casos la vista turbia y algunos síntomas histéricos. Hase dicho, finalmente, que los pechos estaban tumefactos y dolorosos; pero este fenómeno no es tan comun como generalmente se asegura.

En suma, el infarto del útero, por considerable que sea, no suele producir las mas veces otras alteraciones funcionales que las que resultan del volúmen del órgano, y de la compresion ó tiranteces que ejerce sobre los inmediatos. En la manifestacion de los accidentes simpáticos que sobrevienen en gran número de mujeres, es preciso tener en cuenta el reposo á que se ven condenadas, sus preocupaciones y el régimen debilitante á que es forzoso sujetarlas.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Estos infartos permanecen habitualmente estacionarios por mucho tiempo, y tienen una duracion muy larga, pues es raro que principien á ceder antes de dos ó tres meses, y casi siempre tardan en resolverse uno ó muchos años. Está generalmente admitido que pueden degenerar en escirro y cáncer; pero esta trasformacion, que es muy rara, solo se observa en las mujeres predispuestas, y si algunos la tienen por muy comun, es porque confunden los infartos primitivamente escirrosos con los inflamatorios. La terminacion por supuracion es muy rara; por otra parte, los abcesos que se observan en el curso de los infartos crónicos del útero, se forman con menos frecuencia en este órgano que en sus anejos ó en el tejido celular de la pelvis, á cuyas partes se propaga á veces la inflamacion.

*Diagnóstico.*—Los dolores lumbares y sacros, la tirantez en las ingles y muslos y el peso en el perineo, indican casi siempre una afeccion del útero. Entre los fenómenos simpáticos, M. Benett insiste, sobre todo en los desórdenes digestivos, y especialmente en las náuseas, las que considera como un síntoma precioso y casi característico de la inflamacion crónica del cuerpo uterino. Sin dejar de creer que hay alguna exageracion en este modo de ver, opinamos, sin embargo, que debe tenerse muy presente este signo indicador. Solo el tactar es el que puede inducirnos á establecer el diagnóstico con alguna certeza, dándonos á conocer el asiento y la naturaleza del mal. El infarto del cuello no puede jamás confundirse con ninguno de los muchos tumores que se encuentran en la vagina. El del cuerpo tampoco puede confundirse con un embarazo incipiente, ni tampoco con el desarrollo del útero que produce una mola, atendiendo á su dureza, al dolor que provoca la presion y á los accidentes que lo acompañan, pues en ninguno de estos casos tiene el órgano la consistencia que adquiere cuando está crónicamente inflamado. El infarto crónico se diferencia de una produccion cartilaginosa del tejido uterino, en que el órgano entonces está desigual y erizado de tumores duros y sólidos, cuyo desarrollo es muy lento. La enfermedad que tiene mas analogía con la metritis

crónica acompañada de induracion, es sin duda alguna el escirro, siendo tan grande su semejanza, que en algunos casos es imposible establecer desde luego el diagnóstico diferencial. Estas dos enfermedades pueden sin embargo distinguirse las mas veces, considerando que el escirro se limita con mas frecuencia al cuello á lo menos al principio; que generalmente está mejor circunscrito que la induracion inflamatoria, y que la dureza del infarto y el peso del tumor son tambien mucho mayores, y menos dolorosa la presion. Por último, las desigualdades y abolladuras del tumor escirroso, su color, que es de un blanco mate, y las hemorragias que lo acompañan, son otros tantos caracteres que lo distinguen de los infartos simplemente crónicos.

*Pronóstico.*—El infarto crónico del útero es una afeccion que rara vez compromete la vida; pero es bastante grave su pronóstico, sobre todo por la lentitud con que se verifica la curacion. Como es innegable que en algunos casos, aunque raros, puede degenerar en escirro, debe inspirarnos mucha inquietud todo infarto uterino que sobreviene en una mujer hácia la edad crítica, ó que se halla predispuesta á padecer un cáncer hereditario. El infarto uterino, aunque limitado al cuello, es una causa frecuente de esterilidad. Si sobreviene en el curso de un embarazo, ó bien, si habiéndose desarrollado primitivamente, no ha sido obstáculo para la fecundacion, ocasionará por lo menos un aborto casi seguro. Lo que digo de la induracion del cuello es tambien aplicable á la del cuerpo. M. Benett opina igualmente que las flegmasias del segmento inferior son una de las causas mas frecuentes y de las que menos se sospecha, de los abortos.

*Etiología.*—La metritis crónica es muy rara despues de la edad crítica, pues afecta especialmente á las mujeres desde los veinte y cinco á los cuarenta años, y segun M. Benett, no es tan poco frecuente como se dice en las jóvenes, en quienes por lo regular ocupa el cuello de la matriz. Los infartos crónicos muchas veces son consecutivos á la metritis aguda, pero es mas comun que se desarrollen lentamente de un modo insidioso, sin que lleguen á revelarse por síntomas particulares, hasta que ocupan una grande estension. Esta enfermedad se observa especialmente despues de los partos laboriosos ó de los abortos, sobre todo si han sido provocados por alguna maniobra directa. La sodomia y el abuso del cóito son causas tan activas de la metritis crónica como de la aguda, y obran especialmente con mas eficacia cuando el útero se halla en el estado de prolapsus.

*Tratamiento.*—A no existir alguna contraindicacion, debe empezarse con los antiflogísticos el tratamiento de las induraciones crónicas del útero. Cuando la mujer es robusta, pueden hacerse una ó dos sangrías generales, recurriendo en seguida á algunas emisiones sanguíneas locales; asi, pues, se aplicarán ventosas escarificadas á los lomos y las regiones sacra é hipogástrica, ó bien se pondrán sanguijuelas en las ingles, la vulva ó el ano, cuidando de aplicar un gran número cada vez, y de favorecer la salida de la sangre para desinfartar los tejidos, é impedir asi la congestion que resultaria de una sangría local insuficiente. Algunos prácticos, el doctor Duparcque entre otros, han aconsejado en estos últimos tiempos aplicar las sanguijuelas al mismo cuello uterino, puesto de antemano al descubierto por medio del spéculum. El hábil médico que acabó de citar, parece haber obtenido con mucha rapidez por este medio la resolucion de infartos uterinos muy considerables. Nosotros, sin embargo,

no hemos sido tan felices y consideramos con Dugés, Mad. Boivin y M. Chomel, la aplicacion de las sanguijuelas al cuello uterino como una práctica poco segura, y muy desagradable é incómoda para las enfermas, mas bien que dolorosa. No conviene pues recurrir á ella hasta que hayan sido inútiles las demás sangrías locales, siempre que esté indicado todavía el estraer sangre. Al mismo tiempo, las enfermas tomarán baños generales ó de asiento, emolientes, y se harán inyecciones mucilaginosas y calmantes en la vagina: tambien se aconseja introducir las cataplasmas en este órgano, á fin de someter el cuello á una maceracion prolongada; pero este medio, cuya accion es muy dudosa, repugna mucho á las mujeres. Las enfermas deben guardar una quietud ábsoluta en posicion horizontal, hacer uso de lavativas ó de bebidas ligeramente laxantes para mantener libre el vientre, y sin someterse á una dieta severa, es preciso al menos que tomen muy poco alimento, para que se active en lo posible la absorcion intersticial sobre todo á espensas del órgano enfermo. Si á pesar de estos enérgicos medios, persiste el infarto, es preciso recurrir á los revulsivos y fundentes. A los primeros corresponden los vejigatorios, la pomada estibiada, los cauterios y las moxas á la region sacra ó al abdómen, y el sedal al hipogastrio. Los segundos deben elegirse especialmente entre las preparaciones mercuriales ó yoduradas, administrándolas en fricciones sobre el hipogastrio y la parte interna y superior de los muslos. Tambien se han elogiado los preparados de oro, de arsénico y de tártaro estibiado en fricciones (veinte granos por una onza de manteca), no para producir un efecto revulsivo, sino para provocar su absorcion sin causar erupciones cutáneas. Este medio ha sido propuesto por M. Duparcque, y generalizado en otras afecciones por M. Julio Guérin; pero aun no contamos con una serie de hechos rigurosamente observados que responda de un modo favorable al empleo de esta medicacion. Pueden ser igualmente de alguna utilidad los alcalinos en baños, en bebidas é inyecciones, como tambien el yoduro de potasio administrado interiormente desde 20 hasta 80 granos. En los infartos completamente indolentes y muy antiguos, pueden tambien ensayarse los chorros ascendentes frios en la vagina, ya simples, ya alcalinos ó sulfurosos, segun el mayor ó menor grado de rebeldía del mal; pero este medio exige muchas precauciones, y deberia suspenderse si fuera demasiado doloroso. Por último, hay infartos que se resisten á todas la medicaciones precedentes; y por poco que los antecedentes nos autoricen á ello, deberemos ensayar un tratamiento antisifilítico, porque hay muchas induraciones del cuerpo y del cuello uterino que reconocen por única causa el virus venéreo.

Nada he dicho de los sedantes y narcóticos, aunque son auxiliares poderosos de las demás medicaciones. Recúrrese á ellos cuando los dolores son agudos, cuando existe algun otro accidente nervioso, ó bien, por último, cuando se quiere moderar la accion irritante de ciertos medicamentos.

### 2.° *Metritis crónica ulcerosa y granulosa.*

En el cuello del útero pueden desarrollarse ulceraciones de diversa especie: unas son efecto de un trabajo idiopático y puramente local, y otras, por el contrario, son producto de una causa específica, como el virus sifilítico, ó de una diátesis como el cáncer. Tambien se ha dicho que habia úlceras herpéticas y

escrofulosas, pero hasta ahora es muy dudosa su existencia. Aquí solo vamos á ocuparnos de las ulceraciones idiopáticas, que dividiremos en tres especies: *erosiones simples* ó *exulceraciones*; *erosiones con granulaciones* y *úlceras propiamente dichas*.

Las erosiones son unas ulceraciones sumamente superficiales, que parecen resultar únicamente de la destruccion del epitelium, y de la inflamacion del cuerpo reticular, que está rubicundo y liso. No obstante, la superficie descubierta se halla mas comunmente erizada de un número mas ó menos considerable de pequeñas granulaciones rojas que brotan sangre con facilidad, y están separadas por surquitos que les dan un aspecto muy parecido al de la fresa, y sobre todo al de la frambuesa. Esta lesion puede limitarse á uno de los labios del hocico de tenca; pero casi siempre llega á invadir ambos, y se propaga mas ó menos sobre el cuello, que está hinchado y tumefacto, igualmente que en su cavidad y hasta la cara interna del cuerpo; es sumamente comun, y se la conoce con los nombres de metritis *granulosa* ó *ulceracion granulosa* ó en forma de *frambuesa*. No todos, sin embargo, admiten en semejantes casos, la existencia de una exulceracion del cuello. Los catedráticos Chomel y Velpeau miran especialmente las granulaciones de que hablamos, no como meras vegetaciones formadas en la superficie de una úlcera, sino como una hipertrofia de los folículos mucosos. Aunque estoy muy acostumbrado á participar de las opiniones de los dos espresados maestros, no puedo, sin embargo, asociarme todavía á su dictámen, puesto que, examinando gran número de cuellos uterinos enfermos, he creido reconocer en los casos de que hablo, los caracteres de una ulceracion muy superficial. Nada es mas exacto que comparar el estado que entonces presenta el cuello á la superficie de un vejigatorio cubierto de pequeños mamelones carnosos. En efecto, en uno y otro caso no se advierte sino una simple denudacion.

No obstante, se encuentran algunas veces en el cuello, como ya hemos dicho, ulceraciones mas ó menos anchas y profundas, de las cuales unas son efecto de una causa específica, como la sífilis, los cánceres y tubérculos, al paso que las otras, por lo regular espontáneas, dependen de una modificacion local, de una alteracion de nutricion del tejido en que tienen su asiento. De estas únicamente nos ocuparemos ahora.

Las ulceraciones de que hablamos son á veces muy superficiales; en otros casos son profundas, y entonces casi siempre se presentan acompañadas de un infarto del cuello. La solucion de continuidad puede limitarse á uno de los labios ó estenderse á los dos; y aun algunas veces se propaga al interior del cuello. En este caso el orificio está dilatado, y es frecuente que entonces pueda introducirse una sonda hasta la cavidad del cuerpo. El cuello unas veces está endurecido, otras por el contrario, está reblandecido, y se presenta como edematoso al tactarle. La superficie de la ulceracion es mas ó menos desigual, pero no grisienta, y sus bordes no están cortados á pico, como en la ulcera sifilítica; tampoco se observan vueltos hácia fuera, duros ó friables, como en la úlcera cancerosa; sino que son mas ó menos delgados, y en fin, no hay cavernas huecas en el cuello, ni trayectos fistulosos que den paso á una materia de aspecto caseoso, como ocurre en las úlceras tuberculosas. Tan solo se descubren algunas veces en las ulceraciones en cuestion, unas pequeñas fungosidades que fácil-

mente esprimen sangre: en este caso se dice que la ulceracion es *fungosa*.

Por último, hemos dicho que existen algunas veces en el cuello verdaderas úlceras mas ó menos anchas y profundas, ó bien unas fisuras que ocupan los surcos, efecto de las dislaceraciones que sufre el cuello en los partos. Sin embargo, estas dos últimas especies de soluciones de continuidad son muy raras, y mas todavía si se comparan con la ulceracion granulosa.

*Síntomas.*—Las alteraciones que producen las úlceras simples ó granulosas del cuello, son muy variables. Hay mujeres que no esperimentan la menor incomodidad; otras padecen un pequeño flujo leucorréico, aunque este es casi siempre muy considerable y tiene un color blanco, opaco, ó puriforme, y suele estar mezclado con unas mucosidades trasparentes que provienen de la superficie interna del útero y de su cuello. Las mujeres sienten al mismo tiempo calor en el fondo de la vagina, un peso incómodo en el ano, y tiranteces y dolores en las ingles, los muslos y en la region sacro-lumbar. Estos padecimientos son tan considerables en algunas mujeres, que les impiden andar por algun tiempo y aun estar en pié. El cóito suele ser doloroso y determina un flujo sanguíneo. La menstruacion puede conservarse regular, pero muchas veces llega á alterarse, ora respecto de las épocas, que se hacen irregulares, ora respecto á la cantidad de sangre, que es mas ó menos considerable. Los datos que suministra el tactar son casi siempre negativos. Por medio de él podemos cerciorarnos de que no existe infarto alguno en el cuerpo ni cuello, pero es raro que por él lleguemos á conocer la lesion que reside en el hocico de tenca. Hay sin embargo, casos en que aplicando el dedo sobre esta parte del órgano, se perciben pequeñas desigualdades, ó bien en lugar de una superficie lisa, compacta y resistente, se encuentra una blanduja y tomentosa, que segun M. Chomel, produce una sensacion análoga á la que resulta de tocar el *terciopelo de Utrecht*. Sin embargo, todos los signos que acabamos de enumerar solo pueden hacernos presumir la naturaleza de la alteracion del cuello, y es preciso para reconocerla de un modo positivo, poner las partes al descubierto por medio del spéculum. El cuello se presenta entonces voluminoso, y asi los labios como el orificio tienen un color rubicundo vivo, formando una chapa oval ó redondeada bien circunscrita, y muy distinta de la parte sana, no solo por su coloracion, sino tambien por las pequeñas elevaciones confluentes de que está sembrada su superficie, las que ya hemos comparado por su aspecto, á la frambuesa.

Las úlceras profundas y fungosas con vegetaciones, como tambien las grietas, producen la mayor parte de los accidentes de las ulceraciones simples ó granulosas. Parece, sin embargo, segun las observaciones de Duparcque, que las primeras determiman flujos menos abundantes; pero van acompañadas de mayor dolor y de una sensacion de quemadura y de corrosion que suelen exasperarse de un modo estremado con el cóito. Por medio del tacto podemos reconocer su existencia, pues el dedo encuentra una depresion ó una escotadura mas ó menos profunda que ocupa un punto de la circunferencia del orificio uterino. El cuello está ademas considerablemente infartado, desfigurado y mas ó menos desviado; unas veces duro, otras blando y como fungoso. La menstruacion se encuentra siempre mas gravemente alterada; la sangre suele fluir en cada período con dolores muy agudos, y segun la observacion de M. Beunett, una de las formas mas graves y rebeldes de la dismenorrea, aun en las donce-

llas, se complica con la presencia de ulceraciones en el cuello del útero. En las mujeres embarazadas, las ulceraciones, mas rebeldes que en cualquiera otro estado, se convierten en una causa muy comun de aborto, y agravan tambien, segun el testimonio de M. Beunett, las náuseas y los vómitos que con tanta frecuencia acompañan el estádo de gestacion.

*Curso.*—Es cierto que las diversas ulceraciones del cuello pueden cicatrizarse espontáneamente; pero la mas rebelde de todas es la ulceracion granulosa, la cual dura siempre mucho tiempo. Las ulceraciones uterinas durante la preñez tienen tambien mas tendencia á estenderse que á curarse. En el estado de vacuidad se nota que los períodos ménstruos las agravan igualmente en el mayor número de casos. Algunas veces, despues de haberse mostrado muy rebeldes, se curan espontáneamente al llegár la época de la cesacion de las reglas.

*Diagnóstico.*—Repetimos que las diferentes especies de ulceraciones del cuello uterino, y especialmente la metritis granulosa, solo pueden diagnosticarse poniendo al descubierto la parte enferma por medio del spéculum. Los caracteres que ofrece la ulceracion, como el color rubicundo y el estado granuloso de la superficie sin depresion, no permiten se confunda con ninguna otra especie de úlceras y mucho menos con las sifilíticas y cancerosas, con las que no tiene ninguna analogía, segun veremos mas adelante.

*Pronóstico.*—Las ulceraciones del cuello que acabamos de estudiar, no comprometen la vida, si bien muchas de ellas son graves á causa de su rebeldía y de las condiciones en medio de las que se presentan. La metritis granulosa es una afeccion que puede, sí, ser incómoda, pero nunca de peligro, y por muy antigua y estensa que sea, jamás degenera en cáncer. Conviene siempre, pues, disuadir á las enfermas del temor que tienen, y abstenernos de llamar á su enfermedad *úlcera* ó *ulceracion*, porque estas palabras suelen sugerirles la idea de una afeccion cancerosa. Las ulceraciones profundas, sobre todo las que se complican con infarto del cuello, son mas graves, no en virtud de sus consecuencias, que nunca son fatales, sino á causa de su larga duracion. Estas afecciones pueden impedir la fecundacion, por el obstáculo mecánico que oponen algunas veces á la introduccion del licor seminal en la cavidad uterina: MM. Chomel y Emery han visto casos de este género.

Tampoco debemos olvidar hasta qué punto son peligrosas las ulceraciones fungosas, cuando las mujeres están embarazadas. En efecto, el aborto es siempre inminente, y puede considerarse inevitable cuando las ulceraciones penetran en el cuello. El aborto suele entonces sobrevenir repentinamente y sin causa bien conocida. Es, pues, necesario prevenir á las familias, á fin de que no atribuyan al tratamiento un accidente que es una mera consecuencia de la enfermedad.

*Etiología.*—Todavía es muy imperfecto el conocimiento que tenemos de las causas de la metritis ulcerosa; lo único que sabemos de positivo es, que las ulceraciones, especialmente las granulosas, solo se observan en las mujeres jóvenes, es decir, entre los 25 y 40 años, y que las padecen especialmente las que han tenido uno ó muchos hijos. No obstante, las observaciones hechas por M. Bennett en Inglaterra, prueban que estas lesiones son bastante comunes en las doncellas, porque muchas dismenorreas y leucorreas rebeldes se complican, al parecer, con las ulceraciones del cuello. Algunos admiten que el paso conti-

nuo de mucosidades alteradas al través del cuello, y su permanencia en el fondo de la vagina puede ocasionar erosiones, y sobre todo erosiones granulosas; pero nada se sabe con certeza respecto del particular. Observamos, por otra parte, que muchas mujeres que padecen un flujo únicamente albuminoso, tienen erosiones muy dilatadas, en tanto que otras, padeciendo una leucorrea que les irrita la vulva y los muslos, no tienen ulceracion ni granulacion alguna en el cuello uterino. El virus venéreo carece de influencia en la produccion de esta enfermedad.

*Tratamiento.*—El tratamiento consiste en calmar la inflamacion cuando es muy viva, y en procurar que se cicatricen las úlceras. Si estas son muy dolorosas y ocupan un fondo inflamado y duro, debemos limitarnos á prescribir los baños, las inyecciones mucilaginosas y calmantes, y tambien á veces una ó dos emisiones sanguíneas, generales ó locales. Luego que pase el período de inflamacion, deben reemplazarse los emolientes con los resolutivos y astringentes, como las soluciones de alumbre, acetato de plomo y sulfato de zinc; y si los tejidos se hallan atónicos, se inyectará en la vagina alguna sustancia tónica y astringente á la vez, como el cocimiento de quina, de encina, de agallas, ó de nogal. Estos medios, sin embargo, son generalmente muy poco eficaces para combatir las ulceraciones granulosas, cuya cicatrizacion casi nunca se consigue hasta modificar el estado de las superficies por medio del cáustico. Para esto se empieza, introduciendo el speculum con objeto de poner el cuello descubierto, y despues de limpiar con un lechino de hilas las mucosidades de que se halla cubierto, se toca la superficie roja y granulosa con un pincel empapado en una solucion concentrada de nitrato de plata, ó mejor todavía con este mismo cáustico sólido. La cauterizacion debe ser generalmente superficial, á no ser que la superficie esté blanduja y sanguinolenta, pues entonces conviene que sea mas profunda para destruir con ella la exuberancia del tejido. En este caso puede hallar naturalmente su aplicacion el cáustico de Viena sólido; no obstante, en el mayor número de casos basta el nitrato de plata. Cuando la superficie enferma se ha puesto blanca por la accion del cáustico, se hace una inyeccion de agua templada para que arrastre las partes de este que no habiendo obrado, pudieran dirigir su accion sobre la vagina, retirando despues el speculum. Es raro que baste una sola cauterizacion, pues casi siempre es preciso repetirlas en mas ó menos número, cuidando que medie un espacio bastante largo de una á otra. Fundándonos en los muchos ensayos comparativos que hemos hecho, creemos debe dejarse un intervalo de ocho dias entre las cauterizaciones. Esta ligera operacion no produce por lo comun ningun dolor; algunas mujeres, sin embargo, se quejan de un poco de escozor, y en muchas sobreviene un ligero flujo sanguíneo el mismo dia de la cauterizacion, sobre todo si es la primera ó segunda vez que se practica. Hay algunas tambien en quienes las reglas se anticipan muchos dias. El flujo leucorréico disminuye casi siempre al cuarto ó quinto de hecha la primera cauterizacion. Nosotros acostumbramos prescribir un baño templado el mismo dia que esta se practica, algunas inyecciones vaginales y la quietud en posicion horizontal: pero los dias siguientes aconsejamos á las mujeres que se entreguen á sus ocupaciones habituales, pues no podemos aprobar aquí la práctica de muchos médicos que condenan las enfermas á una quietud absoluta durante meses enteros, lo cual suele acarrear en

ellas alteraciones digestivas y diversos trastornos nerviosos. La quietud, sin embargo, seria necesaria cuando hubiese un infarto considerable ó alguna dislocacion del útero. Conviene que se abstengan completamente del cóito, ó que al menos dejen trascurrir de uno á otro un intervalo muy largo mientras dura el tratamiento, que suele prolongarse dos ó tres meses y aun mas.

Aunque nosotros preferimos siempre el nitrato de plata, no ocultaremos, sin embargo, que no todos los prácticos son de este parecer; asi, pues, hay muchos que emplean el nitrato ácido de mercurio, que sin presentar ventaja alguna sobre el primero, suele ocasionar salivaciones interminables. Otros, como ya hemos dicho, han aconsejado que se toque la superficie enferma con el cáustico de Viena sólido; y en fin, M. Jobert há encomiado mucho, en estos últimos tiempos el uso del cauterio actual al grado blanco. Este medio, mas imponente que doloroso, es muy eficaz, sobre todo, en las úlceras fungosas; pero respecto de las simples ó granulosas, preferimos el nitrato de plata.

La cauterizacion no solo conviene en la metritis granulosa, sino que es tambien eficaz para combatir las erosiones y las úlceras benignas simples ó complicadas con un infarto del cuello, cuando los tópicos emolientes y detersivos han sido inútiles para producir su cicatrizacion. Por lo demás, cuando hay á la vez infarto y ulceracion del cuello, debe combatirse la lesion que predomine. En general, ha de procurarse desde luego disolver el infarto.

¿El estado de preñez debe modificar el tratamiento de las ulceraciones fungosas? No lo creemos, pero apenas podemos contar con un próspero resultado. La mayor parte de los médicos creen que las cauterizaciones ligeras practicadas con el nitrato de plata son ineficaces y aun tal vez dañosas, porque, viéndonos precisados á repetirlas con frecuencia, debemos temer escitar congestiones uterinas. Por esta razon aconsejan el empleo de cáusticos mas enérgicos, prefiriendo unos el hierro enrojecido al fuego, y otros, de acuerdo con MM. Boys de Loury y Costilhes, el cáustico Filhos (1) (cáustico de Viena en cilindro); pero resulta, sin embargo, de las observaciones consignadas por el doctor Coffin, en su tesis (2), que todos los tratamientos aconsejados hasta el dia son inútiles en la generalidad de los casos. Esta materia merece, por consiguiente, que los observadores fijen en ella su atencion.

### *De la ovaritis.*

Desígnase con el nombre de *ovaritis* ú *ooforitis* la inflamacion del tejido de los ovarios.

*Caracteres anatómicos.*—El ovario inflamado adquiere casi siempre un volúmen triple ó cuádruple del normal, y algunas veces tiene la dimension de un huevo de ganso ó la del puño de una persona adulta; su figura es entonces redondeada ú oval; su tejido, blandujo y friable, es de un rojo mas ó menos subido, é interiormente se halla infiltrado de un líquido seroso ó sero-albuminoso, notándose á veces tambien en él pequeñas colecciones sanguíneas. En una época algo mas adelantada se encuentra pus infiltrado, que forma despues uno ó mas focos. Cuando el ovario tiene mucho volúmen, no solo disloca el útero y comprime el recto, la vejiga, los vasos y nervios pelvianos, sino que desciende mas

(1) *Thèse de Paris*, 1843, n.° 163; y *Gazette médicale* de 1845.
(2) *Thèse de Paris*, 1851, n.° 43.

ó menos por debajo del estrecho superior. Por estas numerosas relaciones que adquiere, se esplican, como diremos mas abajo, los diferentes puntos en que pueden abrirse los abcesos ováricos. Por último, para terminar la anatomía patológica de la ovaritis, diremos que esta suele coexistir frecuentemente con otras alteraciones recientes ó antiguas del útero, de los ligamentos anchos de las trompas, de la vajina ó del peritoneo. Aun no conocemos suficientemente los caracteres anatómicos de la ovaritis crónica.

*Síntomas.*—La ovaritis empieza casi siempre por un dolor vivo ú obtuso que refieren las enfermas á la parte posterior y profunda de uno de los arcos crurales. Este dolor se aumenta con la presion, dificulta el andar, y va comunmente acompañado de un malestar general, de fiebre, y algunas veces de náuseas y vómitos. A esto sucede bien pronto la formacion de un tumor mas ó menos voluminoso, que, oculto al principio profundamente en la pelvis, no tarda en llegar hasta el nivel del estrecho superior, y aun suele prolongarse hácia la fosa ilíaca, siendo mucho mas raro que se dirija hácia los lomos, ó que llegue hasta el ombligo, costeando la línea blanca. Este tumor, que tiene la forma de un óvalo prolongado, guarda casi siempre una posicion oblicua; es duro, resistente, completamente macizo y muy doloroso. Por medio de la palpacion y la percusion pueden marcarse con facilidad sus límites superior y laterales, pero no sucede lo mismo con el inferior, el cual penetra profundamente en la escavacion pelviana. Si se introduce el dedo en la vagina, suele encontrarse el útero mas bajo ó mas inclinado, ó bien en un estado de anteversion ó retroversion, á causa del rechazo ó la dislocacion producida por el tumor morboso. Nos aseguraremos, ademas, de que los movimientos comunicados al cuello se trasmiten al tumor y recíprocamente, aunque no, sin embargo, de una manera tan directa como si el tumor estuviese formado por el mismo útero. Por último, el tactar rectal puede darnos á conocer si el tumor está en relacion con el intestino.

*Curso y terminaciones.*—Cuando el infarto inflamatorio disminuye y aun desapárece despues de uno ó dos septenarios, despues de haber estado algunos dias estacionario, se dice que termina por resolucion. Nada prueba, como se ha dicho en diversas épocas, que la ovaritis pueda terminar por metástasis, como sucede en ciertos infartos testiculares, ya sea que aquella se verifique en el ovario del lado opuesto, ya en el tejido celular parotídeo (*parótidas*). La supucion, por el contrario, es una terminacion muy comun, y se revela por la recrudescencia de los accidentes inflamatorios, y mas tarde por escalofríos irregulares y sudores nocturnos. El tumor se halla al mismo tiempo mas blando y fluctuante, sino en toda su estension, por lo menos en algunos de sus puntos. Entonces es sobre todo, cuando se notan ciertos accidentes, como el entorpecimiento, los calambres, el edema del miembro pelviano correspondiente, el frecuente prurito de orinar, la disuria y el estreñimiento á causa de la compresion que ejerce el abceso ovárico sobre los nervios, los vasos, la vejiga y el intestino recto. En esta circunstancia conviene repetir el tacto vaginal y rectal, para comprobar las relaciones que ha contraido el tumor con estos diversos órganos.

El pus puede abrirse paso al esterior por muchos caminos. La mayor parte de las veces, el abceso se vacia en uno de los órganos vecinos, especialmente en el recto y la vagina; con menos frecuencia, en el cuello del útero, y aun muchas menos veces en la vejiga. El foco puede tambien abrirse al través de

las paredes abdominales, ó bien romperse en el peritoneo, aunque este hecho es raro, produciendo una peritonitis sobre-aguda que es prontamente mortal. Si se esceptua este caso, la abertura del abceso va siempre seguida de un alivio notable. El flujo de pus continúa, en general, durante muchos dias, hasta que al fin llega á cesar ya porque se haya agotado el foco, en cuyo caso quedan curadas las enfermas de repente, ó mas bien porque la abertura de comunicacion se ha estrechado ú obliterado: entonces, acumulándose el pus en el foco, el tumor recobra sus primeras dimensiones y se renuevan los mismos accidentes hasta que la materia purulenta se abra otro paso. Estas retenciones y flujos alternativos del pus pueden observarse muchas veces consecutivas. Hay, en fin, algunas enfermas que llegan á sucumbir aniquiladas, por ser muy prolongada y abundante la supuracion. La mayor parte, sin embargo, se curan completamente, pero solo despues de muchos meses de tratamiento; aunque hay algunas en quienes la abertura permanece fistulosa, y en otras varias suele persistir un núcleo de infarto en la escavacion pelviana, que solo se resuelve mucho tiempo despues, pudiendo hacerse el asiento de un nuevo trabajo inflamatorio en una época mas ó menos distante, como por ejemplo, muchos años y que termina del mismo modo que la primera inflamacion. Hemos visto muchas veces marcarse estas recidivas por hemorragias uterinas muy considerables y rebeldes.

*Diagnóstico.*—Creemos que será casi siempre posible distinguir la ovaritis de los tumores flegmonosos ó fluctuantes que se forman en las fosas ilíacas, si se recuerda que el tumor en la ovaritis es ovoideo, que tiene una direccion oblicua que penetra profundamente en la pequeña pelvis, que suele ser movible, y que los movimientos que se le imprimen pueden trasmitirse al útero y viceversa. Pero nos parece absolutamente imposible que puedan distinguirse durante la vida los abcesos ováricos de los que se forman en el espesor de los ligamentos anchos y en la trompa. En cuanto al diagnóstico diferencial de la ovaritis, de los diferentes tumores del ovario, tales como los quistes serosos y pilosos y las preñeces estra-uterinas, como estas lesiones tienen un curso esencialmente crónico, siempre conseguiremos fácilmente diferenciarlas de los infartos inflamatorios.

*Pronóstico.*—La ovaritis termina muy rara vez por la muerte, aunque no por eso debemos dejar de mirarla como una enfermedad grave por la rebeldía de sus síntomas y las recidivas que suelen verificarse. Tampoco debemos olvidar que el peritoneo puede verse consecutivamente interesado, y que en el caso en que la enfermedad termine por supuracion, hay un doble peligro, procedente, ó de que el abceso puede abrirse en el peritoneo, ó de que la supuracion concluye agotando las fuerzas de las pacientes, cuando se prolonga mucho.

*Etiología.*—La ovaritis es muy frecuente despues de los partos; mas á pesar de la asercion contraria de Duges y Mad. Boivin, no hay duda que esta enfermedad es bastante comun fuera del embarazo y del estado puerperal. Entonces sucede especialmente á la supresion súbita de las reglas ó á una violencia cualquiera, como una contusion de la parte inferior del abdómen aunque especialmente se atribuye el desarrollo de la ovaritis á ciertas afecciones del útero y la vagina. Asi, M. Melier dice que los ovarios se inflaman con frecuencia en el curso de la metritis ulcerosa, opinion cuya exactitud no hemos podido justificar.

Tambien se ha dicho que en la blenorragia de la mujer, la inflamacion suele propagarse al ovario, á la manera que lo hace en el hombre al testículo. No negaremos absolutamente esta proposicion, pero la creemos algo exagerada, y que para emitirla se ha atendido quizá mucho mas á la analogía que á la observacion severa de los hechos. Como quiera que sea, es raro que ambos ovarios se inflamen simultáneamente, y la inflamacion parece ser algo mas comun en el izquierdo que en el derecho.

*Tratamiento.*—Solo combatiendo la enfermedad desde su principio con el uso metódico de los antiflogísticos, es como puede esperarse que termine por resolucion. Rara vez son bastante graves los síntomas generales para que reclamen una, y mucho menos dos sangrías generales; pero debe aplicarse un gran número de sanguijuelas al hipogastrio y las ingles; cubrir estas partes con cataplasmas; prescribir los baños, y mantener el vientre libre. A estos medios deben agregarse algunas fricciones mercuriales sobre el tumor, y luego que el período inflamatorio se ha disipado, si aun persiste el infarto, puede establecerse una revulsion fuerte en la piel por medio de uno ó muchos vejigatorios volantes. Cuando la supuracion llega á formarse es preciso abrirle paso al esterior. Siempre que el tumor forme una prominencia en el hipogastrio ó en el costado, elevando mucho los tegumentos, y si hay edema á su nivel, indicando todo que el abceso ha contraido adherencias con la pared abdominal, debe practicarse una ancha incision para dar salida al pus; pero en el caso contrario es preciso aplicar sucesivamente muchos pedazos de potasa cáustica en la forma que describiremos al tratar de los quistes hidatícos del hígado. Por medio del tactar vaginal y rectal podemos reconocer si el abceso tiende á dirigirse hácia estos órganos, y cuando forme una prominencia nótable, se halle fluctuante y sus paredes esten delgadas, no debemos vacilar en abrirlo por medio de un bisturí, de un trócar ó de un faringotomo, favoreciendo despues la salida del pus con la posicion conveniente, impidiendo que se estanque por medio de inyecciones hechas en el foco y á veces con la compresion metódica. Si el trayecto queda fistuloso, podrá ser necesario irritarlo por medio de inyecciones ioduradas y sulfurosas, ó aun con una solucion concentrada de nitrato de plata. Finalmente, en los casos rebeldes se ha aconsejado un nuevo embarazo, por cuyo medio casi siempre se ha llegado á cicatrizar el foco, á causa de la compresion que el útero desarrollado ejerce sobre las paredes.

### *De la inflamacion de las trompas uterinas.*

Las trompas pueden inflamarse, pero esta inflamacion no suele ser primitiva, ó rara vez á lo menos existe sola, pues casi siempre va acompañada de alguna lesion de la misma naturaleza ó de alguna otra alteracion del ovario, de los ligamentos anchos, del útero y del peritoneo. Sea de esto lo que quiera, la inflamacion de las trompas no forma en general ningun tumor; solo se quejan las enfermas de un dolor profundo mas ó menos vivo hácia la pelvis y la region ilíaca. Ademas los resultados negativos que suministra la esploracion, y especialmente el tactar, nos hacen absolutamente imposible establecer el diagnóstico del mal; tal vez sucederá lo mismo cuando obliterada la trompa en sus dos estremidades, y acumulado el pus en su cavidad, formase un tumor mas ó menos voluminoso

y prominente en el costado. No creemos que en esta circunstancia sea posible reconocer el sitio de la alteracion, aunque esto no ofrece gran inconveniente, á lo menos con relacion á la práctica. En los abcesos de la trompa el pus puede abrirse paso por los mismos puntos que en los del ovario.

### *De la peritonitis.*

La palabra *peritonitis* significa la inflamacion del peritoneo.

*Historia.*—Antes de los inmortales trabajos que hizo Bichat sobre las membranas, eran muy confusas las ideas que se tenian de la peritonitis, pues apenas hace todavía medio siglo, casi todos los médicos admitian con Portal, Pine y Bosquillon, que la peritonitis nunca estaba aislada de la flegmasia de las vísceras abdominales, con la cual se confundia. Aunque Johnson, en su disertacion sobre la calentura puerperal (Edimburgo 1779), y Walter (1785), habian indicado ya que el peritoneo podia inflamarse aisladamente, puede, no obstante, asegurarse que Bichat fue el primero que separó esta afeccion, haciendo de ella una enfermedad tan distinta de la enteritis y la gastritis, como la pleuresia lo es de la pneumonia. Las observaciones patológicas de Gasc (tésis de 1802), y las de Laënnec, publicadas el mismo año en el *Journal de Corvisart*, no tardaron en confirmar las opiniones de nuestro eminente fisiólogo, desde cuya época se asignó á la peritonitis un lugar separado en el cuadro nosológico, llegando á ser objeto de trabajos muy importantes que se deben especialmente á Broussais (1), á MM. Andral (2) Chomel (3) y Scoutelten (4). (Véase mas adelante *Peritonitis puerperal*).

*Divisiones.*—Debemos distinguir muchas especies de peritonitis: una que llamaremos *espontánea* ó *primitiva*, que se desarrolla en el hombre, ó en la mujer fuera del estado puerperal, bajo la influencia de causas que presiden al desarrollo de las demás flegmasias; la segunda especie es la peritonitis llamada *puerperal*, porque afecta á las mujeres recien paridas; la tercera especie la denominaremos *sintomática* ó *consecutiva*, porque sucede á cualquiera lesion de las vísceras abdominales, y sobre todo á una perforacion de los órganos huecos contenidos en el vientre; y admitiremos en fin, una peritonitis *crónica*. En cada una de estas cuatro especies, la flegmasia puede ser *general*, es decir que invade todo el peritoneo, ó bien *parcial*, cuando se limita á un punto mas ó menos circunscrito de la membrana serosa.

### *De la peritonitis aguda simple ó primitiva.*

La observacion demuestra todos los dias que la peritonitis espontánea ó primitiva es sumamente rara, lo cual se halla plenamente confirmado por la práctica de MM. Chomel y Louis.

*Caracteres anatómicos.*—Se ha dicho que cuando los enfermos sucumben en un período muy próximo á la invasion, como doce ó veinte y cuatro horas, solo

(1) *Flegmasies chroniques.*
(2) *Clinique médicale.*
(3) *Dictionnaire de médecine*, article PERITONITIS.
(4) *Archives*, t. III, p. 497.

se encontraba el peritoneo inyectado, rubicundo, seco al tacto ó lustroso. Sin embargo, examinando estos casos con mucha atencion, se observa siempre en algunos puntos una capa sumamente delgada de materia albuminosa, semi-concreta, que hace se adhieran entre sí las circunvoluciones intestinales. Esta secrecion es el verdadero carácter anatómico de la peritonitis, el cual es tanto mas marcado, y tanto mas considerable el número de las circunvoluciones intestinales que se adhieren entre sí y con las paredes del vientre, cuanto que la muerte haya sobrevenido en una época mas lejana de la manifestacion de la enfermedad. Si la peritonitis ha durado dos ó tres dias, se encuentra ademas en el peritoneo de 4 á 16 y muchas mas onzas de un líquido sero-purulento, mezclado con una cantidad mas ó menos considerable de copos blancos, ó bien amarillos ó verdosos. En algunos casos, aunque raros, es debido este líquido á la sangre pura exhalada, pues su formacion no puede esplicarse por lesion alguna apreciable de los vasos. El peritoneo inflamado no esperimenta ninguna alteracion grave en su nutricion, pues jamás se encuentra ulcerado ni gangrenado, algunas veces parece algo mas friable y que se desprende con mayor facilidad de la superficie de los intestinos, pero nunca se halla engrosado. Cuando se separa completamente de las concreciones albuminosas formadas en su superficie, se nota que no ha perdido su trasparencia. Por último, desprendiendo sus fragmentos, sin arrancar el tejido celular, podemos convencernos de que muy rara vez está penetrado por la inyeccion, y que casi siempre la rubicundez que parece ser su color propio cuando se le examina en su posicion natural, depende de la congestion sanguínea de la red capilar subyacente. Cuando la peritonitis llega á curarse, las concreciones albuminosas esperimentan la misma serie de trasformaciones que las de la pleura, despues de la inflamacion de esta membrana.

*Síntomas, curso, duracion y terminaciones.*—La invasion de la peritonitis suele manifestarse por un escalofrio violento; pero el dolor de vientre es casi siempre el primero y principal síntoma de la afeccion. Este dolor, limitado generalmente á un punto del abdómen, como el ombligo, el hipogastrio, los hipocondrios y los vacíos, es vivo, pungitivo y lancinante, y se aumenta siempre con la presion del vientre, los movimientos, los golpes de tos, los esfuerzos del vómito y los que se hacen para orinar y defecar. Hay algunos enfermos que no pueden soportar el peso de las cataplasmas, el de los paños, ni aun el de las cubiertas de la cama, que, en tales casos, es preciso mantener elevadas por medio de aros; no obstante, este es un hecho escepcional. La mayor parte se hallan al mismo tiempo atormentados por vómitos de materias acuosas, de mucosidades, y con mas frecuencia de un líquido bilioso amarillo ó verdoso. La cara espresa el sufrimiento y la ansiedad; el pulso, siempre frecuente, puede ser desde el principio pequeño y duro, pero con mas frecuencia es dilatado y resistente; el enfermo se halla agitado é inquieto, y está siempre inmóvil sobre el dorso, pues cualquier otra posicion aumenta sus dolores. Su respiracion es corta é interrumpida, porque no se atreve á dilatar completamente el pecho por los vivos dolores que esperimenta en el vientre cuando contrae el diafragma. El dolor abdominal se hace bien pronto mas agudo y estenso; en algunos casos parece hallarse contraido el abdómen, ó bien conserva su forma y volúmen; pero casi siempre al segundo ó aun al primer dia de la enfermedad, se observa una tumefaccion debida al desprendimiento de gases en los intestinos, como lo prueba

la percusion, que suministra un sonido mas claro que de costumbre. Pero este sonido no tarda en desaparecer, sobre todo en las partes declives, como el hipogastrio y los vacíos, donde se acumula un líquido sero-purulento, segregado por el peritoneo inflamado, y cuya abundancia es á veces bastante considerable para producir el fenómeno de la fluctuacion. Se ha dicho que cuando se habia formado la exudacion pseudo-membranosa, la auscultacion del vientre hacia algunas veces oir un ruido de roce, análogo al que hemos visto en la pleuresía, y que es producido por el mismo mecanismo que este, es decir, por el roce mutuo de las superficies cubiertas de falsas membranas. Pero este fenómeno, aunque posible, es sin embargo muy raro en las peritonitis ordinarias.

La agravacion del estado local coincide siempre con el aumento de los síntomas generales y simpáticos; es mayor la frecuencia del pulso, pues llega y escede de 120 pulsaciones, las cuales son débiles y pequeñas; la cara está contraida, las náuseas son casi continuas, los vómitos mas frecuentes, el malestar y la ansiedad estremados, y muchas veces sobreviene delirio. Si la enfermedad continúa haciendo progresos, se desarrolla mas el vientre, al paso que el dolor disminuye ó cesa muchas veces completamente, pero el rostro se altera cada vez mas, las estremidades se enfrian, y el pulso se hace filiforme, irregular y tan frecuente, que á veces no pueden contarse sus latidos. Los líquidos contenidos en el estómago salen sin esfuerzo por simple regurgitacion, en lugar de ser espelidos por el vómito, y la muerte sobreviene en fin despues de una corta agonía: algunas veces viene precedida de coma ó delirio, pero la mayor parte de los enfermos conservan su inteligencia hasta el último momento. Esta forma de peritonitis rara vez mata antes del cuarto ó sesto dia.

Cuando la enfermedad llega á curarse, el pulso pierde su frecuencia, cesan los vómitos, el dolor disminuye con la alteracion del rostro, se reabsorben los líquidos derramados en el abdómen, y en algunos casos muy raros se les ha visto abrirse paso al través de las paredes abdominales ó en los intestinos. Sobreviene en fin la convalecencia, pero muy rara vez se anuncia por algun movimiento crítico. Algunos enfermos, aunque lleguen á curarse, quedan sujetos á padecer por mucho tiempo dolores ó tiranteces en el vientre, que se aumentan en ciertas posiciones del tronco, dificultando los movimientos y las digestiones, lo que probablemente depende de las adherencias que se han establecido entre las asas intestinales. Estas incomodidades pueden persistir por toda la vida, pero al fin suelen cesar, ya porque las vísceras se habituan á la tirantez que ejercen sobre ellas las falsas membranas, ya porque estas llegan á ser absorbidas, ó ya, en fin, porque convirtiéndose completamente en celulosas, se prolongan bastante para no tirar ya de las vísceras abdominales. Sea de esto lo que quiera, se sabe hoy que tales adherencias pueden ser en lo sucesivo una causa del *ileo* (Véase esta palabra); Mad. Boivin ha probado ademas que cuando existen entre el útero y las partes inmediatas, llegan á producir el aborto, por el obstáculo que oponen al libre desarrollo del órgano durante la gestacion. En fin, M. Mercier, reproduciendo en estos últimos años una idea de Walter, ha consignado que la peritonitis puede convertirse en una causa de esterilidad, cuando ha producido una adherencia del pabellon de la trompa. En algunos casos, aunque raros, la peritonitis pasa al estado crónico.

*Variedades.*—La mayor parte de los autores admiten una peritonitis *biliosa*,

*atáxica* y *adinámica*, segun predominen los síntomas gástricos ó biliosos y los accidentes llamados atáxicos y adinámicos; pero nada hay aquí que sea mas especial de las peritonitis que de la mayor parte de las otras flegmasias.

La complicacion biliosa se reconoce en la amargura de la boca, en los vómitos de bilis y en la sufusion ictérica del semblante. La forma atáxica es notable especialmente por el predominio del delirio y los saltos de los tendones; por último, en la forma adinámica se advierten la estremada postracion de las fuerzas, la lengua seca y negra, y un estado semi-comatoso.

*Peritonitis parciales.*—Cuando la inflamacion, en vez de interesar todo el peritoneo, ocupa solo una parte circunscrita de esta membrana, se dice que la peritonitis es *parcial*. Esta suele ocupar especialmente la escavacion pelviana y los hipocondrios, y está caracterizada, lo mismo que la general, por un dolor vivo, fiebre, náuseas y vómitos; pero estos accidentes son mucho menos graves que cuando la flegmasia invade la totalidad ó la mayor parte de la serosa. El ruido de roce que hemos indicado anteriormente apenas suele observarse mas que en algunas peritonitis locales. Este fenómeno se observa especialmente cuando la inflamacion se desarrolla al nivel de un órgano ó de un tumor sólido como el hígado, el bazo ó un quiste del ovario, pues se concibe que el roce debe ser entonces mucho mas enérgico por la resistencia que oponen estas superficies. No sucede lo mismo cuando la flegmasia ocupa superficies movibles y depresibles, como, por ejemplo, los intestinos, que se dislocan fácilmente y no ofrecen á la pared abdominal una resistencia suficiente para que las falsas membranas que cubren las dos superficies opuestas, hagan percibir el ruido característico.

En la peritonitis parcial vemos asimismo desarrollarse ciertos síntomas particulares, segun la porcion inflamada del peritoneo. Cuando la flegmasia ataca la serosa que cubre la cara inferior del diafragma, ó el peritoneo que cubre la cara convexa ó cóncava del hígado, se ve sobrevenir un color ictérico, sin que á pesar de esto el hígado se muestre visiblemente alterado. En presencia de este hecho, pudiera decirse que á consecuencia de la proximidad de la flegmasia, el órgano hepático ha segregado mayor cantidad de bilis que la acostumbrada, y cuya materia colorante ha sido reabsorbida. La peritonitis que ataca la superficie vesical suele ser tambien notable por la disuria, el mas frecuente prurito de orinar, y por los dolores que se hacen mas vivos durante la espulsion de la orina.

La peritonitis parcial casi nunca es funesta; sin embargo la hemos visto muchas veces terminar por la muerte aunque estuviese limitada á la escavacion pelviana. En esta variedad de la afeccion es donde el derrame abdominal suele con mas frecuencia circunscribirse y vaciarse por el intestino ó al través de las paredes abdominales, como lo ha observado P. Frank.

*Diagnóstico.*—El dolor vivo del vientre que se aumenta con la presion, los vómitos, la fiebre, un pulso frecuente y casi siempre pequeño y concentrado, y la profunda alteracion de las facciones, establecen una diferencia esencial entre la peritonitis general, y el reumatismo de las paredes abdominales, el cual no tiene otra analogía con la inflamacion del peritoneo que la que le da una sensibilidad escesiva del vientre, que se agrava con la mas ligera presion y los movimientos del tronco. Estos mismos síntomas distinguen tambien la peritonitis de los cólicos nerviosos, porque en estos el dolor, que las mas veces se calma por

la presion, se presenta por accesos, no va acompañado de fiebre y hasta el pulso suele conservarse como en el estado de salud.

La peritonitis parcial puede simular una gastritis, una enteritis, una hepatitis, cistitis ó metritis, segun el punto que ocupa; pero en estas afecciones el dolor es menos vivo y superficial que en la peritonitis, y existen ademas trass tornos funcionales particulares. Finalmente, esplorando las partes, obtendremodatos muy útiles, especialmente si se trata de una metritis, en la que el tactar vaginal y rectal nos demostrará un aumento de volúmen del órgano. En la cistitis, las ganas frecuentes de orinar, la disuria, el depósito mucoso, coposo ó purulento de la orina, y cuando la flegmasia ocupa especialmente el cuello, la distension de la vejiga por aquel líquido, son los fenómenos característicos. Si se trata de una gastritis, la sed, los dolores y los vómitos penosos provocados por la ingestion de una bebida cualquiera servirán para establecer el diagnóstico diferencial. No obstante, en ciertos casos este presenta algunas dificultades, especialmente á causa de los fenómenos simpáticos del estómago que la peritonitis suele producir. Cuando la peritonitis diafragmática ocasionara la ictericia, no deberia creerse en la existencia de una hepatitis, si la reaccion febril fuera considerable, el calor muy intenso y la palpacion del hipocondrio no demostrase un aumento en el volúmen del hígado. El flegmon de las paredes del vientre pudiera igualmente confundirse con una peritonitis; pero la dureza abdominal, el asiento superficial del dolor y la falta de los desórdenes sintomáticos nos pondrán en el caso de evitar cualquiera incertidumbre.

Una vez establecido el diagnóstico de la peritonitis, es preciso completarlo, determinando si la enfermedad es primitiva, ó, como sucede casi siempre, consecutiva de alguna lesion reciente ó antigua de las vísceras abdominales. Para resolver este problema debe tenerse en cuenta el estado de salud anterior, el modo con que ha invadido la peritonitis y el curso que ha seguido (Véase mas adelante *Peritonitis sintomática*).

Inútil es decir que la peritonitis se anuncia en los recien nacidos con los mismos síntomas que en las personas adultas. En efecto, se han notado en ellos la tension y la sensibilidad del vientre, los vómitos verdes y el estreñimiento. Dugés ha indicado ademas como síntoma constante y patognomónico la prominencia del ombligo; pero M. Thore no ha observado este fenómeno sino en una tercera parte de los enfermos. Como quiera que sea, la peritonitis del recien nacido suele ser desconocida.

*Pronóstico.*—La peritonitis es una enfermedad siempre grave. Su pronóstico está subordinado á la intensidad de los síntomas generales y á la estension del mal. Cuando invade todo el órgano, casi siempre produce la muerte. Es muy grave sobre todo en los recien nacidos, si bien algunos hechos nos inducen á creer que es curable, no solo en éllos, sino tambien cuando se manifiesta durante la vida intra-uterina.

*Etiología.*—La peritonitis espontánea y primitiva, puede observarse en todas las edades. Los numerosos hechos recogidos especialmente por Dugés (1) y M. Thore (2), en Francia, y por los del catedrático Simpson (3), prueban que la

(1) *Thèse inaugurale y Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*
(2) *Archives générales de médecine*, 4.ª serie, tomo XI, p. 389.
(3) Extrait dans *Archives générales de medecine*, 1838, t. III, p. 441.

peritonitis no es rara durante la vida intra-uterina. El inteligente médico de Edimburgo opina que la peritonitis es una de las causas mas frecuentes de la muerte del feto en los últimos meses del embarazo, y le ha parecido ademas que esta flegmasia es mas comun en los niños de madres sifilíticas. Por lo demas, lo mismo que en el adulto, estas peritonitis son muchas veces consecutivas á cualquier lesion visceral del hígado, de la vejiga, de los intestinos, etc. Nada prueba tampoco que sean con mas frecuencia primitivas en el feto ó el infante que en las siguientes edades. Pero si en el recien nacido la inflamacion peritoneal no siempre es sintomática de la lesion de una víscera abdominal, casi siempre sobreviene, segun resulta de las observaciones de M. Thore, como afeccion secundaria en el curso de diferentes enfermedades, especialmente en la pulmonía, el muguete y sobre todo en las erisepelas de las paredes abdominales, que M. Thore ha visto complicarse con peritonitis en las dos terceras partes de los casos.

Nada absolutamente sabemos de positivo sobre las causas predisponentes de la peritonitis simple, pues casi siempre se desarrolla espontáneamente sin el concurso de ninguna causa determinante apreciable. La impresion del frio, las contusiones del vientre, la supresion de una hemorragia y la metástasis reumática, son las circunstancias que obran las mas veces como causas determinantes. Se dice que ha reinado muchas veces epidémicamente, sobre todo en los ejércitos (Pujol). Pero esta asercion debe acogerse con reserva.

*Tratamiento.*—Este debe ser enérgico en la peritonitis. Siempre que la fuerza del pulso lo permita, es preciso practicar una copiosa sangría de 16 á 20 onzas, que se repetirá una, ó dos veces durante el primer dia, aplicando al mismo tiempo á la parte del vientre que ocupa el dolor un número de sanguijuelas bastante considerable como 50 ò 100, favoreciendo despues la salida de la sangre por medio de grandes cataplasmas emolientes ó de fomentos, á no ser que los enfermos no puedan soportar su peso. Cuando los movimientos no son demasiado dolorosos, conviene meter al enfermo en un baño templado donde permanecerá todo el tiempo posible. Para esto conviene servirse de un baño de doble fondo, pues de este modo los enfermos que padecen peritonitis, reumatismo, ó cualquiera otra afeccion muy dolorosa, pueden ser metidos en el agua y retirados de ella sin causarles esfuerzos ni dolor. Deben prescribirse tambien las bebidas atemperantes, mucilaginosas y acídulas, administrándolas frias y aun heladas, pero siempre en corta cantidad cada vez, para que no provoquen los vómitos. El vientre se mantendrá libre por medio de laxantes suaves, pues las lavativas están contraindicadas por los movimientos que exige su administracion, y se les reemplazará con algun purgante minorativo propinado por la boca. Si á pesar de todo esto la inflamacion continúa haciendo progresos y la debilidad del pulso no permite recurrir ya á las emisiones sanguíneas, debe ensayarse el uso de los mercuriales en altas dosis, haciendo una ó dos fricciones al dia con el ungüento napolitano en cantidad de media á una onza cada vez en los muslos y el vientre: tambien pueden administrarse los calomelanos en pequeñas dosis, esto es, dos ó tres granos en quince ó veinte tomas. Lejos de temer la salivacion, debe por el contrario desearse, pues la mayor parte de los enfermos que la tienen, llegan á curarse. La manifestacion de ciertos síntomas puede tambien ser orígen de indicaciones especiales. Asi

cuando la boca está amarga y los enfermos encuentran algun alivio con los vómitos negruzcos y biliosos, no debe vacilarse en combatir este estado, administrando 12 ó 20 granos de ipecacuana. Hay algunas peritonitis que se hacen notables por el desarrollo de los síntomas adinámicos y atáxicos: contra los primeros se aconsejan los tónicos y los revulsivos, y contra los segundos, los antiespasmódicos; pero desgraciadamente casi siempre es ineficaz esta medicacion. En los casos estremados en que han sido inútiles cuantos medios se conocen, ha producido á veces buen efecto la aplicacion sobre el vientre de un ancho vejigatorio. Este medio podia tambien ser eficaz en el caso que, cesando la fiebre y el dolor, quedase todavía en el abdómen un derrame sero-albuminoso. La puncion se ha considerado como poco oportuna. Sin embargo, si la peritonitis fuese circunscrita, seria probablemente ventajoso dar salida al líquido derramado, ejerciendo en seguida sobre las paredes una ligera compresion para evitar que se reproduzca. Hay, por último, un síntoma que nunca debemos dejar de tomar en cuenta: este síntoma es el dolor, el cual suele resistirse á los antiflogísticos. En este caso procuraremos calmarlo por medio del opio administrado interiormente y asociado á las cataplasmas. En un caso en que estos medios fueron ineficaces, reemplacé, ateniéndome á los consejos de M. Danyau, los fomentos emolientes con aplicaciones frias, continuadas por espacio de ocho dias, y que produjeron al punto una completa calma. La enferma, que nos parecia hallarse en un estado que absolutamente no ofrecia esperanza alguna, recobró no obstante la salud.

## *De la peritonitis puerperal.*

SINONIMIA.—Metro-peritonitis puerperal, fiebre puerperal, tifo puerperal.

La peritonitis se llama puerperal cuando sobreviene en las mujeres recien paridas.

*Historia.*—Los graves accidentes que arrebatan tantas mujeres despues del parto, han llamado en todos tiempos la atencion de los médicos; pero en el trascurso del último siglo es cuando se han emprendido especialmente en Inglaterra, Alemania y Francia, observaciones que aun siguen haciéndose con actividad. Doublet (1) y Doulcet (2) han sido los médicos cuyos trabajos han merecido mas aprecio; pero solo nuestros contemporáneos han conseguido esplicar hasta cierto punto los síntomas tan variables que se observan en esta enfermedad, examinando y consignando todas las lesiones viscerales que presentan las mujeres que sucumben á la calentura llamada puerperal. Pero los progresos que en nuestros dias ha hecho esta parte de la ciencia, son particularmente debidos á los trabajos de Dancé (3), MM. Tonnelé (4), Dugés (5), Bandelocque (6), P. Dubois (7), Voillemier (8) y Jacquemier (9).

(1) *Nouvelles recherches sur la fievre puerperale.* París, 1789, in 12.°
(2) *Memoire sur la maladie qui a attaqué les femmes en couches à l'Hotel-Dieu.* París, 1782, in 4.°
(3) *Archives,* de 1828 *et* 1829.
(4) *Archives* de 1830, t. XII *et* XIII.
(5) *Journal hebdomadaire,* année 1828 *et* 1839.
(6) *Traité de la peritonite puerperale.*
(7) *Dictionnaire de medecine,* t. XXVI, article PUERPERALE.
(8) *Journal des connaissances medico-chirurgicales,* 1839 *et* 1840.
(9) *Manuel accouchements,* t. II, p. 604.

*Caracteres anatómicos.*—Los caracteres anatómicos de la peritonitis puerperal son casi los mismos que en la simple; pero existen, sin embargo, algunas diferencias que importa conocer. La rubicundez del peritoneo es mucho menos intensa, á veces casi nula y muy rara vez general, pues apenas se la encuentra mas que en la escavacion pelviana, hácia las fosas ilíacas y en la pared anterior del abdómen. El derrame es mucho mayor, pero nunca pasa de dos libras, y es comunmente opaco, turbio y contiene copos. Engañados por una tosca analogía, los autores del último siglo (Pujol, Levret, Bordeu, etc.), habian creido que este líquido no era mas que leche desviada y alterada. Pero los análisis químicos han demostrado hace mucho tiempo que no se encuentra en él ningun elemento de la leche, y que en nada difiere por su composicion del que se forma en todas las flegmasias de las membranas serosas. En la peritonitis puerperal los intestinos suelen encontrarse casi siempre muy dilatados por los gases, y nunca tienen tanta longitud como en el estado normal. De este hecho he tenido ocasion de cerciorarme muchas veces en el *Hotel-Dieu* durante el año 1835, en cuya época estaba destinado, en calidad de interno, á la sala de partos.

Ademas de las lesiones del peritoneo que, aunque en diversos grados, son constantes, hay otras accidentales cuya frecuencia varía en las diversas epidemias. Asi el útero se halla frecuentemente exento de toda alteracion de su membrana de cubierta, de su tejido y de sus vasos, ó bien no presenta mas que alguna inyeccion en el peritoneo que lo cubre; su volúmen, ademas puede ser algo mayor que el que debe tener por los dias pasados desde el parto. Hay, sin embargo, muchos casos en que se encuentra el útero mas ó menos alterado en todas las mujeres que sucumben á una misma epidemia. Asi es que algunas veces está su tejido rubicundo, inyectado, infiltrado de pus, friable ó reblandecido; otras presenta esa alteracion que describiremos mas tarde con los nombres de *reblandecimiento* ó *putrescencia*; ó bien hay tambien abcesos en los ligamentos anchos: en fin, los ovarios aparecen rojos, reblandecidos é infiltrados ó llenos de pus. Pero estas alteraciones son raras si se comparan con las que vamos á indicar, y que en casi todas las mujeres suelen encontrarse. Al examinar la cara interna del útero, es preciso saber que si el parto es reciente, la cavidad del órgano exhala un olor desagradable y hasta fétido; hállanse en ella restos de la caduca; y especialmente en el punto de insercion de la placenta, se ve una especie de papilla pútrida, que la uña ó un ligero chorro de agua desprenden, y debajo de la cual el tejido uterino es de color oscuro ó de rosa, y ofrece resistencia. Este no es un estado patológico, sino una disposicion normal. En fin, no es raro hallar en el cuello unos puntos negros equimosados, procedentes probablemente del roce producido por la cabeza del feto.

En ciertas epidemias se encuentra en todos los cadáveres una infiltracion purulenta del tejido celular subperitoneal del útero; y con mas frecuencia se perciben sobre la superficie del órgano uterino rastros de vasos linfáticos, cuyo volúmen varía entre el de un hilo y el de una pluma de cuervo. Estos vasos son sinuosos, y presentan de trecho en trecho algunas eminencias pisiformes que no deben confundirse con pequeños abcesos: error que hemos visto cometer frecuentemente. Están llenos de un pus concreto ó fluido, blanco ó amarillo ó ver-

doso; se dirigen casi siempre hácia los ángulos superiores del útero en la insercion de las trompas, donde suelen por lo comun encontrarse en mayor ó menor número; tambien existen en el cuello uterino, en la cara interna y en el espesor del útero, en los ligamentos anchos, á lo largo de los vasos ováricos y en el tejido celular de la pequeña pelvis, sobre todo en las partes posterior y laterales, de lo cual podemos convencernos quitando con cuidado el peritoneo. Entonces suele tambien hallarse una ligera infiltracion purulenta del tejido celular de la pelvis, casi siempre diseminada, que apenas se revela por lo regular sino por un color amarillo ó verdoso y por alguna humedad mas del tejido. Cuando me he propuesto seguir la direccion de los vasos linfáticos enfermos, solo he podido hacerlo hasta el nivel del estrecho superior: en algunos casos raros he visto se distribuian por algunos gánglios que estaban hinchados, rubicundos ó completamente supurados; pero nunca he observado el pus en los vasos eferentes. Sin embargo, otros médicos mas felices que yo, MM. Tonnelé, Nonat, Velpeau, Berrier-Fontaine y Botrel de Rennes, han podido seguir el pus hasta el reservorio de Pecquet, y aun otros en toda la longitud del canal torácico.

Se ha discutido mucho en estos últimos tiempos sobre el orígen del pus que se encuentra en los vasos linfáticos. Unos creyeron con MM. Tonnelé y Nonat, que provenia de los vasos linfáticos inflamados; pero esta opinion no se justifica por el exámen cadavérico, pues casi nunca se encuentra semejante flegmasia de los vasos linfáticos, cuyas paredes se hallan por lo comun flexibles, blancas y trasparentes, aunque algo mas voluminosas. Admitir con Cruveilhier que si no se presentan inflamados los vasos linfáticos en los puntos que se hallan en contacto con el pus, lo están en sus raicillas, es abrazar una opinion que no puede demostrarse. Háse admitido, en fin, que la presencia del pus en los vasos linfáticos podia ser un mero efecto de la absorcion ejercida sobre el mismo líquido derramado en el peritoneo, en el tejido celular, en el útero y sus anejos. Las razones que se aducen en favor de este aserto, son: 1.° la aparente identidad del pus contenido en los linfáticos y el que está derramado en el peritoneo ú otras partes; 2.° la integridad casi constante (aparente, á lo menos), de los linfáticos, que no presentan solucion alguna de continuidad en sus paredes; 3.° en fin, la situacion de los vasos distendidos por el pus, que se encuentran en efecto, en la superficie y los bordes del útero, en los ligamentos anchos y en el cuello, es decir, precisamente en las partes que se hallan de un modo mas directo y constante en relacion con el pus derramado en la pelvis. Esta opinion acerca de la posibilidad de la absorcion de los glóbulos purulentos por los linfáticos, era admisible cuando se creia que estos vasos terminaban en orificios, en una especie de bocas ó chupadores. Pero las investigaciones modernas no nos han dado á conocer ninguna estremidad libre y abierta, ni orificio alguno en la continuidad de las paredes. Es por consiguiente necesario admitir, que el pus que distiende los linfáticos uterinos, ha sido segregado por ellos, ó que ha penetrado en su cavidad despues de la destruccion de sus paredes. Creemos, pues, con M. Duplay, que ha publicado los trabajos mas completos acerca de la linfitis uterina, que no debe, en el estado actual de la ciencia, emitirse opinion alguna esclusiva sobre el orígen del pus que existe en los vasos linfáticos uterinos (1).

(1) *Archives générales de médecine*, 2.ª serie, t. VII, p. 293 y t. X, p. 308.

En las mujeres que sucumben á la peritonitis puerperal se encuentra tambien algunas veces una flebitis mas ó menos estensa de las venas uterinas, que puede propagarse á las ováricas y á las de la escavacion pelviana. Solo entonces es cuando se hallan abcesos diseminados en los pulmones, el hígado, el bazo, los riñones y los músculos, y colecci,ones purulentas en las articulaciones. Estas lesiones tal vez nunca existen cuando están solo afectados el peritoneo y los linfáticos; pero en mas de la mitad de los casos he encontrado una pleuresía simple ó doble. Las lesiones que pueden observarse en las demás vísceras, son puramente accidentales y no deben enumerarse aquí.

*Síntomas.*—La peritonitis puede invadir durante el parto, pero es muy raro que esto suceda: en el mayor número de casos sobreviene del segundo al quinto dia del puerperio; casi siempre se anuncia su invasion por un escalofrío intenso, precedido, acompañado ó seguido de un dolor abdominal mayor ó menor, que se aumenta con la tos y la presion. Empieza por lo comun en la region hipogástrica ó en una de las fosas ilíacas, se aproxima pronto al ombligo y se hace al fin general. Al mismo tiempo se nota una timpanitis abdominal mas ó menos considerable. La mayor parte de las mujeres esperimentan desde el principio náuseas, algunas veces hipo, casi siempre vómitos biliosos, amarillos ó verdosos, estreñimiento, y las mas veces una diarrea amarillenta y sin cólicos, sobre todo desde el segundo dia. Sin embargo, esto varía segun las epidemias: asi Tenon refiere que de 1776 á 1782 todas las enfermas esperimentaban estreñimiento, al paso que otros años habia reinado en ellas una diarrea biliosa. La sed en la mayor parte es viva, la lengua está húmeda y cubierta de una capa blanca, que pocas veces es amarillenta, y suele secarse y ponerse negra en los dias siguientes. La respiracion es acelerada á causa de ser cortas las inspiraciones; el calor de la piel se halla aumentado; el pulso, á veces dilatado y duro, está casi siempre pequeño y contraido; la cara, al principio animada y vultuosa, no tarda en contraerse, espresando el sufrimiento; y á veces, en fin, los loquios se suprimen ó disminuyen, aunque hay muchos casos en que no sufren ninguna alteracion. La secrecion de la leche no se establece cuando la peritonitis invade antes de la calentura láctea; mas, si por el contrario es posterior, se hace aquella menos activa, y casi siempre los pechos se deprimen con prontitud.

Si la enfermedad continúa progresando, el dolor se hace general y se irradia hasta los lomos; el vientre se meteoriza aun mas, y suministra en todos sus puntos un sonido timpánico, menos en los vacíos donde se acumula un derrame sero-mucoso. Esta distension de los intestinos por los gases, produce mucha ansiedad y gran dificultad en la respiracion; los vómitos al mismo tiempo se hacen mas frecuentes; las enfermas arrojan una bilis verdosa y espesa, que en los últimos tiempos sale sin esfuerzo, y por un simple movimiento de regurgitacion. Muchas se hallan atormentadas en el intervalo por el hipo; el pulso, cada vez mas pequeño y depresible, rara vez late menos de ciento treinta á ciento cuarenta veces por minuto; la piel está cubierta de un sudor viscoso; la cara pálida y terrosa, las facciones contraidas, los ojos hundidos y rodeados de una aureola negra, y los labios violados y temblorosos. La mayor parte de las enfermas se hallan inmóviles sobre el dorso y en un estado de aniquilamiento y postracion; otras están agitadas por un delirio que rara vez es furioso; los ojos se presentan estraviados, trémulas las estremidades, y la muerte sobreviene en

un estado comatoso, Hay, sin embargo, muchas enfermas que conservan toda su inteligencia hasta el último momento, y en casi todas disminuye ó cesa completamente el dolor abdominal uno ó muchos dias antes del término funesto.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la enfermedad puede ser mas ó menos rápido: en algunas epidemias, es verdaderamente *fulminante*, pues hemos visto sobrevenir la muerte á las diez horas; entonces las mas veces se esperimenta durante algun tiempo un estado de malestar, sin dolor de vientre, que no llama la atencion; pero los síntomas adquieren despues de pronto una agudeza estremada, y las enfermas sucumben en algunas horas. Lo que demuestra, al parecer, que en el mayor número de casos ha debido existir antes de los accidentes sobreagudos un período en que el mal estaba *latente*, es el número y la estension de las alteraciones cadavéricas que entonces se encuentran, y que apenas podrian esplicarse sin admitir que ha trascurrido algun tiempo mas entre la invasion y la muerte. Sin embargo, la peritonitis puerperal no termina casi nunca de un modo fatal, sino entre el sesto y noveno dia. Cuando la terminacion debe ser favorable, el alivio empieza generalmente antes de esta época, disminuyéndose el dolor, y sobre todo la frecuencia de pulso y el meteorismo. Esta terminacion apenas se observa sino en las peritonitis parciales, en cuyo caso está casi siempre limitada al hipogastrio. Desde el momento en que la flegmasia se hace general, siempre se aumentan los síntomas progresivamente, y su terminacion es casi por necesidad funesta.

*Formas.*—Si ciertos síntomas ó estados lleguan á prevalece en el curso de la peritonitis puerperal, pueden imprimir á la enfermedad un carácter ó una forma especial. Asi es, que la calentura puerperal suele complicarse desde el principio con los síntomas generales que caracterizan las enfermedades mas inflamatorias, es decir, que inmediatamente despues del escalofrío de invasion y al mismo tiempo que se hace sentir en el abdómen un dolor mas ó menos vivo, el pulso se acelera y adquiere fuerza y vibracion, la piel se presenta urente y se cubre de sudor, la cara se hincha, los ojos lagrimean y las fuerzas están casi postradas. Esta forma de la peritonitis que se llama *inflamatoria*, puede persistir hasta el fin, ya ceda la enfermedad á la medicacion antiflogística, ya por el contrario, termine de un modo funesto. En este segundo caso, sin embargo, la peritonitis suele trasformarse y presentar los diferentes desórdenes que hemos descrito muchas veces como peculiares del estado tifoideo. La fiebre puerperal puede tambien mostrarse con la forma tifoidea de una manera enteramente primitiva. La fisonomía de las enfermas, profundamente alterada, presenta entonces un sello de estupor; las fuerzas están aniquiladas y suele haber delirio; el pulso, en estremo frecuente, es pequeño y depresible; la respiracion acelerada, la ansiedad grande y el meteorismo considerable; muchas veces se declara una diarrea fétida; que contribuye á postrar las fuerzas y anticipar el término fatal. Nosotros admitimos, finalmente, en el estudio de la fiebre puerperal, una forma *biliosa* ó *gástrica*, en la que se advierten como síntomas predominantes las alteraciones que caracterizan el estado bilioso, esto es. el color amarillo del rostro, el amargor de la boca, la costra amarillenta de la lengua, las náuseas y los vómitos biliosos, seguidos de mejoría. Esta forma, que reinaba en el *Hotel-Dieu* de París en 1782; y que, hábilmente tratada por Doulcet, fue para este médico la ocasion de una gran fortuna, se observa, no

obstante, pocas veces en nuestros dias. Por otra parte, esta forma biliosa no es por lo regular, sino el primer grado del segundo período de la forma tifoidea.

Estas diferentes formas de la peritonitis puerperal no se enlazan con ningun carácter anatómico especial; ora se las observa esporádicamente, ora reinan epidémicamente, sin que, generalmente hablando, se pueda esplicar por las condiciones individuales, ó por las del mundo esterior, el aspecto, ó la fisonomía de la enfermedad.

*Complicaciones.*—La frecuencia de los diversos síntomas que acabo de enumerar, su combinacion, duracion, órden de sucesion y curso, varian hasta lo infinito segun el carácter de las diversas epidemias. Tambien están subordinados al número y á la naturaleza de las alteraciones: asi, cuando no hay sin- peritonitis, acompañada ó no de linfangitis, se observa toda la serie de síno tomas indicados mas arriba. En el caso de que el tejido uterino participe en mas ó menos de la flegmasia, el órgano deja de contraerse sobre sí mismo; está flácido y blando; el cuello hinchado y sensible, y los loquios son mas fétidos. Cuando las venas están afectadas, siendo esta la lesion predominante, se observan todos los accidentes de la flebitis uterina, tales como los hemos descrito al hablar de esta enfermedad. Ya hemos probado cuán frecuente es que la peritonitis puerperal llegue á complicarse con una pleuresía simple ó doble. Esta complicacion apenas se anuncia sino por una disnea mas considerable y por un dolor sub-esternal, siendo muy raro que se observe el de costado. La percusion y la auscultacion nos suministran los mismos resultados que en las pleuresías ordinarias: pero los padecimientos de las enfermas y la dificultad de sentarlas en la cama, impiden casi siempre recurrir á estos medios de esploracion. He aquí las causas que impiden casi siempre conocer durante la vida esta complicacion.

*Diagnóstico.*—Cuando existen todos los síntomas propios de la peritonitis, como el dolor, el meteorismo, los vómitos, la frecuencia del pulso y la alteracion de las facciones, es fácil establecer el diagnóstico; pero como la enfermedad empieza muchas veces de un modo insidioso, es importante conocerla desde el principio. Aunque la calentura láctea se anuncia bastante á menudo por un escalofrío, debe siempre inspirarnos inquietud un frío intenso, despues del parto, no obstante de que sobrevenga en la época en que aparece comunmente la calentura láctea. El escalofrío que se manifiesta durante las veinte y cuatro primeras horas del parto ó despues que cesa la calentura láctea, casi siempre anuncia la invasion de una peritonitis. Por lo demás, sea cual fuere la época del estado puerperal en que se declare, deberemos tenerlo por sospechoso, siempre que sea violento, prolongado y se presente acompañado de una alteracion que se refleje en las facciones. Tambien debemos desconfiar del meteorismo, aun cuando no vaya acompañado de ningun dolor de vientre, ni sea tampoco dolorosa la presion abdominal. La frecuencia del pulso es el síntoma que debe en este caso dar valor á todos los demás; asi, pues, si los dolores de vientre existen con un pulso tranquilo, nunca dependen de una flegmasia peritoneal; entonces son producidos la mayor parte de las veces por algunos coágulos detenidos en el útero, ó bien por el estreñimiento, al que he visto ocasionar repentinamente muchas veces dolores atroces en el abdómen, hácia el octavo ó noveno dia de puerperio. Escusado es repetir aquí, el diagnóstico diferencial entre la peritonitis y la metritis, la ovaritis, la cistitis y la gastritis, porque lo dejo anterior-

mente esplicado. Finalmente, en la parturienta podria confundirse la peritonitis con la inflamacion de la sínfisis; pero en esta los dolores son fijos, residen al nivel de las articulaciones enfermas, y se aumentan mucho con el movimiento de los miembros inferiores.

*Pronóstico.*—La peritonitis puerperal es una de las enfermedades mas graves, y cuya curacion solo puede esperarse en los casos en que es circunscrita. Cuando reina epidémicamente, es tan mortífera, sobre todo en los hospitales, que apenas se salva una de cada veinte enfermas, siendo muy comun ver sucumbir, la cuarta, la tercera parte ó la mitad de ellas. Por esta razon, es preciso desconfiar un poco de los que dicen que han curado á todas ó casi todas sus enfermas. La forma tifoidea, sobre todo cuando se manifiesta primitivamente, pocas veces deja de producir la muerte. El peligro es mayor á medida que la peritonitis se desarrolla mas cerca del parto. El meteorismo, la alteracion del rostro y la disnea son de un fatal agüero. El médico debe especialmente establecer su pronóstico atendiendo al estado del pulso, pues aunque todos los síntomas disminuyan, si este se conserva frecuente, todavía debe temerse una terminacion funesta. La pequeñez y debilidad del pulso, que late mas de ciento veinte veces por minuto, la contraccion de la cara, los vómitos porraceos, la frialdad de los sudores y un meteorismo considerable, son los signos de peor presagio.

*Etioliogía.*—Los cambios que ocurren en el útero y el peritoneo á consecuencia del embarazo, constituyen desde luego una predisposicion al desarrollo de las flegmasias abdominales. El aumento de proporcion de fibrina de la sangre, en los últimos meses de la gestacion, es probablemente tambien una circunstancia orgánica que favorece la produccion de las enfermedades puerperales. Por lo que respecta á las demás causas predisponentes ó eficientes, los autores han emitido diferentes ideas que muchas veces han sido completamente contradictorias.

Ignoramos todavía cual es la frecuencia de esta enfermedad en las regiones intertropicales; pero todos los cuadros estadísticos demuestran que la calentura puerperal reina casi con igual intensidad en las diversas comarcas de Europa. Hánse emitido algunas ideas contradictorias acerca de la influencia que ejercen las estaciones. Asi, pues, mientras Doublet, Tenon, Chaussier, Dugés y Baudelocque, admiten que esta enfermedad es mas comun durante las estaciones frías y húmedas, vemos á Nolte, White y Tomás Cooper, sostener, por el contrario, que las regiones y las estaciones cálidas son mas favorables á su desarrollo. La primera de estas opiniones parece, no obstante, la mas probable, pues el mayor número de documentos que la ciencia posee acerca del particular, la corroboran completamente. Está fuera de toda duda que la peritonitis puerperal ataca especialmente á las mujeres que paren en los hospitales, donde muchas veces reina de un modo epidémico. Se halla demostrado por numerosas observaciones, hechas en todos los paises, que la aglomeracion de enfermas en las salas, la falta de renovacion del aire y la proximidad de los focos de infeccion, son las causas mas comunes de esas epidemias mortíferas que reinan casi todos los años en la mayor parte de las Casas de maternidad de Europa. Tal vez no hay establecimiento en que se hayan visto mas numerosas y funestas, que en el *Hotel-Dieu* de París, hace cosa de medio siglo, en cuya épo-

ca, como nos lo demuestra la lectura de la Memoria de Tenon, existian en el grado mas alto las causas de insalubridad anteriormente indicadas. Estas repetidas epidemias fueron la causa de que en lugar del *Hotel-Dieu* se estableciesen las salas de partos en la Casa de maternidad; pero, segun parece, no se obtuvieron de este cambio los beneficios que se esperaban. Resulta, en efecto, de un estado presentado por Deneux, que la mortalidad estuvo en el *Hotel-Dieu*, de 1746 á 1789, (prescindiendo de cinco años que faltan), en razon de uno á veinte y uno, al paso que en la Casa de maternidad, durante los treinta y un primeros años, murió anualmente una mujer por cada veinte y dos recien paridas; de lo cual es preciso inferir que las causas de infeccion son numerosas todavía en el último establecimiento.

Hay, sin embargo, un gran número de epidemias que se desarrollan en los establecimientos públicos consagrados á las recien paridas, en épocas en que se observa la mas severa higiene; en cuyo caso es preciso suponer una constitucion epidemica particular, cuya causa íntima desconocemos, pero que suele estender su influencia á las mujeres que paren en las casas particulares, donde es, por supuesto, menos intensa y frecuente que en los hospitales. Algunos dicen que no basta la influencia epidémica para esplicar el desarrollo de la peritonitis en muchas mujeres á la vez, asi, pues, se ha creido en diferentes épocas que la enfermedad es contagiosa; pero esta opinion, defendida sobre todo, en Inglaterra, y apoyada con la autoridad de Clarke, no está demostrada, ni aun nos parece posible que lo esté nunca.

Ademas de las causas generales que acabamos de enumerar, hay tambien algunas circunstancias particulares que predisponen mas á la peritonitis, pues esta ataca especialmente á las mujeres que durante su embarazo han tenido grandes disgustos, á las que han estado sujetas á los tormentos del hambre, y á todas las privaciones que trae consigo la miseria. Es tambien incontestable que invade con mas frecuencia á las mujeres primíparas, y á las que han tenido un parto laborioso, sobre todo si ha sido preciso terminarlo por medio de la mano ó del forceps. La retencion de la placenta, y su salida artificial, son igualmente causas muy activas de la peritonitis. Otro tanto decimos de las hemorrágias uterinas, que obran tal vez menos por la debilidad que producen, que por los remedios y las maniobras que se emplean para contenerlas. Sin embargo, la peritonitis puerperal se desarrolla casi siempre de un modo espontáneo, sin que podamos averiguar su causa eficiente; otras veces sucede visiblemente á una indigestion, á la impresion del frio, y sobre todo á las emociones morales. En cuanto á la supresion de la leche y los loquios, que se ha citado desde muy antiguo como causa principal de las peritonitis, diremos que estas causas son puramente hipotéticas, pues vemos todos los dias que la disminucion ó la supresion de las secreciones loquial y láctea, son con mas frecuencia el efecto que la causa de las inflamaciones del peritoneo. Nada prueba por lo demás que esta enfermedad sea menos frecuente en las mujeres que crian, puesto que, segun las observaciones de M. Jacquemier, es del todo indiferente para el desarrollo de las flegmasias puerperales, que tenga ó no lugar la lactancia.

*Tratamiento.*—1.° *Profilaxis.*—Para prevenir la peritonitis puerperal, es preciso colocar las enfermas en las condiciones higiénicas mas favorables; la temperatura del parage que habiten debe ser uniforme y templada; guardarán

una quietud absoluta del cuerpo y espíritu; se procurará mantenerles libre el vientre por medio de lavativas ó algunos laxantes suaves; debemos evitar que la orina se detenga en la vejiga, y favorecer con la posicion, y en caso de necesidad, con algunas inyecciones vaginales, el flujo de los loquios, sobre todo cuando son fétidos. Por último, ya sea para la espulsion del feto, ya para la de la placenta, ó bien en los casos de hemorrágias, no debemos recurrir á las operaciones manuales, á no ser que haya una absoluta necesidad.

Respecto á las mujeres que paren en los hospitales, es de todo punto necesario que nunca se reunan muchas en una misma sala; se removerán todas las causas que puedan infectar ó corromper el aire, y se preferirán las salas pequeñas de diez ó doce camas, que esten bien ventiladas y separadas por grandes corredores, á las salas espaciosas, donde siempre son mas las causas de infeccion, y mas difícil la renovacion del aire. Cuando se ve hasta qué punto es grande la mortalidad de las mujeres que paren en la mayor parte de las Casas de maternidad, no puede menos de deplorarse que nada ó casi nada se ensaye para mejorar unos lugares que tan desastrosa influencia ejercen en la vida de las madres.

2.° *Tratamiento curativo.*—Reina la mayor divergencia entre los médicos sobre el tratamiento que conviene oponer á las peritonitis puerperales. Pero la esperiencia ha demostrado que no puede haber para esta enfermedad ningun método uniforme de tratamiento, y que la eleccion de los remedios debe basarse, no solo en la forma del mal, sino todavía mas en el género y carácter de la epidemia. Las sangrías son casi siempre útiles, especialmente al principio; pero exigen grandes precauciones y no debemos proceder á practicarlas sino con la mayor reserva, aun cuando la enfermedad se anuncie con síntomas francamente inflamatorios, porque una sangría moderada basta muchas veces para que la postracion suceda á la exaltacion de las fuerzas. Conviene, pues, que sean pequeñas, es decir, de seis á diez onzas, repitiéndolas si se han soportado convenientemente. Cuando el estado del pulso y las fuerzas lo permitan puede agregarse á las sangrías generales, la aplicacion al vientre de cierto número de sanguijuelas (veinte ó treinta); la sangría local será la única que se halle indicada, siempre que aparezcan desde el principio accidentes tifoideos. No pretendo establecer aquí una regla absoluta, pero sí decir lo que conviene practicar en el mayor número de casos. Hay, en efecto, mujeres en quienes las sangrías pueden ser copiosamente practicadas, como por ejemplo, en la mayor parte de las flegmasias; asi lo han observado, muy particularmente en Inglaterra, Gordon y Hey, en el curso de muchas epidemias. Al principio de la enfermedad es cuando las sangrías son mas eficaces. No están absolutamente contraindicadas en ninguna época; no obstante, cuando sobreviene el colapsus, y se forma en el vientre un derrame purulento, es preciso abstenerse completamente de ellas, sea cual fuere, por otra parte, el período en que se halle la afeccion. Como complemento del método antiflogístico, deberá cubrirse el vientre con fomentos y cataplasmas emolientes, absteniéndose en general de prescribir los baños, por el enfriamiento á que se esponen las enfermas. Lo mismo decimos de las inyecciones útero-vaginales, en las que nunca hemos encontrado utilidad á no ser cuando materiales pútridos sufren detencion. Por último, si hay estreñimiento, se combatirá con los laxantes suaves.

Los antiflogísticos, sin embargo, muy rara vez detienen el curso de la enfermedad; por otra parte, como hay algunas epidemias en las que son siempre perjudiciales, los autores han propuesto y muchas veces preconizado diversas medicaciones que por desgracia hasta el presente solo han producido resultados efímeros; tales son especialmente la ipecacuana administrada en dosis emética; el aceite de trementina prescrito por Brunau en la dosis de 1 á 2 dracmas por dia, y en fin, las preparaciones mercuriales.

La ipecacuana fue puesta en boga en 1782 por Doulcet, médico del *Hotel-Dieu*, que por espacio de cuatro meses curó á doscientas mujeres, sin que se le desgraciaran sino cinco, que se negaron á tomar dicho remedio. Pero en presencia de un resultado tan prodigiosamente ventajoso, en una enfermedad tan comunmente fatal, debemos dudar de si todos eran casos de fiebre puerperal. Y esta duda es tanto mas justa, cuanto que la ipecacuana se administraba sin un régimen severo, á todas las horas del dia y de la noche, y sin otra indicacion que la suministrada por la comadre. Como quiera que sea, este éxito fue efímero, y Doulcet tuvo la fortuna de morir con sus ilusiones y en medio de su triunfo.

Los eméticos no pueden aconsejarse como método aplicable á todos los casos, pero su empleo, sin embargo, está indicado algunas veces. Cuando, por ejemplo, la enfermedad se anuncia de una manera oscura por medio de una reaccion febril mediocre; cuando el dolor abdominal es poco vivo, el meteorismo poco marcado y las náuseas son persistentes, se consigue algunas veces conjurar el peligro mediante la administracion de veinte granos de ipecacuana. Pero los evacuantes están contraindicados cuando la reaccion es fuerte, el pulso desarrollado y el dolor del vientre muy agudo. Lo que digo acerca de los vomitivos es aplicable en parte á los purgantes : debemos elegir siempre los minorativos, porque son un poderoso auxiliar de los antiflogísticos.

Desde 1764 las preparaciones mercuriales han gozado cierto crédito en el tratamiento de la peritonitis puerperal. Preconizadas primero por R. Hamilton, han sido generalizadas en el presente siglo en Francia por los catedráticos Chaussier y Velpeau. Los calomelanos se emplean interiormente, y el ungüento napolitano en fricciones, como ya lo hemos espuesto : solamente se cuidará de duplicar ó triplicar las dosis. En las fiebres puerperales graves será provechoso prescribir los mercuriales muy al principio, quiero decir, al mismo tiempo que se practiquen las emisiones sanguíneas.

El predominio de algunos síntomas ha hecho preconizar tambien ciertos medicamentos; los tónicos, y especialmente la quina, han sido elogiados en la forma adinámica ; los vejigatorios, el alcanfor y los demás antiespasmódicos se han prescrito contra los accidentes nerviosos atáxicos; pero estos medios, aunque racionales, casi nunca son eficaces. Hay, en fin, complicaciones ó síntomas incómodos que reclaman una medicacion especial: la diarrea, por ejemplo, debe combatirse con los mucilaginosos y el opio: los vómitos con las aguas gaseosas y el hielo; si esto no basta, se propinarán 10 ó 20 granos de ipecacuana, y si existe en fin un meteorismo considerable que dificulte la respiracion, deberán hacerse fricciones sobre el vientre con el aceite de manzanilla alcanforado. Nada diré de los medios que se han aconsejado para reproducir los loquios suprimidos y escitar la secrecion láctea, porque estas precauciones son poco eficaces, y la indicacion que se pretende llenar es completamente ilusoria.

*Naturaleza.*—Es inútil insistir aquí en demostrar la naturaleza inflamatoria de las alteraciones cadavéricas, pues hoy nadie la niega; pero algunos médicos, apoyados en las ideas antiguas, consideran estas lesiones no tanto como el punto de orígen ó el carácter esencial de la afeccion, sino como la consecuencia de un estado general de una especie de infeccion de la sangre; lesion incomprensible, única que constituye segun ellos la esencia del mal. Asi, pues, segun M. Voillemier, la fiebre puerperal está constituida, no especialmente por una peritonitis, una metritis ó una flebitis, etc., sino por un estado piogénico de la economía, es decir, por una predisposicion del organismo á producir pus en cualquiera parte, las mas de las veces en el peritoneo, en los vasos, en el tejido celular ó en los músculos; sin embargo, este pus no existe constantemente, porque M. Voillemier admite, que la enfermedad presenta algunas veces un curso tan rápido, que no ha dejado á las alteraciones locales el tiempo que necesitan para su desarrollo. Este distinguido cirujano ha esplanado su teoría con gran talento. La idea de hacer de la peritonitis puerperal una fiebre especial, como lo son los tifus, ha encontrado tambien en el catedrático Pablo Dubois un entendido y elocuente intérprete (1). Pero por grande y respetable que sea para mí semejante autoridad, los numerosos hechos que he presenciado se oponen de tal manera á estas doctrinas, que no puedo considerarlas como la espresion rigurosa de la verdad. Para defender la existencia de una fiebre puerperal ó piogénica, hánse aducido especialmente algunos hechos en los que se ha visto á las enfermas sucumbir con todos los síntomas de la fiebre puerperal, sin que la autopsia demostrase alteracion alguna en los sólidos. Pero aun suponiendo que estas observaciones hayan sido bien recogidas, son tan raras que no puede establecerse sobre ellas una teoría de la enfermedad, que estaria en contradiccion evidente con la mayoría de los hechos. No es cierto ademas que en los casos citados como ejemplo de fiebres puerperales sin lesiones, faltasen siempre estas en realidad; lo que entonces ocurria es que solo eran poco numerosas, poco graves en apariencia, ó por lo menos no estaban en relacion con la gravedad y la rapidez de los accidentes. Asi, el peritoneo, apenas inyectado, en vez de contener un copioso derrame, no contenia sino un poco de serosidad turbia ó sanguinolenta, ó bien las circunvoluciones intestinales estaban débilmente adheridas entre sí por medio de una ligera exudacion plástica. ¿Qué debemos inferir de esto, sino que habiendo la enfermedad seguido un curso rápido y fulminante, no ha tenido el tiempo necesario para caracterizarse anatómicamente, y no ha permitido á la inflamacion pasar del período congestivo? Este hecho no ofrece ninguna circunstancia estraordinaria y se observa en muchas otras enfermedades análogas: esto es lo que principalmente se ha visto en la meningitis cerebro-espinal. Ademas, para juzgar acerca de los verdaderos caracteres de una enfermedad, no debe elegirse el momento en que reina epidémicamente, pues en este período todo suele ser anormal, tanto las lesiones como los síntomas: conviene examinar la enfermedad en el estado esporádico, cuando se desarrolla sobre todo bajo la influencia de una causa especial, y en este caso nada se encuentra en apoyo de la existencia de una pirexia franca. Añadamos, en fin, que los análisis de la sangre, hechos por M. Hersent y por MM. Becquerel y Rodier,

(1) Véase en el tomo XXVI del *Dictionnaire de médecine*, p. 336, el notable artículo en que M. Dubois defiende la existencia de la fiebre puerperal.

han descubierto en esta enfermedad un aumento considerable en las proporciones de la fibrina: nosotros sabemos que este carácter importante y propio del estado flegmásico, falta en las pirexias. Supérfluo es decir que la disminucion de los glóbulos y de la albúmina, como tambien el aumento de la serosidad que se advierte al mismo tiempo, no pertenecen á la enfermedad, pues son un mero accidente del embarazo, como anteriormente hemos dicho. Al paso, pues, que me niego á colocar la peritonitis puerperal entre las fiebres propiamente dichas, confieso que en el mayor número de casos se desarrolla bajo la influencia de causas generales. Pero esto importa poco para la cuestion; porque, que la pleuresía ó la pulmonía se desarrollen bajo la influencia de causas enteramente locales, ó á consecuencia de una causa general, no por eso dejan de constituir verdaderas inflamaciones de las cuales depende la fiebre que la acompaña.

En el estado actual es preciso considerar á las recienparidas como muy predispuestas, por solo el estado puerperal, á contraer ciertas flegmasias (*peritonitis, metritis, flebitis*, etc.); enfermedades que precisamente en virtud de esta misma condicion etiológica, siguen un curso mas rápido. Añadiremos ademas que las enfermedades puerperales que reinan muchas veces epidémicamente, esperimentan por este hecho algunas modificaciones en su curso y fisonomía, sin que por ello cambien de naturaleza. Concluimos, pues: 1.° que no existe la fiebre puerperal; 2.° que los síntomas atribuidos á esta enfermedad dependen siempre de una flebitis uterina, de un estado de putrescencia ó gangrena del útero, y mejor de una peritonitis ó de una metro-peritonitis; 3.° que la gravedad de los síntomas, la rapidez de su curso, y la desproporcion que existe á veces entre ellos y las lesiones cadavéricas, se esplican por la constitucion epidémica y el estado puerperal, que predispone á las enfermedades precedentes y constituye ademas una circunstancia muy agravante.

### *De la peritonitis aguda consecutiva ó sintomática.*

*Causas de las peritonitis consecutivas.*—Ya hemos dicho mas arriba lo raras que son las peritonitis espontáneas y primitivas, esceptuando sin embargo las que sobrevienen durante el estado puerperal. En efecto, casi todas las peritonitis que se desarrollan de un modo al parecer espontáneo y que producen la muerte tienen su orígen en alguna lesion de las vísceras ó de las paredes abdominales. Asi es que el peritoneo se inflama algunas veces en una época adelantada de los cánceres del útero, del estómago, de los intestinos y del hígado, lo cual depende frecuentemente de que una pequeña cantidad de licor ó pus canceroso, se ha puesto en contacto con la membrana serosa. Los aneurismas voluminosos de la aorta y las arterias ilíacas, han producido tambien á veces peritonitis, ya por efecto de un esceso de distension, ya á consecuencia de la escitacion permanente que estos tumores sostienen en el peritoneo, ó bien, aunque esto es mas raro, por derramarse cierta cantidad de sangre, cuando rasgan ó perforan ligeramente las paredes. La peritonitis puede resultar de una gangrena de los intestinos, antes que separada la escara, puedan derramarse en el vientre los líquidos y los gases: esto se observa con frecuencia despues de operada una hernia y tambien en las estrangulaciones internas. Pero la

mayor parte de las peritonitis sintomáticas son consecutivas á la rotura de un abceso ó de un quiste, ó á la perforacion de uno de los órganos huecos de la cavidad abdominal. De todas las alteraciones que ocasionan de este modo la peritonitis, la mas comun es la perforacion intestinal que sobreviene en el curso del tifus en el centro de una ulceracion. Por último, conviene saber que la perforacion puede ocupar un punto del apéndice vermiforme del ciego, y ser producida, lo mismo que en las demás partes del tubo digestivo, por una úlcera tuberculosa ó tifoidea; pero casi siempre resulta de una inflamacion simple ó gangrenosa, ó de la desgarradura que produce un cuerpo estraño, como una esquirla huesosa, una espina de pescado, un cálculo, etc.

*Anatomía patológica.*—Las peritonitis que resultan de las causas que acabo de enumerar, presentan los mismos caracteres anatómicos que las simples. Casi siempre son generales, pero comunmente se ve que la rubicundez es tanto mas viva, y tanto mas abundantes las falsas membranas, cuanto mas nos acercamos á la perforacion ó á la causa irritante, sea cual fuese. Tambien se encuentra en el peritoneo una cantidad mas ó menos considerable de los líquidos que contenia el órgano perforado. Añadamos que si este es el estómago ó son los intestinos, se observa ademas cierta porcion de gases que salen formando ruido en el momento que el escalpelo penetra en el peritoneo. Estos líquidos estraños, particularmente los fluidos intestinales, existen á veces en cantidad tan corta, que no hacen mas que teñir de amarillo ó de gris las falsas membranas; pero esto bastará para indicar el orígen de los accidentes. Sea de esto lo que quiera, aun cuando el líquido no difiera en nada por su aspecto del que se observa en las peritonitis simples, deberemos, sin embargo, supuesta la rareza de estas últimas, examinar siempre cuidadosamente las paredes del abdómen y todos los órganos contenidos en su cavidad, sin olvidar nunca el apéndice vermicular del ciego, que no solo puede estar perforado ó gangrenado, sino que muchas veces solo está inflamado, contrayendo despues adherencias y dando orígen á un pequeño abceso, que al abrirse en el peritoneo, determina una peritonitis sobreaguda. No solo debemos tocar y ver por separado cada una de las asas intestinales, sino que tambien es preciso insuflar el intestino debajo del agua, cuando no se encuentre desde luego la lesion, pues sin esta precaucion pudieran pasar desapercibidas las pequeñas perforaciones que no admiten, por ejemplo, mas que la punta de un alfiler delgado. Tampoco debe dejarse de esplorar cuidadosamente la vesícula biliar, que no solo puede ocasionar una peritonitis cuando llega á perforarse, sino tambien cuando ha permitido á la bilis trasudar en el peritoneo por una especie de desgaste de sus paredes, lesion no señalada todavía, segun creo. De este modo he visto morir dos mujeres en el curso de una fiebre tifoidea, á consecuencia de una peritonitis sobreaguda, que no reconocia otra causa que una alteracion de la vesícula de la hiel, cuyas paredes ténues y porosas como una tela de araña, permitieron á la bilis fluir ó derramarse en el peritoneo.

*Síntomas.*—Cuando las causas que producen las peritonitis consecutivas obran de otro modo que por la introduccion de una sustancia escitante en la cavidad serosa, la inflamacion no difiere por su invasion ni por su curso de la que sobreviene espontáneamente. Pero no sucede lo mismo cuando la enfermedad se manifiesta á consecuencia de la perforacion de una cavidad natural ó accidental, pues en estos casos sobrevienen accidentes graves en el momento en que se

verifica la perforacion, ó mas bien en el instante en que los fluidos se ponen en contacto con el peritoneo: accidentes que tienen algo de característico. Casi todos los enfermos sienten de pronto en el abdómen, y por lo comun en el punto de la perforacion, un dolor dilacerante que se irradia bien pronto á todo el vientre, se aumenta con la presion, y va acompañado casi al momento de violentos escalofríos, de la alteracion de las facciones, de náuseas, vómitos, de la aceleracion y pequeñez del pulso y de la supresion de la secrecion fecal, cuando la peritonitis es consecutiva á una perforacion intestinal. En algunos casos el dolor aunque muy vivo, se calma pronto; el vientre está tumefacto, resintiéndose apenas cuando se le comprime, y muchos enfermos cesan de quejarse y esperan una curacion pronta. Pero el médico debe formar un juicio muy distinto, cuando vé que persisten y se aumentan las náuseas, los vómitos, la alteracion del rostro, la frecuencia y pequeñez del pulso y el enfriamiento del cuerpo, pues casi todos los enfermos sucumben en medio de estos accidentes, generalmente á los dos ó tres dias, y muchas veces despues de solo diez y ocho ó veinte horas. La muerte sin embargo no siempre es inevitable, porque puede suceder en efecto que la porcion del peritoneo en que se derrama el líquido irritante, se separe rápidamente del resto de la serosa, por la pronta organizacion de las falsas membranas. En este caso la peritonitis es local, y puede llegar á curarse, ya porque el derrame se reabsorba, ya abriéndose paso al través de las paredes abdominales ó del intestino, de modo que la perforacion de este órgano, que habia sido la causa de la enfermedad, puede convertirse en su medio curativo. Pero es muy raro que esto suceda, pues la peritonitis por perforacion, por una parte, casi nunca es local, y por otra, los movimientos continuos del tronco y de las vísceras, y la salida de nuevas porciones de líquidos, destruyen sin cesar las adherencias que tienden á formarse.

*Diagnóstico.*—El dolor vivo del abdómen, que *empieza repentinamente*, se aumenta con la presion y va acompañado de los demás fenómenos de la peritonitis sobreaguda, indica una flegmasia del peritoneo producida por el derrame de un líquido irritante. Hay casos, sin embargo, en que la peritonitis por perforacion es latente, es decir, que no hay ningun dolor, observándose tan solo la descomposicion profunda de la cara, algunos vómitos y una frecuencia y pequeñez estremadas del pulso. Esto se observa únicamente cuando la perforacion sobreviene en personas sumamente debilitadas por una enfermedad larga, que ha embotado completamente la sensibilidad. Tambien hemos visto que faltaba el dolor cuando la perforacion se verificaba en el curso de una peritonitis crónica, derramándose las materias irritantes en un peritoneo cubierto ya por falsas membranas engrosadas.

Una vez diagnosticada la peritonitis por perforacion, conviene averiguar su orígen, para lo cual deben tenerse en cuenta los antecedentes y las circunstancias en que se encuentra el enfermo. Si los signos de la perforacion sobrevienen por ejemplo en un individuo que padece dotienenteria, disenteria ó tisis, se puede creer que existe una perforacion intestinal. Si los enfermos, por el contrario, tenian en cualquier parte del abdómen un tumor fluctuante que se deprimió ó disminuyó de volúmen al manifestarse los accidentes de peritonitis, deberá atribuirse esta á la perforacion ó la rotura del tumor de que hablo.

*Pronóstico.*—Hay pocas enfermedades tan graves como la peritonitis por

perforacion. El peligro, por otra parte, será tanto mas inminente, cuanto que el fluido sea de naturaleza mas irritante, y se haya derramado en el vientre en mayor cantidad.

*Tratamiento.*—Todos los tratamientos que hemos aconsejado en las dos primeras especies de peritonitis, serian aquí inútiles ó irracionales. En este caso es preciso impedir la salida de una nueva cantidad de líquido, y favorecer la formacion de adherencias protectoras. Para esto, sea cualquiera el órgano perforado, deberá el enfermo guardar la quietud mas absoluta y la inmovilidad mas completa, evitando al mismo tiempo toda presion abdominal. Si la perforacion, como sucede casi siempre, reside en algun punto de los órganos digestivos, deben prohibirse al enfermo las bebidas, y se apagará su sed con algunos pedacitos de hielo, con gárgaras de agua fresca ó haciéndole chupar cachitos de naranja. Cuando la vejiga es el órgano perforado que ocasiona los accidentes, se dejará permanente en ella una sonda, cuidando que esté siempre abierta, para evitar que la orina se acumule. En todos estos casos, y sobre todo cuando existe una perforacion intestinal, conviene seguir los consejos de dos ilustres médicos, los doctores Graves y Stokes, administrando inmediatamente el opio en altas dosis, como dejamos dicho mas arriba. Estos medios no deben impedir el uso de los antiflogísticos, si el estado del pulso los reclamase, pero conviene usarlos con circunspeccion; por lo demás, es raro que ni aun lleguen á producir algun alivio, y no creo hayan curado enfermo alguno. Lo mismo puede decirse tambien de los mercuriales.

## *De la peritonitis crónica.*

La peritonitis crónica se presenta con bastante frecuencia en la práctica. No obstante, está descrita de un modo muy imperfecto en las obras de medicina, por cuya razon se la desconoce en muchos casos: su estudio, por consiguiente, debe fijar muy especialmente nuestra atencion.

Pocas veces la peritonitis crónica es consecutiva á la aguda, casi siempre sobreviene primitivamente. Puede ser parcial ó general; pocas veces es simple, porque se complica comunmente con tubérculos ó tumores cancerosos abdominales.

*Caracteres anatómicos.*—En los individuos que sucumben á la peritonitis crónica, he encontrado apenas en la décima parte de los casos un derrame ascítico, unas veces blanco, opaco y completamente purulento, pero casi siempre sero-coposo, aunque comunmente es nulo; la pared abdominal anterior está aplanada y desfigurada, adheriéndose íntimamente al epiploon y á los intestinos delgados. Muchas veces al abrir el vientre no se percibe ninguna de las vísceras contenidas en esta cavidad, ni aun el tubo intestinal, por hallarse cubiertas de falsas membranas. Estas son gruesas, parduscas ó negruzcas y consistentes, ó blandas, friables y de un aspecto amorfo. Cuando se dividen ó separan, se encuentra debajo de ellas el tubo intestinal, especialmente los intestinos delgados retraidos hácia la columna vertebral y las asas pegadas entre sí, estando á veces tan adheridas que no es posible separarlas. Si esto llega á conseguirse, se ve que el intestino es mucho mas corto, su diámetro menor y que sus paredes han sufrido una verdadera atrofia, pareciendo solo formadas por las túnicas in-

terna y esterna. Las falsas membranas tienen algunas veces, aunque escasas, otra disposicion, pues están organizadas y trasformadas en un tejido laminoso celular denso, que ha sufrido en algunos puntos la trasformacion fibrosa ó cartilaginosa. Aunque esta disposicion puede ser algo menos desfavorable que la anterior, dificulta sin embargo mucho las funciones de los órganos abdominales, los cuales sufren compresiones y tiranteces por las bridas que cruzan en todos sentidos la cavidad ventral.

En la casi totalidad de los casos, es decir, once veces entre doce, hemos encontrado tubérculos en las falsas membranas, y con mas frecuencia debajo de la túnica peritoneal de los intestinos. Estos tubérculos, ora son raros, ora están aglomerados en gran número, y varían en su desarrollo desde el estado miliar hasta el de reblandecimiento. Tambien suelen hallarse en la cara interna de los intestinos donde producen ulceraciones, las que pueden ser causa de una perforacion, y entonces se encuentra un derrame de materia estercorácea en todo el peritoneo, á no ser que la perforacion se haya formado en un pequeño espacio circunscrito por falsas membranas. Por último, algunas veces se establece una comunicacion accidental entre dos asas intestinales pegadas entre sí; esta perforacion depende, ora de una úlcera desarrollada en la cara interna de una de ellas, ora de un abceso tuberculoso formado en las falsas membranas, que se abre á la vez en las dos asas contiguas del intestino.

Anunciar la presencia de tubérculos en el peritoneo y los intestinos, es lo mismo que decir que los hay casi siempre en los pulmones. En efecto, solo hemos observado una escepcion á esta regla. Los tubérculos pulmonares parecen anteriores á los del vientre en el mayor número de casos, juzgando al menos por su desarrollo.

Dedúcese en resúmen de lo que precede, que la peritonitis crónica es casi siempre tuberculosa. *Una sola vez* hemos visto efectivamente que faltasen los tubérculos, y en este caso existian ya en los pulmones; de manera que si la enfermedad se hubiese prolongado, es natural creer llegaran á desarrollarse en los intestinos y en las falsas membranas del peritoneo. Este resultado se halla casi conforme con el de M. Louis, que hasta ahora solo ha encontrado la peritonitis crónica en los sugetos tuberculosos. Creemos ademas que los tubérculos peritoneales casi nunca son *primitivos*, sino consecutivos á una inflamacion de la serosa.

Dos veces he visto desarrollarse la peritonitis crónica en el curso de un cáncer que invadió el epiploon mayor, y una vez en una mujer que padecia un carcinoma uterino: las lesiones eran las mismas que dejamos espuestas, á escepcion de que no existian tubérculos en las falsas membranas. La peritonitis crónica á consecuencia de un cáncer es esclusiva del adulto y del anciano, al paso que la tuberculosa casi solo se observa en la niñez y la juventud.

*Síntomas.*—La invasion de la peritonitis es casi siempre latente. Los enfermos se quejan de dolores de vientre obtusos, profundos, y á veces vivos y lancinantes, que se presentan con intervalos bastante largos en forma de paroxismos que duran uno ó muchos dias, en los cuales es necesario el reposo. Los cólicos van acompañados generalmente de diarrea, y á veces de estreñimieton, cuyos síntomas es mas frecuente que alternen entre sí. Las digestiones se hacen bien pronto difíciles, el enfermo enflaquece, se pone pálido y pierde las fuerzas

mas ó menos pronto. En algunos suele hincharse el vientre á causa del meteorismo de los intestinos, y del líquido que se derrama en el peritoneo (Louis). El abdómen da entonces un sonido macizo en su parte anterior, donde se percibe tambien la fluctuacion. Este derrame rara vez es considerable: solo en un caso lo hemos visto llegar á cuatro libras y media escasas; disminuye y aumenta con irregularidad, y llega al fin, despues de muchas alternativas, á resolverse completamente. Cuando no existe ningun líquido, el vientre está desfigurado y aplanado hácia el ombligo; otras veces, por el contrario, se halla esta parte mas prominente, y en muchos casos la flacidez de las paredes nos permite percibir el relieve formado por las asas intestinales que están dilatadas por gases, y que resuenan al percutirlas. En otras se sienten uno ó mas tumores de volúmen variable, debidos á la aglomeracion de muchas asas intestinales, que dan un sonido claro ú oscuro, segun que exista una ó muchas falsas membranas á este nivel. La presion provoca generalmente dolores en uno ó varios puntos del vientre. Palpando la pared abdominal se conoce fácilmente que no tiene su flexibilidad ordinaria, sino que ofrece una *tension continua*, *y una renitencia y dureza particulares* que considero como el signo patognomónico de la enfermedad. Todos los que padecen peritonitis crónicas, esperimentan en diversas épocas del mal algunos vómitos, generalmente verdosos, que hemos visto muchas veces persistir por espacio de algunos meses con una rebeldía que desespera. Todos tienen diarrea, unas veces continua y otras de vez en cuando. Hay algunos que arrojan los alimentos intactos ó á medio digerir (*lienteria*), lo cual depende, ora de una simple perversion de las fuerzas digestivas, ora de que se ha establecido una perforacion entre el yeyuno y una parte del intestino grueso. Concíbese que en estos casos, felizmente muy raros, los enfermos esten en las mismas condiciones que los que tienen un ano preternatural en un punto inmediato al estómago; el enflaquecimiento hace rápidos progresos y la muerte sucede en el marasmo. Cuando la peritonitis es simple ó son pocos los tubérculos, algunos enfermos sucumben sin haber tenido calentura; pero casi siempre tienen un movimiento febril, que presenta todos los caracteres de la fiebre lenta ó héctica. Por último, es inútil decir que á los síntomas abdominales se agregan muchas veces los signos propios de la consuncion pulmonar.

Ademas de los fenómenos precedentes, que casi siempre existen, hay algunos accidentales, que dependen de la compresion que ejercen las asas intestinales y las falsas membranas sobre algunos órganos, formando un tumor. Hemos visto una enferma que se quejaba de disuria, y otra en quien el útero se hallaba desviado. Finalmente, hemos observado con Chomel una ciática muy dolorosa que resistió á todos los medios terapéuticos, la cual estaba producida por la compresion del nervio ciático correspondiente. La peritonitis crónica nos ha presentado algunas ligeras diferencias cuando dependia de un carcinoma epiplóico ó uterino. Hay en este caso dolores lancinantes en el abdómen que no se observan ni en la peritonitis crónica simple, ni en la tuberculosa; el derrame ascítico es continuo sin que nunca falte completamente, y se ve ademas en el caso de cáncer epiplóico, marcarse en la region media del vientre un tumor duro y abollado, que eleva la pared abdominal, y que por otra parte, no presenta la dureza ni la renitencia que hace poco hemos notado como un signo ca-

racterístico; por esta razon fue desconocida la peritonitis en ambos casos.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la peritonitis crónica es lento; y á veces suele permanecer estacionaria la enfermedad durante algun tiempo siendo muy raro que llegue á retroceder, pues sigue por lo comun un rumbo progresivo, y su terminacion es casi necesariamente fatal, verificándose entre dos meses y dos años. Su duracion media puede fijarse en siete meses. Casi todos los enfermos sucumben en el marasmo; en otros es una perforacion intestiual ó una pneumonia la que acelera la muerte. Recordaremos sin embargo que, cuando la perforacion intestinal y el derrame estercoráceo se verifican en un peritoneo cubierto de falsas membranas engrosadas, puede faltar el aparato terrible de síntomas que hemos indicado: asi, pues, hemos visto faltar casi siempre el dolor. Algunas veces solo se observa una profunda alteracion de las facciones, y una debilidad súbita y estremada, lo cual indica la invasion de alguna enfermedad intercurrente, pero sin caracterizarla ahora de una manera precisa.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la peritonitis crónica es difícil al principio, pudiendo únicamente *sospecharse* su existencia, cuando los enfermos no se quejan todavía mas que de dolores sordos y de cólicos pasajeros, acompañados de enflaquecimiento y debilidad. Solo cuando se fórma un derrame en el vientre, y las paredes abdominales desfiguradas presentan la dureza y renitencia de que ya he hecho mencion, puede establecerse con seguridad el diagnóstico.

La peritonitis crónica puede ser parcial. Cuando ocupa la escavacion pelviana, es muy difícil diagnosticarla; pero el dolor, la renitencia de las paredes y la sensacion de un tumor abollado y desigualmente sonoro, formado en parte por las asas intestinales, y en parte por una ó muchas capas de falsas membranas, nos permitirán determinar la naturaleza de la enfermedad. En tal caso no debemos creer exista un cáncer ó una induracion visceral cualquiera, porque entonces el tumor completa y uniformemente macizo, presentaria tambien una dureza mayor. Esta especie de peritonitis es generalmente casi siempre consecutiva á un cáncer visceral, como un cáncer del estómago, del útero, de los riñones, ó bien á otras lesiones, como un abceso de las fosas ilíacas, etc.

*Pronóstico.*—No está probado todavía que se haya visto la curacion de una peritonitis crónica algo estensa. Escusado es decir que tamaña curacion solo puede observarse en los casos, sumamente raros, en que la enfermedad es primitiva, y se halla exenta de toda complicacion tuberculosa ó cancerosa.

*Tratamiento.*—Este consiste casi siempre en una medicacion paliativa. Por esta razon deberemos sostener las fuerzas por medio de un régimen suave, aconsejar la quietud, combatir la diarrea á beneficio del bismuto, los mucilaginosos y los opiados; aplicar cataplasmas si los dolores son vivos, y aun en caso necesario algunas sanguijuelas, prescribir los baños simples ó medicamentosos, y oponer á los vómitos rebeldes las bebidas gaseosas y el hielo. Si el derrame ascítico fuese muy abundante deberia practicarse la puncion. Finalmente, como no está todavía demostrado que sea absolutamente incurable la peritonitis, y como puede existir algunas veces sin la presencia de tubérculos, conviene emplear ciertos medios activos para favorecer la reabsorcion de las falsas membranas. Con este objeto se han aconsejado las cataplasmas hechas con una tercera parte de harina de linaza, y dos terceras partes de polvo de hojas de cicuta; pero, á pesar de todo cuanto se ha dicho, este medio es de un resultado por de-

mas dudoso. Preferible seria recurrir á las fricciones con pomadas mercuriales y yoduradas, al uso de las aguas minerales alcalinas y sulfurosas, en baños, bebidas y chorros; por último se aplicarán al vientre exutorios poderosos, como sedales, moxas ó cauterios; pero si la peritonitis es tuberculosa, y si á mayor abundamiento es sintomática de un cáncer abdominal, debemos limitarnos á un tratamiento paliativo, absteniéndonos especialmente de todos los medios violentos ó dolorosos, que no reportarian compensacion alguna á los desgraciados enfermos.

## INFLAMACIONES DEL TEJIDO CELULAR.

### *Del flemon de las cavidades esplánicas.*

El tejido celular de las cavidades esplánicas puede inflamarse lo mismo que el de las demás partes del cuerpo. Al hablar aquí de los flemones esplánicos solo comprenderé los que se desarrollan en el pecho y vientre, pues es inútil decir que no existen en el cráneo, puesto que en esta cavidad no se encuentra sino una cantidad muy pequeña de tejido celular laminoso, y por lo tanto, poco susceptible de inflamacion. No sucede lo mismo en el pecho, donde existe en abundancia el tejido celular, especialmente en los dos espacios triangulares llamados *mediastinos*, puede inflamarse primitiva y consecutivamente á la alteracion de otro órgano. Pero donde se encuentran con mas frecuencia los flemones es en la cavidad abdominal, sobre todo en su mitad inferior; lo cual se esplica por el gran número de órganos que contiene, las diversas alteraciones de que son asiento, y los cambios rápidos y variables que determina el estado fisiológico en su volúmen y situacion. Añadiremos en fin que el tejido celular del vientre, protegido únicamente por paredes blandas, es mas susceptible de recibir la impresion de las causas esternas que el del tórax, que se halla resguardado por paredes sólidas y elásticas.

### *De los flemones y abcesos de los mediastinos.*

El tejido celular de los mediastinos, especialmente el del anterior, se inflama algunas veces. Esta afeccion sin embargo es muy rara, y son tan incompletos los datos que sobre ella poseemos, que todavía no es posible trazar su historia con exactitud. Hé aquí, no obstante, lo mas positivo que sabemos sobre la materia.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—Cuando la inflamacion es primitiva ó sucede á una violencia esterna, esperimentan los enfermos detrás del esternon un dolor profundo y vivo que va acompañado de fiebre, dificultad en la respiracion y una ansiedad proporcionada á la estension de la flegmasia y al grado de compresion que ejerce el tumor inflamatorio sobre el corazon, los vasos y la tráquea. La muerte puede sobrevenir desde este período, en medio de palpitaciones, síncopes y las mayores angustias. Casi siempre dicho tumor termina por supuracion, y entonces, poco despues que los accidentes hayan llegado á su máximun de intensidad, se observa la serie de síntomas generales que anuncian la presencia del pus. Suelen aumentar los fenómenos de compresion; el corazon es empuja-

do hácia la izquierda, sin que haya arqueadura en la region precordial, y los latidos dejan de percibirse sobre el esternon, el cual da un sonido completamente macizo por medio de la percusion. Cuando la supuracion del mediastino es consecutiva á una caries ó necrosis de dicho hueso, faltan los síntomas agudos inflamatorios que acabamos de indicar, y los enfermos se quejan solo de una opresion siempre progresiva, de incomodidad y dolor obtuso detrás del esternon. Estos últimos síntomas son igualmente los que parecen mas notables cuando en lugar de formarse el pus en el mediastino, viene á esta parte de otros puntos mas ó menos distantes, como por ejemplo, cuando un abceso del cuello se derrama detrás del esternon. Sin embargo, los fenómenos en este caso no son siempre exactamente los mismos, pues unas veces se observan solo los accidentes de compresion, y otras, la llegada del pus á un tejido celular sano, lo inflama á su vez, sobreviniendo entonces todos los síntomas que hemos descrito al hablar de los flemones primitivos.

El pus acumulado en los mediastinos, sobre todo en el anterior, tiende siempre hácia fuera: generalmente se abre paso al través del esternon, especialmente si este hueso está cariado ó fracturado. En el caso contrario sale por un espacio intercostal, y por un punto inmediato del borde lateral del esternon. Tambien algunas veces se dirige el pus hácia una ú otra estremidad del mediastino, y forma un tumor por encima de la horquilla esternal ó en la circunferencia del ombligo. La rotura del abceso en la pleura es quizá la terminacion mas rara, aunque parece que se la ha visto algunas veces. Sea de esto lo que quiera, cuando los abcesos propenden á abrirse, llegan á producir graves desórdenes y denudaciones considerables, lo cual hace que despues de abiertos al esterior, se estanque el pus casi siempre en algun punto del foco, dando así orígen á los accidentes de reabsorcion y las caries consecutivas. Por último, el hecho citado por Lamartiniere, en su Memoria acerca de la *trepanacion del esternon*, nos induce á creer que es posible una hemorragia grave, producida por la denudacion y la ulceracion de la arteria mamaria interna.

*Diagnóstico.*—Los flemones y abcesos del mediastino son en general difíciles de conocer. Sin embargo, un dolor habitual detrás del esternon, mas ó menos vivo, con sonido macizo, con desviacion del corazon, acompañado de fiebre, y mas tarde de todos los síntomas generales que anuncian una coleccion purulenta, apenas puede atribuirse mas que á una flegmasia del mediastino, porque la percusion y auscultacion indican que la pleura y los pulmones están sanos. Tampoco puede creerse en la existencia de una pericarditis porque en esta el sonido macizo se nota sobre el borde izquierdo del esternon, donde se encuentra ademas una arqueadura mayor ó menor; por último, los latidos del corazon son oscuros y profundos, mientras que en la inflamacion de los mediastinos, por el contrario, el sonido macizo se limita al esternon, no hay arqueadura, y los latidos cardíacos que se perciben distintamente, son superficiales y están á veces mas ó menos desviados.

*Pronóstico.*—Es escusado nos detengamos en probar cuán graves son las flegmasias de los mediastinos, pues casi siempre terminan funestamente.

*Etiología.*—El flemon y los abcesos de los mediastinos casi nunca son espontáneos, sino dependientes en la mayoría de los casos, de una violencia esterna, como una contusion, herida ó fractura del hueso esternal; con mas fre-

cuencia son sintomáticos de una lesion orgánica del esternon, como una caries ó una necrosis. Finalmente, el abceso se forma tambien muchas veces por el pus que, segregado sobre las partes laterales del cuello, baja despues por entre los planos aponeuróticos hasta el pecho.

*Tratamiento.*—El tratamiento debe ser antiflogístico, dando salida al pus lo mas pronto posible, asi que se establezca la supuracion. Si el abceso se forma sobre el esternon ó en su circunferencia, debe abrirse, favoreciendo despues con la posicion y las inyecciones la salida del pus. Cuando este se estanca ó tarda demasiado en llegar al esterior, todos los prácticos convienen en poner el foco al descubierto, trepanando el hueso.

### *De los flemones abdominales.*

Todas las partes del tejido celular abdominal pueden inflamarse, pero en ninguna son tan frecuentes los flemones y abcesos como en la escavacion pelviana, en las fosas ilíacas y alrededor de los riñones, donde el tejido celular abunda mas que en ningun otro punto. Describiremos, pues, por separado la inflamacion flemonosa de cada una de estas regiones.

### *Del flemon perinefrítico.*

Bajo los nombres de *flemon perinefrítico*, debe comprenderse la inflamacion del tejido célulo-adiposo que existe en tanta abundancia en la circunferencia de los riñones y delante de los músculos cuadrados de los lomos.

*Etiología y anatomía patológica.*—Esta inflamacion es rara vez espontánea cuando no sucede á una violencia esterna como una herida ó contusion de los lomos, ó bien á la presencia de un cuerpo estraño procedente del esterior ó del tubo digestivo, pero casi siempre es consecutiva á alguna alteracion grave del tejido renal. En una nefritis violenta, se inflama algunas veces el tejido celular esterior, ya á causa de la estension de la flegmasia, ya por la rotura de un abceso de los riñones. Las heridas penetrantes de los cálices y de las pelvis, ó sus perforaciones ó roturas, producidas comunmente por cálculos, son tambien una causa muy poderosa del flemon perinefrítico, que resulta entonces de la infiltracion de la orina: por último, los abcesos lumbares pueden ser consecutivos á una perforacion del cólon.

Concíbese por esta enumeracion, cuán variadas serán las lesiones que se encuentran en los cadáveres, relativas á ciertas vísceras abdominales. En cuanto á las alteraciones dependientes del mismo abceso, se halla el tejido celular subperitoneal, y el que reside entre el músculo cuadrado de los lomos y sus aponeurosis, tumefacto, reblandecido, inyectado, infiltrado de pus, y á veces gangrenado. Las fibras musculares están azuladas, pálidas, reblandecidas y destruidas por la supuracion. En fin, las alteraciones pueden propagarse hasta el tejido celular sub-cutáneo de los lomos, que suele estar infiltrado de pus, ó cuando menos de una serosidad citrina.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—Cuando el flemon perinefrítico es primitivo. los enfermos sienten en la region lumbar correspondiente un dolor mas profundo que en el lumbago, que se aumenta con la presion y los movimientos del tronco. Esta region se desfigura bien pronto y se encorva; la secrecion urinaria conti-

núa, sin embargo, como de costumbre; sobreviene una calentura intensa, estreñimiento, y tambien á veces hay náuseas y vómitos. Estos accidentes se agravan pasados algunos dias; los dolores son mas lancinantes, se aumenta el tumor lumbar, luego dichos dolores se muestran simplemente obtusos, la tumefaccion es edematosa, y se percibe, en fin, la fluctuacion. El pus acumulado en los lomos, puede abrirse paso al través de uno de los puntos de la pared abdominal posterior, ó bien derramarse en el cólon ó en el ureter; algunas veces llega á la fosa ilíaca, y se escapa por un vacío ó la ingle abriéndose la piel de estas regiones; en fin, se ha visto á estos abcesos tomar una direccion contraria, perforar en el lado izquierdo el diafragma y el pulmon, y salir el pus por la espectoracion. Los accidentes son en general mas graves, y el curso de la enfermedad mas rápido, cuando la flegmasia depende de una infiltracion de orina ó de materias fecales. En estos casos, preceden algun tiempo al flemon lumbar los signos de la afeccion de los riñones ó del cólon, y aquel invade con rapidez una gran superficie. La gangrena no tarda entonces en desarrollarse, y comprimiendo el tumor mas ó menos completamente, se percibe una crepitacion bien marcada, producida por la infiltracion de gases en el tejido celular. La mortificacion invade pronto la piel, si no se practican estensas y profundas incisiones para contener los progresos de la infiltracion séptica. La mayor parte de los enfermos sucumben en medio de un conjunto de síntomas generales adinámicos y atáxicos muy graves. Cuando la curacion llega á verificarse, tarda en general mucho tiempo, á causa de la estension de las lesiones y de las denudaciones que se establecen: la herida queda muchas veces fistulosa, sobre todo si el abceso ha sido sintomático de una perforacion intestinal ó de algun conducto urinario. En el primer caso salen por ella los gases y las materias intestinales; y en el segundo el pus es seroso, exhala un olor de orina, y suele arrastrar consigo fragmentos de cálculos.

*Diagnóstico.*—No es siempre fácil distinguir un abceso estrarenal de una coleccion purulenta contenida todavía en el riñon, sin que comunique con el uréter. Sin embargo, si se nota que en este último caso han existido anteriormente signos de una enfermedad de los riñones, especialmente ataques de cólico nefrítico, deberemos sospechar que existe un abceso renal. Añadiremos ademas que el tumor que este forma sobresale mucho hácia adelante, al contrario de lo que sucede en los abcesos perinefríticos, y que en el primero la fluctuacion es mas oscura y profunda. Hay, sin embargo, casos en que la falta de datos exactos, y la época ya avanzada de la enfermedad, nos impedirán localizarla con exactitud. Concíbese, por último, cuán incierto es el diagnóstico, cuando hay á la vez un abceso en el riñon y en el tejido celular que lo rodea. No obstante, los signos conmemorativos podrán inducirnos algunas veces á establecer la existencia de esta doble alteracion; asi, pues, cuando en un enfermo que presenta signos racionales ó positivos de una supuracion de los riñones, sobrevienen de pronto alrededor del tumor renal algunos accidentes agudos, como un dolor vivo, y mayor estension de la dureza, que es reemplazada en breve por el edema y la fluctuacion, no puede dudarse que hay un abceso doble.

Cuando el foco se abre al esterior, no siempre puede juzgarse por la naturaleza del pus de las alteraciones viscerales que existen, pues muchas veces exhala

un olor estercoráceo, aunque no haya comunicacion alguna entre el foco y el cólon. El abceso comunica tambien muchas veces con la pelvis y los cálices, sin que el pus exhale un olor urinoso, lo cual sucede especialmente cuando el riñon no desempeña ya sus funciones, por estar completamente destruido.

*Pronóstico.*—Los abcesos perinefríticos constituyen siempre una afeccion grave, esceptuando tal vez los casos en que son primitivos y muy circunscritos.

*Tratamiento.*—Todo el tratamiento consiste, durante el período flemonoso, en el uso de los antiflogísticos, especialmente las emisiones sanguíneas locales; y luego, cuando la supuracion es evidente, y se percibe la fluctuacion, conviene apresurarse á darle salida por medio de una incision, para prevenir las vastas denudaciones. Esta operacion se hace mas urgente en los abcesos consecutivos á una perforacion del cólon y de la pelvis, á causa de la gangrena y de los desórdenes que producen la orina y las materias fecales derramadas en el tejido celular; y aun no conviene, en estos casos, esperar á que se manifieste la fluctuacion, para practicar anchas incisiones que den la mas pronta salida á las materias sépticas que infiltran las partes blandas, y las mortifican con su contacto.

### *De los tumores flemosos de las fosas ilíacas.*

De todas las partes del vientre, las que padecen con mas frecuencia infartos flemonosos, son las fosas ilíacas. Estos tumores, y los abcesos que suelen ser su resultado, merecen fijar toda la atencion de los médicos, porque en virtud de su posicion y de las relaciones que tienen con vísceras importantes, dan lugar á síntomas particulares que muchas veces hacen difícil su diagnóstico, y presentan ciertas terminaciones que estudiaré mas adelante.

*Historia.*—Esta enfermedad ha llamado desde el último siglo la atencion de algunos cirujanos, y sobre todo de muchos comadrones. Delamotte (1), Ledran (2), Levret (3), Bourienne (4), Puzos (5), Deleurye (6) y otros muchos, habian publicado sobre este punto útiles observaciones; pero á pesar de esto la afeccion de que vamos á ocuparnos solo era conocida de un modo muy imperfecto. Anunciada en la clínica de Dupuytren, Dancé (7) y M. Meniere (8), cada uno de estos tres facultativos la hizo objeto de un escelente trabajo. El catedrático Velpeau, en sus lecciones orales, y MM. Piotay y Lebatard en sus tesis (9), añadieron nuevos hechos á las descripciones que anteriormente poseiamos. Por último, reuniendo estas observaciones diseminadas á las que yo habia recogido, he escrito en 1839 una monografía de esta enfermedad (10), que reproduzco casi testualmente en este lugar.

He reunido en una descripcion comun los abcesos de las fosas ilíacas, que sobrevienen en las condiciones ordinarias, y los que se forman en el curso

(1) *Chir.*, t. I.
(2) *Obs. de chir.*, t. II. París, 1731.
(3) *Art. des accouchements*, p. 165. París, 1766.
(4) *Journal de médecine*, t. XLIII, année 1775.
(5) *Memoire sur les depots laticux*, p. 72.
(6) *Accouch.*, 2.ª edit., 1777, p. 500.
(7) *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, t. IV.
(8) *Archives generales de médecine*, t. XVII, p. 188.
(9) *Thèse de Paris*, année, 1837, núms. 462 et 397.
(10) *Archives generales de médecine*, 3.ª serie, t. IV, p. 31, 137, 295.

del estado puerperal, puesto que, presentando los mismos síntomas, el mismo curso y los mismos modos de terminacion, reclaman el mismo tratamiento. Entre ellos no hay sino ciertos matices diferenciales, determinados por las condiciones especiales en que se declara la enfermedad. El juzgarse autorizado por esto para describir á parte los abcesos de las recien paridas y los que se declaran independientemente del estado puerperal, seria incurrir en un absurdo tan grande, como lo fuera, despues de haber descrito la bronquitis, la pulmonía, la erisipela, las fiebres eruptivas, etc., hacer de cada una de estas afecciones una individualidad morbosa, por la única razon de que atacan con mas ó menos frecuencia á las recien paridas, y porque reciben del estado puerperal algunas modificaciones de que sin duda es preciso hacerse cargo para el pronóstico y el tratamiento, pero que sin embargo, no son bastantes para constituir una nueva enfermedad. Me prometo que todos los médicos que hayan observado con cuidado, participarán de mi parecer, si bien me ha sorprendido el ver á un hombre tan ilustrado como M. Marchal, sostener una opinion contraria en su tesis de concurso (1844).

*Anatomía patológica.*—Las lesiones que se encuentran en la autopsia de las personas que sucumben á consecuencia de los abcesos ilíacos, varían segun el modo de terminacion de la enfermedad, sus complicaciones y la época en que ocurre la muerte. Cuando esta llega por consuncion, el abceso ocupa un gran espacio. El peritoneo que lo rodea suele presentar un color negruzco, que resulta de la imbibicion del líquido contenido en el foco, el cual, empezando inferiormente mas ó menos cerca del arco crural, se prolonga hácia arriba hasta la inmediacion de los riñones ó de las últimas falsas costillas; sus paredes son negruzcas, irregulares y tomentosas en algunos puntos; lisas y tersas en otros, y se advierte fácilmente la existencia de una membrana pseudo-mucosa.

Cuando la supuracion ha durado mucho tiempo, es raro ver al pus acumulado solamente en el tejido celular ó peritoneal, aunque se citan algunos ejemplos de esto. En tal caso los músculos psoas, ilíaco y cuadrado lumbar, libres de toda alteracion, conservan su color y consistencia; no obstante, lo mas comun es que estos órganos esten mas ó menos alterados, y que sus fibras aparezcan negruzcas, reblandecidas, destruidas en parte, disecadas é infiltradas de pus. La lesion ataca especialmente el músculo ilíaco, en su parte media y superior, y el psoas está tanto mas alterado cuanto mas nos acercamos á su borde esterno. Es difícil decir en qué exacta proporcion se observan estas graves lesiones de los músculos, porque los autores han acostumbrado omitir la descripcion del estado de estos órganos. Esto no obstante, en doce autopsias, únicas que pueden entrar en mi cálculo, he visto que sobre diez cadáveres se ha encontrado una alteracion mas ó menos profunda de los músculos, hallándose los psoas afectados ocho veces, el músculo cuadrado cinco, y el músculo ilíaco, diez. La desorganizacion era en general mas profunda en este que en los músculos psoas y cuadrado lumbar: circunstancia que puede darnos alguna luz acerca del asiento primitivo del mal y su propagacion. Sin embargo, seria imposible determinar en el mayor número de casos, por medio del exámen aislado de las partes, si el flemon ha invadido el tejido celular sub-peritoneal ó al sub-aponevrótico. El órden sucesivo en que se han presentado los síntomas, puede suministrar algunos datos útiles para la resolucion del problema. En medio de este desórden de

las partes blandas es difícil hallar, ni aun diseminados, algunos vestigios del *fascia ilíaca*; no obstante, en la mayor parte de los casos existe este hacecillo fibroso, pero se adhiere mas ó menos íntimamente que de costumbre al peritoneo, atravesado de una ó muchas aberturas, que tienen desde algunas líneas hasta muchas pulgadas de estension. En mas de la mitad de los casos se ve que los troncos ó hacecillos nerviosos destinados al miembro inferior, atraviesan el foco purulento; estos cordones son generalmente de un blanco mate, blandos ó friables; pero en la tercera parte de los casos se presentan libres de toda alteracion. Lo mismo se verifica respecto de los vasos ilíacos.

Solo dos veces se han visto estos en el centro del foco, y sus paredes, bañadas en todas direcciones por el pus, eran blandas y friables; no tenian lesion alguna en su interior, y no habian cesado de ser permeables á la sangre. En un hecho mencionado por M. Corbin (1), el haz vascular ilíaco estaba endurecido; pero la falta de una descripcion cualquiera me impide determinar la naturaleza de la alteracion. Las relaciones de los vasos con el abceso esplican, por lo tanto, los fenómenos de compresion que en breve determinaremos. Aunque la vena está colocada en una posicion mas escéntrica que la arteria, suele estar, sin embargo, menos comprimida que esta; lo que sin duda consiste en la diferente resistencia de las paredes de uno y otro vaso. Finalmente, diré, para terminar, que, como ya lo ha habia visto Dupuytren, he observado que cuando estos focos comunican con el intestino grueso, no se ve, en la generalidad de los casos, que las materias fecales penetren en su cavidad. Este derrame apenas se observa sino en los abcesos consecutivos á la gangrena del ciego ó de su apéndice. Dupuytren aducia tres razones para esplicar esta particularidad. La primera es que estos abcesos se vacian gradualmente; la segunda se refiere á la oblicuidad de la abertura; y la tercera á la demudacion del intestino que hace las veces de válvula.

*Síntomas.*—La invasion del flemon se anuncia, por lo regular, por un dolor mas ó menos agudo, limitado á una de las fosas ilíacas, ó irradiándose á mayor ó menor distancia; al mismo tiempo se advierte un aparato febril variable, algunas alteraciones en los órganos digestivos, y finalmente, otros diferentes síntomas que pueden suministrar alguna luz sobre el asiento preciso de la tumefaccion ilíaca. No todos estos diversos fenómenos morbosos tienen el mismo valor, puesto que varían mucho bajo el doble punto de vista de su frecuencia y su intensidad: por esta circunstancia merecen que yo entre respecto de ellos en algunos detalles.

El escalofrío, que es tan comun al principio de las flegmasias, y sobre todo de las flegmasias viscerales, se observa pocas veces en este caso. En efecto, este síntoma solo se ha observado en cinco de las cincuenta y seis observaciones que he podido analizar bajo este aspecto; y en este número, tres de ellas eran relativas á mujeres recien paridas.

De todos los síntomas de la enfermedad, el dolor es sin duda alguna, uno de los mas constantes. Asi, pues, de cincuenta y siete observaciones en las cuales se han indicado con algun esmero los fenómenos de invasion, se ve que en cuarenta y nueve el dolor ha marcado, al parecer, la invasion de la enfermedad, ó por lo menos, ha sido su primer fenómeno apreciable. En las otras ocho, el do-

(1) *Gazette médicale*, du 23 octobre, 1830, Obs. 1.ª

lor ha sido precedido por espacio de uno ó muchos dias, de estreñimiento, entorpecimiento en uno de los miembros pelvianos y malestar. Por último, en cuatro individuos, el médico ó el mismo enfermo han visto un tumor indolente en la fosa ilíaca, antes que esta region se hubiese convertido en asiento de una sensibilidad morbosa. Es probable que lo mismo haya sucedido en otros muchos casos; de manera que el dolor indica menos tal vez el principio de la enfermedad, que el de su estado agudo. Pero sea cual fuere la época de la afeccion en que se haya declarado el dolor, no siempre ha presentado los mismos caracteres. Unas veces es vivo y lancinante; otras, es sordo, oscuro y profundo; comparado por algunos enfermos á simples cólicos, se exaspera siempre por la presion, aumentándose tambien por las sacudidas de la tos; y en algunos casos, bastante raros, por los movimientos del tronco, al que obliga á mantenerse inclinado hácia delante, y tambien por la estension completa del miembro pelviano correspondiente, cuyo juego imposibilita en la décima parte de los casos.

El asiento del dolor varía mucho al principio de la enfermedad, no siendo raro ver á los enfermos referir sus dolores á puntos mas ó menos distantes de la fosa ilíaca. Asi es que en las cincuenta observaciones en que se indica el punto fijo del dolor, se ve que casi la cuarta parte de los pacientes (doce), han esperimentado una sensibilidad general del vientre; nueve se han quejado del hipogastrio; en veinte y cuatro el dolor ha tenido su asiento primitivo en la fosa ilíaca, debiendo añadirse á este número otros tres individuos que han referido esclusivamente sus dolores á la region inguinal correspondiente al lado en que algunas horas ó algunos dias despues se ha observado un tumor. Pero sea cual fuere el punto del vientre que el dolor ocupe primitivamente, no tarda en hacerse sentir en una de las fosas ilíacas, irradiándose desde ellas á otras regiones del abdómen ó hácia los miembros inferiores. Estas irradiaciones del dolor, no siempre son un efecto puramente simpático, sino que dependen algunas veces de la influencia que el tumor ejerce sobre los nervios que van á distribuirse por las partes afectadas. Por esta razon, cuando el infarto celular comprime ó embaraza los nervios que van á distribuirse al miembro inferior y á los órganos genitales, el dolor se hace sentir con mayor ó menor vehemencia en estas diferentes partes. Entonces es comunmente, vivo, lancinante, contínuo y exacerbante, ó bien consiste únicamente en un entorpecimiento ó un hormigueo incómodo. En todo caso, las partes dolorosas no presentan cambio alguno en su volúmen ó color, y la presion ya exaspera, ya calma los padecimientos.

Ademas del dolor, la invasion de la enfermedad se señala algunas veces por diferentes alteraciones de los órganos digestivos, como la inapetencia, las náuseas, y especialmente por la diarrea, que se ha advertido sobre todo como fenómeno precursor en una duodécima parte de los casos, y por el estreñimiento, que se ha notado en una décima parte de pacientes. Algunas veces tambien se advierten alternativas de estreñimiento y diarrea, sobre menos de una vigésima parte. Por último, en los enfermos se han observado pujos y un verdadero tenesmo disentérico sin evacuaciones intestinales. No teniendo estos diferentes síntomas gran valor bajo el aspecto del diagnóstico, me apresuro á llegar al fenómeno morboso mas importante, que es la existencia de un tumor en una de las regiones ilíacas.

Como los enfermos apenas entran en el hospital sino desde el sesto al duo-

décimo dia, á contar desde los primeros síntomas, es por lo regular imposible determinar el momento en que se ha declarado el tumor: esta época debe, por otra parte, variar segun la marcha mas ó menos aguda de la enfermedad. He visto un individuo en quien observé la existencia de un tumor, tan solo cuarenta y ocho horas despues de la invasion; y el volúmen que á la sazon presentaba me hizo presumir que hubiera podido observársele mucho antes. Dauce ha visto tambien enfermos en quienes el tumor era evidente desde el cuarto ó tercero dia.

Cuando el médico es llamado en una época próxima á la invasion, y cuando el tumor no ha adquirido todavía un volúmen considerable, no se observa deformacion alguna en la fosa ilíaca, y solo por medio del tacto es posible reconocer la hinchazon de que esta parte es asiento. Este tumor es duro y un poco resistente al tacto; su superficie no presenta elevacion alguna, ni la mano descubre en él ningun latido; el enfermo esperimenta allí dolores mas ó menos vivos, en general, lancinantes, al principio, y algunas veces aun durante todo el curso de la enfermedad La pared abdominal anterior que cubre el tumor de que hablamos, se desliza fácilmente por delante de él, á no ser que las partes hayan adquirido recíprocas adherencias. Si no siendo el tumor muy doloroso, nos esforzamos por abrazarlo entre las yemas de los dedos, vemos que en general es inmóvil; no obstante si sobresale hácia delante, se puede muchas veces imprimirle algunos pequeños movimientos laterales, al paso que cuando presenta una forma aplanada en su superficie, advertimos que es completamente inmóvil. Estas diferencias dependen probablemente del asiento del tumor y de la profundidad en que está situado. Si, como parece ser lo mas ordinario, se desarrolla debajo del peritoneo, á espensas del tejido celular que se encuentra en él, se podrá desviarlo un poco, porque el tejido celular que lo rodea es flojo y laminoso, y el peritoneo que lo cubre no le impide dirigirse hácia delante. Si por el contrario, el flemon tiene su asiento debajo de la aponevrosis ilíaca, esta sujetará el tumor, le impedirá salir hácia adelante, lo hará enteramente inmóvil, y le dará, en fin, la forma aplanada de que acabo de hablar. En todos los casos, el tumor percutido produce un sonido enteramente mate cuando se consigue abrazarlo aisladamente; pero es comun que, si lo cubre ó está situada muy cerca de él un asa intestinal, esta consiga modificar el sonido. Por regla general es fácil circunscribir el tumor. Su volúmen es variable, aunque es raro que sea menor que una nuez y mayor que una naranja, pues por término medio equivale al tamaño de un huevo de gallina. Algunas veces invade toda la fosa ilíaca, siendo difícil en este caso determinar sus límites, porque solo se encuentra en todas partes una renitencia difusa, que se prolonga á mayor ó menor altura en la region lumbar. Cuando el tumor flemonoso está en relacion con algun órgano importante, determina ademas otros muchos accidentes.

He hablado de dolores vivos, lancinantes y neurálgicos, que se irradian hácia los órganos, y sobre todo al miembro inferior, cuando el tumor comprime ó rodea los cordones nerviosos que se distribuyen por estas partes. En la décima parte de las personas, próximamente, en lugar de estos dolores vivos olo se observa un entorpecimiento ó unos hormigueos molestos, que en algunos casos pueden depender tambien de la compresion de los nervios, pero que

me parece deben referirse ademas de esto, á una dificultad de la circulacion en los vasos que van á distribuirse al miembro inferior correspondiente. En los casos raros en que la compresion se dirige especialmente á la vena ilíaca, se advierte un edema que unas veces está limitado á los maleolos, y que otras interesa todo el miembro inferior, y aun persiste mucho tiempo despues de la curacion aparente de la enfermedad. Esta sufusion serosa ha existido en cuatro individuos, y es imposible atribuirla á otra cosa que á una dificultad en la circulacion venosa del miembro. Estos síntomas de compresion del sistema circulatorio, poco ó nada tomados en cuenta por los autores, son, como se ve, bastante raros, puesto que para que se presenten es necesario que la inflamacion invada el tejido celular de los psoas; pero aun en este caso, los vasos resguardados por una vaina ó cubierta bastante fuerte, y colocados en un tejido celular poco compacto, pueden huir bajo una compresion que disminuyese su calibre si se ejerciese sobre ellos. Los nervios, por el contrario, envueltos en las fibras del músculo, deben sentir muchas mas veces la influencia de la proximidad del infarto inflamatorio. Sin embargo, seria imposible determinar la frecuencia de los dolores neurálgicos, porque los autores apenas hablan de ellos, y segun la lectura de sus observaciones, es evidente que este fenómeno casi no ha llamado su atencion. En los hechos recogidos por mí, lo he advertido en una cuarta parte de enfermos, y lo he visto faltar completamente en una mujer que murió á consecuencia de un flemon, aunque se encontraron en ella muchas ramificaciones nerviosas, friables y blandas, en el centro mismo del foco purulento. El intestino ciego en el órgano que el tumor suele comprimir las mas de las veces; un estreñimiento por lo regular bastante rebelde, la dificultad en la escrecion gazeosa y el meteorismo son el efecto natural de esta compresion. Esta obra especialmente de un modo eficaz cuando hallándose el flemon en relacion con la cara posterior del ciego, la impele hácia adelante y se esfuerza por adherirla á la pared anterior. El tumor flemonoso puede ocasionar tambien el estreñimiento de otra manera, porque desde el momento en que el tejido celular que une el ciego á los órganos inmediatos se ha flogosado, el intestino permanece violentamente en una posicion fija, y solo se contrae débilmente sobre las materias fecales, que acumulándose en su interior, concluyen por distenderlo. De treinta y cuatro observaciones en que se ha precisado el estado de las funciones digestivas, se ve que en veinte y cinco enfermos el estreñimiento ha sido un síntoma predominante, una vez declarada la enfermedad, y en los nueve casos restantes se ha observado uno con diarrea continua, ó con alternativas de estreñimiento y diarrea.

Por último, el tumor puede ser causa de retraccion del miembro, y de claudicacion, cuando hallándose situado debajo del *fascia iliaca*, comprime el músculo ilíaco, ó bien cuando las fibras musculares del psoas y del ilíaco toman parte en el trabajo inflamatorio. Este síntoma ha existido en un grado que varía en la décima parte de enfermos.

Las personas atacadas de flemon ilíaco presentan en general un aparato febril mas ó menos intenso: en efecto, la fiebre se ha advertido en la proporcion de 33 á 10. Por lo regular es poco fuerte, continua, sin paroxismos, y pocas veces se presenta acompañada de desórdenes simpáticos graves. En diez enfermos la fiebre faltó completamente. Esta carencia del menor movimiento

febril se verifica cuando el tumor empieza de una manera sorda y poco dolorosa. Si el flemon ilíaco es consecutivo á la gangrena del ciego ó de su apéndice, y se verifica un derrame estercoráceo, los enfermos se quejan de un dolor en general mas vivo, pero que no tiene, con mucha diferencia, esa rapidez y violencia que adquiere en la peritonitis sobreaguda consecutiva á un derrame irritante. En esta variedad del flemon la calentura es intensa, el estreñimiento de los mas rebeldes, y los enfermos se ven atormentados por unos vómitos biliosos que por lo general persisten durante toda la enfermedad, la cual tiene tambien un curso mas rápido, debiendo necesariamente terminar por supuracion y hasta por gangrena. Creo, no obstante, que esceptuando el tumor, los síntomas tan agudos que acabo de indicar y generalmente el dolor vivo, los vómitos biliosos y la fiebre intensa, se enlazan al parecer mas bien con el flemon ilíaco que con la flegmasia concomitente del apéndice íleo-cecal, y sobre todo con la peritonitis, de lo cual es fácil convencerse mediante la lectura de la Memoria de Louyer-Villermay (1), y del doctor Mêllier (2).

Los síntomas que acabo de enumerar varían mucho, segun la intensidad de la enfermedad, la rapidez de su curso, la susceptibilidad individual, etc. Respecto del tumor debemos decir que en él se observan diferentes cambios, segun su modo de terminacion.

*Curso y terminaciones.*—Los flemones de las fosas ilíacas pueden presentar casi todas las formas de terminacion que se observan en los tumores flemonosos de las demás regiones del cuerpo; asi, pues, pueden terminar por resolucion, supuracion, gangrena é induracion. No hablo de la delitescencia, de la cual, á lo que creo, nadie ha citado hasta el dia ninguna observacion auténtica; y por otra parte, no creo que este sea un modo de terminacion posible en los flemones, sea cual fuere su asiento, pues el infarto que los constituye es demasiado considerable para que pueda en caso alguno desaparecer repentinamente.

La resolucion es la terminacion mas feliz, pero tambien la mas rara, del flemon ilíaco, pues yo no la he visto efectuarse sino dos veces en las doce observaciones que he recogido; y en los setenta y tres enfermos que forman el total de los hechos que estudio, esta terminacion solo ha sido completa nueve veces. En otros nueve individuos se notó un principio de resolucion; pero como salieron del hospital antes de la completa desaparicion del infarto, es probable que muchos de ellos conservasen durante mucho tiempo una induracion crónica, que en unos desapareceria paulatinamente, y en otros vendria á supuracion. Pero aun admitiendo (lo que no es probable), que en estos nueve enfermos, el tumor terminase sin supurar, no por ello deberemos dejar de concluir que la resolucion no es la terminacion ordinaria de los flemones ilíacos, sobre todo en aquellos que sobrevienen en el curso del estado puerperal. Esta circunstancia merece ser tomada en cuenta con tanto mayor motivo, cuanto que *á priori* hubiera podido admitirse lo contrario, considerando que el tejido celular de las fosas ilíacas contiene muy poca grasa, condicion anatómica que favorece la resolucion de los infartos inflamatorios. La resolucion se verifica con mucha lentitud en los flemones ilíacos: en dos personas ha podido verificarse en quince ó

(1) *Archives*, t. V, p. 246.
(2) *Journal général*, t. C., p. 317.

veinte dias, pero en todos los demás no ha sido completa hasta despues de uno á tres meses. Esta inercia depende probablemente de la poca vascularidad del tejido celular que llena las fosas ilíacas. Como quiera que sea, cuando la resolucion se verifica en el lado enfermo, no se ve al sano afectarse á su vez, y todavía ignoro el hecho en que se apoya Levret para admitir, que comunmente ocurria mientras se procura disipar el infarto que se anuncia en un lado, verle interesar el opuesto y manifestarse con idénticos síntomas. La estension de la flegmasia del tejido celular de un lado á otro, es, en mi concepto, escesivamente rara; puesto que hasta el dia no se ha observado quizás sino dos ó tres veces. Esta propagacion, por lo demás, se efectuó de una manera latente, y solo fue descubierta por la autopsia.

La supuracion es la terminacion mas frecuente de la inflamacion flemonosa que estudio, puesto que ha sido observada en cincuenta y cinco enfermos. Puede decirse que es casi inevitable en los infartos consecutivos al parto, toda vez que de diez y siete mujeres ha tenido lugar en diez y seis. Puzos admitia no obstante, que los depósitos lácteos toman fácilmente el camino de la resolucion: opinion que el autor justifica al parecer con tres observaciones; pero mas adelante examinaré el valor que pueden tener los hechos publicados por el célebre comadron á quien acabo de citar.

El tiempo necesario para la formacion del pus ha variado mucho en los diferentes individuos. A lo que creo, puede admitirse como regla general que en los flemones no gangrenosos de las fosas ilíacas, el pus se forma mas lentamente que en los tumores de la misma naturaleza que se desarrollan en las otras partes del cuerpo. En efecto, en estas, cuando la inflamacion es viva el pus empieza á formarse del quinto al octavo dia. En la fosa ilíaca, por el contrario, este fenómeno apenas se presenta por término medio sino del vigésimo al vigésimosesto dia. En un caso escepcional se vió á la supuracion formarse y vaciarse al esterior el sétimo dia; pero en todos los demás enfermos, los primeros indicios de la presencia del pus no se presentaron hasta los dias, décimo, duodécimo, décimonono, vigésimocuarto, trigésimo, trigésimooctavo, cuadragésimosegundo y sexagésimo; á contar desde la manifestacion de los primeros accidentes.

¿Cómo esplicaremos semejante lentitud? ¿Será acaso debida á la menor intensidad de la inflamacion? Esta causa es positiva en algunos casos; pero yo he visto muchos flemones ilíacos acompañados de una fuerte reaccion febril, y en los cuales, sin embargo, la supuracion no era apreciable hasta el trigésimo dia. Creo que la causa principal del hecho de que me ocupo reside en la organizacion del tejido celular de las fosas ilíacas, que siendo laminoso, y conteniendo infinitamente pocas vesículas adiposas, entra en supuracion con mas lentitud que el tejido celular de los miembros, de las nalgas, ó de la circunferencia del ano, que presenta una disposicion contraria.

Los síntomas que indican la formacion del pus son locales ó generales; los segundos tienen un gran valor, y pueden muchas veces establecer por sí solos un diagnóstico cierto, porque no es raro ver que algunos abcesos flemonosos, profundamente ocultos en las fosas ilíacas, no se revelan por medio de ningun fenómeno esterior local.

Los síntomas que señalan la presencia del pus varían, por otra parte, segun

que la afeccion es mas ó menos aguda. Si el flemon tiene un curso rápido, se observa una exasperacion momentánea en los síntomas generales, y especialmente en los fenómenos locales; los latidos dolorosos de que la parte era ya asiento, redoblan su intensidad, despiértase la fiebre, el tumor parece hacerse mas voluminoso, y los fenómenos de compresion en algunos órganos que he enumerado anteriormente, aumentan ó se presentan por primera vez. Asi, pues, he visto en la mitad de los casos que el estreñimiento era mas rebelde en el período en que la inflamacion se hace *supurativa*, para valerme del lenguaje de Hunter, y en seis enfermos el dolor, la retraccion del miembro, la dificultad de los movimientos, y en fin, el edema alrededor de los maleolos, sobrevinieron por primera vez ó aumentaron al formarse el pus en el tumor. Cuando, por el contrario, la enfermedad sigue un curso lento, y el flemon se ha presentado casi sin dolor y sin despertar simpatías en parte alguna, no se observa el período de exacerbacion que acabo de describir. Pero sea cual fuere la rapidez con que se haya formado el pus, desde el momento que se reune en foco, da lugar á diferentes accidentes que es importante conocer. En una tercera parte de enfermos, aproximadamente, he notado escalofríos irregulares, calentura con recargos repentinos, y sudores generales algunas veces considerables, que por lo regular se manifiestan por la noche durante el sueño. Estos diferentes fenómenos morbosos no indican, como lo creen algunos, que va á establecerse la supuracion, pero son el signo cierto de que el pus se ha formado ya en el tumor, porque estas alteraciones suelen coincidir con fenómenos locales que no permiten duda alguna relativamente al diagnóstico. Algunas veces, en efecto, se siente la fluctuacion en un punto circunscrito al principio, pero que no tarda en hacerse perceptible en toda la superficie del tumor. Mas, para que este fenómeno exista, no basta que se haya aglomerado mucho pus, sino que es necesario ademas que este líquido no esté á mucha profundidad, porque Bourienne cita dos casos de abcesos ilíacos, de los cuales el uno contenia 16 onzas de pus, y el otro 25 onzas sin que el exámen mas minucioso y repetido muchas veces hubiese hecho percibir la fluctuacion (1). No obstante, en estos casos oscuros si se palpa con cuidado la superficie del tumor, ya se siente una especie de estremecimiento, que es imposible describir, ya se nota una blandura, ó por mejor decir, una especie de pastosidad; por último, otras veces se halla un edema mas ó menos superficial. Todos estos fenómenos deben servir de aviso al práctico de que el pus existe á mayor ó menor profundidad. Añadamos que los accidentes de compresion sobre el ciego, los vasos y los músculos de que he hablado, persisten en el mismo grado que anteriormente. Por lo que respecta á la prominencia del tumor, pueden ocurrir dos cosas: unas veces la supuracion propende á salir por la superficie de la piel, y el tumor sobresale cada vez mas, y se identifica con la pared abdominal, que poco á poco se gasta y se perfora. Si, por el contrario, el pus toma una direccion opuesta, se ve que el tumor se deprime y hasta desaparece de un dia al siguiente, ya sea por que se ha corrido á la pelvis, ya mas bien porque ha llegado á la region lumbar, desprendiendo por lo regular en toda su estension la porcion correspondiente del cólon, y hasta se le ha visto derramarse á mayor distancia; asi, pues, M. Vigla ha citado la observacion de una jóven afectada de un flemon ilíaco,

(1) *Journal de médécine*, t. XLIII. Obs. 1.ª et 2.ª du *Memoire de Bourienne*.

en el cual M. Velpeau creyó sentir una fluctuacion profunda, si bien demasiado oscura todavía para que hubiese indicacion de obrar: seis dias trascurrieron sin cambio notable, y despues de este plazo, aquel entendido y sabio cirujano no halló ya el infarto; ninguna fluctuacion lo habia reemplazado; pero un exámen atento de las partes inmediatas hizo descubrir el edema al nivel del gran trocánter, y las incisiones practicadas á este nivel dieron salida á un pus fétido (1).

Una vez establecida la supuracion, es preciso, para que la curacion sobrevenga, que el líquido sea espulsado al esterior mediante las solas fuerzas de la naturaleza ó por los auxilios del arte, porque apenas puede esperarse la reabsorcion. No obstante, por poco comun que sea esta terminacion, no me parece del todo imposible, pues creo haber observado un ejemplo de ella.

El pus encerrado en medio de las fosas ilíacas se abre paso al esterior, unas veces al través de las paredes abdominales ó bien en la vagina; otras se derrama en uno de los depósitos escrementicios que se encuentran á su alrededor, siendo espulsado en tales casos, por la misma via que la orina y las materias fecales.

En catorce enfermos el abceso se vació esclusivamente en la superficie de la piel, ora á consecuencia de una abertura espontánea, ora, y este caso es el mas comun, á beneficio de una incision practicada por el médico. En otros catorce casos el pus llegó al esterior al mismo tiempo ó poco despues de haberse ya abierto una primera salida al través de la vejiga, la vagina ó el intestino grueso.

La anatomía nos demuestra *á priori* que cuando el pus está exactamente contenido en la fosa ilíaca, no puede salir por la parte posterior de la pélvis, á causa de la resistencia que los huesos le oponen en este punto. Es, por lo tanto, preciso que se dirija hácia delante y que desgaste la pared abdominal anterior, ó que se abra paso por una de las aberturas naturales de la parte inferior del vientre.

El primer caso es notoriamente el mas comun. En efecto, en las dos terceras partes de individuos, el tumor propende á abrirse por algun punto inmediato al ligamento de Falopio ó de la espina ilíaca anterior y superior. En ciertos casos, muy raros, el pus se corre por el grosor del muslo, pasando por debajo del arco crural, donde ocasiona desórdenes mas ó menos graves, segun que el flemon era esclusivamente subperitoneal, ó residia bajo la aponevrosis ilíaca. En el primero de estos casos, el pus deslizándose por el muslo, se detiene dentro y delante de los vasos femorales, sin alterar la estructura de los músculos psoas é ilíaco. Pero si por el contrario, el abceso ha sido sub-aponevrótico, el pus está contenido en la vaina fibrosa del *fascia ilíaca*, y llega hasta el pequeño trocánter, donde suele formar un vasto foco, despues de haber alterado, reblandecido y destruido las fibras de los músculos psoas é ilíaco.

Cuando el pus ha seguido la direccion de que acabamos de hablar, puede invadir en su camino la articulacion coxo-femoral, la cual inflama, ocasionando los mas agudos dolores; la cápsula fibrosa está destruida, y la cabeza del fémur sobresale mas ó menos completamente de su cavidad; el miembro abdominal es impulsado entonces en la rotacion esterior, y cualquier movimiento que se

(1) *Societé anatomique*, 12.ª année, 7.ª bulletin.

le imprima causa dolores atroces. Yo he recogido en 1847 dos hechos de este género, y M. Aubry habia ya publicado uno en los *Archivos* de 1843. Este accidente es temible cuando el abceso sub-aponevrótico interesa el músculo ilíaco, y cuando penetra en la vaina sinovial comun á este músculo y al psoas, que, como es sabido, suele comunicar con la articulacion de la cadera.

El pus, en vez de correr por la parte inferior, sigue á veces una direccion opuesta. Asi, pues, se le ve con frecuencia deslizarse por debajo del intestino grueso, casi hasta la inmediacion del riñon y del hígado. La posicion horizontal que la mayor parte de los enfermos guardan habitualmente, y la laxitud del tejido celular de estas partes, esplican bastante el por qué el pus se dirige con frecuencia hácia la region superior del abdómen. Por el contrario, la prominencia considerable producida por los músculos psoas se opone tenazmente á que el abceso llegue hasta la cavidad pelviana. No obstante, esto puede suceder, y debe ser menos comun en el lado derecho que en el izquierdo, porque en este lado se halla la S ilíaca del cólon, ó por mejor decir, su repliegle mesentérico, que cruzando la direccion de los psoas para prolongarse hasta la pelvis, puede permitir con bastante facilidad al pus acumulado en la fosa ilíaca izquierda deslizarse entre sus dos hojas é ir á ponerse en contacto con las paredes del recto.

Otras veces la supuracion llega á mayor distancia, y pasa, por ejemplo, de una fosa ilíaca á otra, sin que sea posible esplicar estos cambios de lugar por la posicion que guardaban los enfermos ó por alguna otra disposicion particular. Uno de los hechos mas curiosos en este género, es el mencionado por Augusto Berard en una de las sesiones de la Sociedad anatómica (1).

Fácil es adivinar que la cantidad de pus contenido en los abcesos ilíacos está en general en proporcion con las dimensiones del foco: esta cantidad varía desde algunas dracmas hasta muchas libras. Las propiedades físicas de este producto morboso no son siempre las mismas. Sabido es que la supuracion que resulta de los abcesos profundos de las paredes abdominales despide con bastante frecuencia un olor en estremo fétido, análogo algunas veces al de las materias fecales, de modo que nos induce á creer que existe una perforacion intestinal. Pudiera imaginarse que siempre sucede lo mismo respecto de los abcesos de las fosas ilíacas; y aun parece que el pus deberia adquirir el olor estercoráceo, con tanta mayor razon cuanto que siempre está bastante próximo al intestino, y aun en la mayor parte de los casos en contacto inmediato con sus paredes; pero el exámen de los hechos no confirma en manera alguna esta opinion. Asi es que entre nueve enfermos en quienes el abceso se abrió solamente en la parte esterior, y en quienes tambien han sido exactamente descritas las cualidades de la supuracion, he visto siete que han dado un pus blanco, bastante consistente, en general bien trabado y completamente inodoro. En dos casos este líquido morboso presentó un olor fétido, estercoráceo, sin que hubiese razon alguna para creer que el foco comunicaba con el intestino. Pero el pus presenta otros caracteres cuando el abceso, en vez de haberse abierto en la superficie de la piel, se ha vaciado ya en parte en el tubo digestivo. En efecto, en cuatro enfermos que presentaban ejemplos de esta doble perforacion, se ha visto tres ó cuatro veces que el pus era mas ó menos seroso, grisiento, mezclado con gases y en estremo fétido. ¿Sucede lo mismo respecto de los abcesos que se abren en la piel des-

(1) *Societé anatomique*, 1834, 7.° bulletin.

pues de haber comunicado con la vagina ó la vejiga? Lo ignoro, porque todavía no he observado hecho alguno de este género, y porque en dos de que los autores han hecho mencion, se ha olvidado describir las cualidades del pus. Finalmente, cuando los abcesos estercoráceos y gangrenosos del contorno del ciego se abren al esterior, el pus que sale de ellos, y cuyo olor es fétido, está mezclado con gases, con materias fecales y cuerpos estraños, procedentes del intestino, como los huesos ó las semillas de frutas; en fin, la supuracion arrastra algunas veces tras de sí restos de músculos ó de tejido celular mortificado.

Los abcesos de las fosas ilíacas suelen abrirse en el intestino grueso, habiéndose observado este modo de terminacion en diez enfermos, en quienes la evacuacion del pus se verificó esclusivamente por esta vía: es de notar que es mas fácil en el lado derecho que en el izquierdo. En efecto, en el primero el pus está generalmente en contacto con la cara posterior del ciego y del cólon ascendente, partes que, hallándose desprovistas de peritoneo, solo oponen una débil resistencia. No suele existir la misma disposicion en el lado izquierdo por la S ilíaca. De aquí se sigue que los abcesos de esta region hallan mas dificultad en penetrar en el intestino; no obstante, seria inexacto decir que no pueden afectar esta terminacion, puesto que la ciencia posee por lo menos tres ejemplos de abcesos ilíacos izquierdos que se han abierto en el cólon ascendente ó en la S ilíaca (1). En los casos raros en que el pus corre por la cavidad pelviana, la evacuacion puede efectuarse tambien á consecuencia de la perforacion del recto. El doctor Rigaud dice, en efecto, que observó en una mujer de cuarenta años, un abceso ilíaco derecho, no enlazado con el estado puerperal, que se abrió directamente en el recto, habiendo visto su abertura por medio del *speculum ani*: la enferma no se curó hasta despues de seis meses (2). En este modo de terminacion no se observa sino una sola perforacion, bastante exactamente redondeada, y cuyo diámetro varía de dos á ocho líneas; otras veces hay muchas aberturas inmediatas unas á otras (observacion XVII de M. Meniere), ó bien diseminadas, como lo estaban en un hecho que he referido en mi Memoria. Estas perforaciones están algunas veces guarnecidas en su contorno, ora en la parte interior (M. Meniere), ora en la esterior del intestino (M. Berard), de rodetes prominentes, que pueden, atendida su disposicion, embarazar ó favorecer el derrame del pus en el interior del tubo digestivo. Algunas veces la comunicacion entre el foco purulento y el intestino se opera por medio del apéndice vermiforme del ciego que por lo regular está entonces gangrenado. Es de presumir que en tales casos la alteracion profunda del apéndice ha sido la causa de todos estos accidentes.

La época en que se efectúa la perforacion intestinal es muy variable; asi es que se la ha visto verificarse á los dias trece, décimoquinto, décimosesto, vigésimo y vigésimoséptimo, y aun á los dos ó tres meses, contando desde el principio de la enfermedad. No siempre es igualmente fácil diagnosticar el momento en que el abceso comunica con el intestino. Si en efecto, la abertura es pequeña, y el pus se derrama lentamente y en escasa cantidad á la vez, entonces el tumor cambia poco de volúmen, y el exámen atento de las materias fecales no

(1) Bricheteau, *Archives*, 3.ª serie, t. II, p. 409.—Berard, *Societé anat. loc.* cit., y en la 4.ª observacion de mi Memoria.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales* t. I, p. 61.

puede dar á conocer ningun glóbulo purulento. Pero no sucede lo mismo cuando el pus penetra de repente en el tubo digestivo. En este caso, el tumor se deprime y hasta desaparece del todo, como si se hubiese vaciado al esterior. Poco despues el enfermo, que hasta aquel momento habia padecido de estreñimiento, esperimenta una apremiante necesidad de defecar, y depone uno ó muchos vasos de un pus blanquizco y por lo regular inodoro. Pero si la perforacion intestinal es consecutiva á la abertura del abceso por la superficie de la piel, esta nueva comunicacion se reconocerá por la salida de las materias intestinales al través de la fístula cutánea: esto es lo que se ve en la quinta observacion referida en las lecciones clínicas de Dupuytren. El enfermo que fue objeto de ella, se vió acometido de un flemon ilíaco de un curso lento, que al cabo de tres meses se abrió espontáneamente al esterior; el pus continuó derramándose por espacio de dos ó tres meses, al cabo de los cuales el enfermo halló sobre las piezas del apósito una simiente de uva; poco despues salieron por la fístula materias fecales; pero la curacion se verificó á pesar de esta grave complicacion (1).

En la mujer, los abcesos de las fosas ilíacas suelen abrirse en la vagina, siendo digno de advertirse que tal vez los del lado izquierdo son los que especialmente afectan este modo de terminacion. Asi es que de seis casos de abcesos ilíacos que comunicaban únicamente con la vagina, ó al mismo tiempo en la superficie de la piel, hay cuatro que ocupaban el lado izquierdo, y solo dos el derecho. Esta especie de predileccion se esplica bastante naturalmente, si recordamos que los abcesos de la fosa ilíaca izquierda penetran en la pelvis mucho mas fácilmente que los que se desarrollan en la inmediacion del ciego. Es probable que al correr á lo largo del recto, el pus concluya por lo comun yendo á parar á la vagina; concíbese tambien que puede llegar á ella siguiendo las partes laterales de la vejiga. Cuando el pus se ha evacuado por esta vía, las partes genitales aparecen bañadas de repente por este líquido, cuya cantidad es muy variable. Unas veces solo hay en ellas un rezumo; otras, por el contrario, las mujeres vierten en pocos instantes uno ó dos vasos de un pus generalmente blanquizco, consistente, fétido ó inodoro.

Este modo de terminacion de los abcesos ilíacos es desconocido algunas veces, ya sea porque no se atiende á preguntar á las enfermas acerca de los fenómenos que pueden ocurrir en las partes sexuales, ya tambien porque muchas veces se considera como una simple leucorrea el derrame purulento sintomático de una perforacion de la vagina. Añadamos por último que padeciendo varias de estas mujeres con mucha anterioridad flores blancas, no se considera el aumento del derrame sino como agravacion de la enfermedad primitiva. Es fácil, sin embargo, aun en este último caso evitar el error, si se atiende á que el derrame ha sido repentinamente mas abundante; que sus propiedades físicas han cambiado, que se ha hecho enteramente purulento, y que ha sido seguido inmediatamente de la depresion del tumor cuyo asiento era la fosa ilíaca, como tambien de la disminucion ó cesacion completa de los fenómenos de compresion, circustancias de que volveré á ocuparme mas adelante.

Cuando sobrevienen estos signos de perforacion es importante esplorar la vagina por medio del tactar, é introducir tambien en ella el speculum, á fin de

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 344.

averiguar cuál es el punto exacto de este canal en el que termina el trayecto fistuloso. Es muy raro, sin embargo, que se logre descubrirlo, ya sea porque, consistiendo en un pequeño agujero, se oculta fácilmente en el fondo de las numerosas arrugas que la vagina presenta en su superficie, ya porque la perforacion se ha efectuado al través del útero, en un punto que el instrumento permite descubrir poco ó nada.

En un caso mencionado por M. Piotay, la introduccion del speculum en una mujer atacada de abceso de la fosa ilíaca izquierda, causó una perforacion de la vagina en su pared posterior; esta dió al punto paso á una gran cantidad de pus sanguinolento que llenó inmediatamente todo el instrumento. El abceso puede vaciarse tambien al través de las paredes uterinas: semejante terminacion es rara, en razon á la resistencia que opone el tejido del útero. No conozco, sino una sola observacion de esta clase, que ha sido referida por Dance en su trabajo: trátase de una mujer que atacada despues de su primer parto, de un abceso en la fosa ilíaca derecha, dió mucho pus por la vagina, y concluyó sucumbiendo á la abundancia y persistencia de la supuracion, sin que durante la vida hubiese sido posible reconocer cual era el asiento de la perforacion. La autopsia hizo ver que las paredes de la vagina estaban intactas, y que la solucion de continuidad existia á media pulgada sobre la estremidad inferior del cuello uterino; en este punto habia una abertura redondeada y negruzca, de un poco mas de cuatro líneas de diámetro, en la cual se hizo penetrar fácilmente una sonda que despues de algunos rodeos llegó hasta el foco-purulento.

Dance, M. Meniere y el doctor Enrique James Johnson (1), refieren cada uno una observacion de abceso en la fosa ilíaca, que se abrió en la vejiga. Pero en ninguno de estos casos la perforacion fue simple, puesto que el abceso se abria al mismo tiempo en el intestino grueso ó en la superficie de la piel; en el hecho referido por M. Meniere se observaron á la vez tres especies de perforaciones. En los dos casos recogidos por Dance y M. Meniere, no parece que la presencia del pus en la vejiga haya determinado síntomas particulares; pero no sucedió lo mismo respecto del enfermo del doctor Johnson, el cual viéndose obligado á orinar de media en media hora, esperimentaba al mismo tiempo agudos dolores en el perineo, la vejiga y la punta del pene; estos dolores se prolongaban hasta algunos instantes despues de la emision de la última gota de orina, la cual era algunas veces sanguinolenta, y la presion del pubis causaba dolores; en fin, la orina tratada por el calor y los reactivos químicos, suministró algunos copos albuminosos. En la autopsia se vió que los riñones no estaban enfermos; la vejiga se hallaba sana al primer golpe de vista; la mucosa no estaba inflamada ni hinchada, pero en la parte media de la pared anterior de la víscera se veia una pequeña abertura redonda cuyo diámetro igualaba apenas el de un guisante, que comunicaba con un trayecto sinuoso, formado entre la insercion de los músculos en el pubis; este trayecto se adelantaba hácia el lado derecho entre los músculos y el peritoneo, y llegaba á la fosa ilíaca donde se abria en un abceso que tambien comunicaba con el interior del ciego.

Finalmente, citaremos como terminacion aun mas insólita de los abcesos ilíacos, el hecho recogido por M. Demaux, que vió al pus pasar á la vena cava inferior. Compréndese que en tal caso se manifestarian todos los accidentes de

(1) *The médico-chir. review*, último cuaderno trimestral de 1836, y *Gaz. medicale*, t. V, p. 128.

la infeccion purulenta, y si ademas, la cantidad del pus que penetra tan repentinamente en las vias circulatorias fuese considerable, la muerte podria sobrevenir con rapidez como sobreviene en los animales en cuyas venas se inyecta á la vez mucho pus. Si la ulceracion de la vena ha sido precedida de la compresion del vaso por el foco, es probable que en este caso se observe un edema mas ó menos considerable de los dos miembros pelvianos.

Ora se abra el abceso en la superficie de la piel, ora se derrame el pus en la vejiga, la vagina ó el intestino grueso, los fenómenos que el tumor presentará serán con pequeña diferencia los mismos en todos los casos. Asi, pues, el abceso se deprimirá tanto mas, cuanto mas rápido y abundante sea el derrame del pus; y algunas veces veremos cesar en breves instantes ciertos síntomas debidos á la compresion que el tumor ejercia sobre las partes inmediatas, y especialmente sobre el ciego, los músculos y los vasos; es decir, que veremos desaparecer el estreñimiento y el meteorismo; los movientos del muslo casi no serán ya dolorosos y se ejecutarán con mas libertad; y en fin, desaparecerá en último término el infarto edematoso que habia atacado al miembro inferior. En todos los casos, aun en aquellos en que la afeccion debe tener un resultado funesto, la evacuacion del pus se presenta acompañada de un alivio notable y de una sensacion de bienestar que dura mas ó menos tiempo, segun que el curso de la enfermedad ha sido lento ó rápido. Asi es que de treinta y cinco enfermos en quienes la supuracion de las fosas ilíacas fue seguida de curacion, hubo veinte y cuatro que despues de la abertura espontánea ó artificial del abceso, no presentaron en época alguna la menor especie de accidente. En otros, por el contrario, la curacion fue combatida de muchas maneras. Asi, en ocho de ellos, habiendo cesado prematuramente el derrame del pus, á consecuencia de la oclusion ó de la pequeñez de la abertura esterior del foco, se observó que se presentaba la calentura, y que la region ilíaca se convertia de nuevo en asiento de hinchazon y de vivos dolores, habiendo durado estos accidentes hasta que el pus se vació por otra incision, ó la naturaleza se desembarazó espontáneamente de él por medio de una nueva perforacion. Es muy comun vér estas alternativas de bien y de mal verificarse muchas veces consecutivas antes de que la convalecencia se declare de un modo franco. En otros dos enfermos se inflamaron las paredes del foco, los bordes de la úlcera se presentaron erisipelatosos, levantóse violenta calentura, y uno de ellos tuvo delirio; pero estos accidentes fueron felizmente combatidos, á beneficio de un tratamiento adecuado. Finalmente, en el último enfermo el trayecto fistuloso se llenó de carnes fungosas y descoloridas; la supuracion se hizo icorosa, y la calentura se manifestó: pero el empleo de las lociones detersivas, algunos tónicos administrados interiormente y las curaciones renovadas con frecuencia, no tardaron en modificar la supuracion y el estado del foco.

Los enfermos que despues de la evacuacion del pus no esperimentaron ningun nuevo accidente, no se curaron todos en la misma época. La via por la cual el pus se abrió paso al esterior, influyó ciertamente mucho en la mayor ó menor rapidez de la curacion. En general, los abcesos que se abrieron en el intestino grueso son los que con mas prontitud se curaron, porque el pus habia dejado de correr, por término medio, hácia el noveno dia. La observacion del catedrático Rigaud, de Strasburgo, que he citado mas arriba, y en la cual la cu-

racion tardó en verificarse muchos meses, es un hecho escepcional. La tenacidad de la supuracion en este caso, dependia probablemente de la gran estension ocupada por el trayecto fistuloso, que desde la fosa ilíaca derecha iba á parar á un punto bastante próximo al ano. Por el contrario, los enfermos en quienes se abrió el foco por medio de un instrumento cortante, presentaron la supuracion por espacio de quince dias á lo menos, y algunas veces durante dos ó tres meses. El interior del foco segregó pus, por término medio, durante veinte y siete dias. Debemos atribuir esta prolongacion de la supuracion en los abcesos que se abren en la piel á la declividad del foco, pues esta circunstancia favorece la permanencia y la alteracion de la materia purulenta. Respecto de los enfermos en quienes diferentes accidentes vinieron á detener el curso de la enfermedad, la curacion se hizo esperar de uno á diez meses. Esta persistencia de la supuracion, no solo tiene por efecto debilitar á los enfermos, sino que es de temer que algunas veces se presente una hernia al través del trayecto fistuloso. Blandin, en efecto, ha citado la observacion hecha en un individuo que murió en el hospital de Beaujon, atacado de una hernia del ciego formada al través de una fístula de las paredes abdominales (1).

La supuracion deja en pos de sí, en la tercera parte de los enfermos, un ligero infarto ó pequeños núcleos de induracion, que se resuelven á la larga y pueden hasta persistir por espacio de muchos meses sin ocasionar el menor dolor ni la mas pequeña incomodidad. Estos infartos consecutivos, ya ocupan esclusivamente el tejido celular, ya tambien ese rosario ó serie de ganglios que acompaña á la arteria ilíaca esterna.

Sea cual fuere la via por la cual la supuracion se ha abierto paso al esterior, si continua fluyendo mas allá de ciertos límites, los enfermos se ven muy pronto reducidos á un estado completo de estenuacion: enflaquecen, pierden las fuerzas, la calentura se presenta con recargos nocturnos, la lengua se seca, se pierde el apetito, y en fin, unos sudores copiosos y una diarrea que ningun recurso alcanza á contener, se agregan ademas á la debilidad y aceleran el momento de la muerte. La mitad de los enfermos que sucumben á las consecuencias de un abceso ilíaco mueren en el último grado de marasmo estenuados por la abundancia, la persistencia y lo viciado de la supuracion. La muerte por consuncion ocurre de dos á seis meses, contando desde el principio de la enfermedad, y de uno á tres, despues de la abertura del abceso. Esta terminacion se ha observado sea cual fuere el punto por donde se haya evacuado el pus. Asi es que Dance y Husson vieron á una jóven enferma de abceso ilíaco, cuya materia se abrió paso al través de las paredes del cuello uterino; dicha jóven sucumbió á los progresos de la calentura héctica. He mencionado mas arriba una observacion del doctor Johnson, en la cual se vió un abceso ilíaco abierto á la vez en el ciego y la vejiga, que fue igualmente seguido de una terminacion funesta. No es raro que la muerte resulte de la abertura del abceso en la superficie de la piel. Dance ha señalado como favorable la comunicacion del foco con el intestino grueso, porque todos los hechos de este género observados por él tuvieron una terminacion feliz; (2) sin embargo, no es muy raro que esta sea funesta. Asi, pues,

(1) *Anat. chirurg.*, 2.ª edic., p. 323
(2) *Dict.* en 30 vol., t. 1.°, p. 221.

Blandin (1) vió á un abceso voluminoso de la fosa ilíaca abrirse en el ciego, perforando la pared posterior de este intestino, y el pus fue espulsado por medio de la defecacion. La mejoría que siguió á esta evacuacion fue momentánea, porque el enfermo sucumbió en breve á la abundancia de la supuracion. Yo he observado muchas veces hechos de esta misma naturaleza.

Cuando la muerte sobreviene por consuncion, es muy raro que la persistencia de la supuracion dependa de la presencia de un cuerpo estraño, como ocurrió en un hecho citado por John Bell. Basta entonces que el cuerpo estraño sea estraido ó espulsado por los esfuerzos de la naturaleza, para que cesen casi inmediatamente los accidentes graves de reabsorcion que ponian en peligro la vida de los enfermos.

Muchos de los abcesos que se desarrollan en ciertas partes del cuerpo llegan á hacerse mortales, porque la denudacion es demasiado considerable, y las paredes opuestas no pueden ya ponerse en contacto para agotar el manantial del pus. Esta causa obra con frecuencia para mantener la supuracion de los vastos abcesos de la axila y la estremidad inferior del recto, etc. En estos mismos casos la fácil penetracion del aire en el interior del foco altera su producto segregado, lo cual se convierte en orígen de nuevos accidentes. Dícese que nada de esto se ha observado en los abcesos de las fosas ilíacas, cuyas paredes siempre subsisten mas ó menos adheridas entre sí, á consecuencia de la fuerte presion que sobre ellas ejercen las vísceras y los músculos del abdòmen. Esta presion, segun dicen varios autores, es tan poderosa que se opone completamente á la introduccion del aire, y John Bell opina que semejante presion nunca debe ser invocada para esplicar los graves accidentes que algunas veces se manifiestan despues de la abertura de los abcesos ilíacos. Creo que hay alguna exageracion en este modo de discurrir, porque está fuera de duda que hay abcesos cuyas paredes, habitualmente entreabiertas, permiten al aire atmosférico penetrar libremente en el foco. Yo he observado muchas veces esto en los abcesos sintomáticos de caries vertebral, y mi amigo el doctor Jacquemier me ha dicho que lo observó dos veces en unos abcesos flemonosos consecutivos al parto. En estas dos enfermas no se veia despues de vaciar el foco purulento, que este volviese á cerrarse, puesto que, por el contrario, quedaba estensamente abierto, de lo cual era fácil convencerse introduciendo el dedo en su cavidad. El aire penetraba, por consiguiente, con facilidad en ella, y la percusion practicada sobre la pared anterior del abceso producia un sonido timpánico muy notable: estas dos mujeres sucumbieron estenuadas por la larga duracion y la abundancia de la supuracion.

Entre los enfermos que mueren de resultas de los abcesos ilíacos, una sesta parte, por lo menos, es arrebatada por la peritonitis. Esta terrible enfermedad puede mostrarse en una época próxima al principio, como se ve en la cuarta observacion de la Memoria de Dance. Este hecho se refiere á un jóven atacado de flemon de la fosa ilíaca derecha, en quien la flegmasia se propagó rápidamente hasta el peritoneo y al tejido celular inmediato, que al practicarse la autopsia, se encontró infiltrado de una gran cantidad de pus. En la tercera observacion de la Memoria de Bourienne hallamos un nuevo ejemplo de un abceso

(1) *Thesis ad agregat.* 1827 *(diversæ in abdomen liquidorum effusiones)*, y *Anat. chirurg.*, 2.ª edic., 1834, p. 342.

del lado derecho que degeneró en mortal hácia el décimo dia, á consecuencia de la estension de la flegmasia á la membrana peritoneal. La peritonitis se presenta otras veces en una época mas lejana, sucediendo por lo regular entonces á la ruptura del abceso y al derrame consecutivo del pus en la cavidad de la membrana serosa. En 1831 observé un caso de este género: la perforacion se señaló por la depresion repentina del tumor, y por todos los síntomas de una peritonitis sobreaguda. El derrame del pus en el peritoneo puede tambien determinar la muerte, sin ocasionar la peritonitis. M. Perrochaud, actualmente médico distinguido en Boulogne, ha referido en efecto la historia de una mujer en quien se presentó un abceso que ocupaba la fosa ilíaca izquierda y el músculo psoas del mismo lado; esta enferma sufria una calentura continua con recargos vespertinos, sudores y diarrea; esto no obstante, nada hacia presentir todavía una terminacion prontamente funesta, cuando un dia hablando tranquilamente esta desgraciada con una de sus vecinas, se vió acometida de un ligero movimiento convulsivo y espiró en el acto. En la inspeccion cadavérica que hizo de ella, M. Perrochaud advirtió un vasto derrame purulento en el lado izquierdo, sin que por lo demás se notase señal alguna de peritonitis. El pus derramado procedia de un foco considerable que existia en la fosa ilíaca izquierda, de donde habia salido por una perforacion de la aponevrosis ilíaca de una anchura algo menor que medio duro (1).

Por último, algunos enfermos mueren sin peritonitis y antes que el pus se haya derramado al esterior. En tal caso, estos individuos sucumben á la estension de los desórdenes y á la estenuacion causada por una supuracion que invade estensas superficies. En dos enfermos atacados de tubérculos supurados, el abceso ilíaco no hizo mas que acelerar una muerte ya bastante próxima é inevitable, á causa del período á que habia llegado la lesion orgánica. En los abcesos estercoráceos es comun que la muerte sobrevenga antes de haber podido abrir paso, mediante una incision, al pus y á las partes desorganizadas; asi es que de cinco casos de muerte producidos por los abcesos gangrenosos de la fosa ileo-cecal, tres fueron mortales despues de una duracion de siete dias á un mes: las materias pútridas estaban todavía reunidas en foco, y la muerte sobrevino por consuncion y á consecuencia de esa postracion profunda en que hacen caer el principio vital las inflamaciones gangrenosas, sea cual fuere su asiento.

La gangrena, complicacion siempre peligrosa, apenas se advierte sino en los flemones consecutivos á la mortificacion del ciego ó de su apéndice, y al derrame de las materias estercoráceas en el tejido celular inmediato. No creo que en caso alguno se haya observado la gangrena en los flemones de orígen espontáneo, y que se desarrollan en el tejido celular sub-peritoneal. Si por el contrario, el infarto inflamatorio, aunque espontáneo, aparece debajo del fascia ilíaca, podrá producir entonces una verdadera compresion de las partes flogosadas, siendo bastante comun ver en estos abcesos sub-aponevróticos las fibras del músculo ilíaco negruzcas, reblandecidas y exhalando un olor fétido. Ningun síntoma puede hacer diagnosticar con seguridad esta triste terminacion; pero cuando se abre paso á la materia derramada, esta exhala un olor fétido y arrastra consigo gases, en algunos casos heces y fragmentos del tejido celular, de

(1) *Bulletins de la Societé anat.*, 12.ª année, 7.ª *bulletin*, p. 205.

músculos y tendones mortificados. Fácil es adivinar que la muerte debe ser la consecuencia inevitable de semejantes desórdenes.

Sin embargo, los esfuerzos naturales y terapéuticos pueden algunas veces contener estos accidentes. En efecto, de siete casos de abcesos estercoráceos y gangrenosos de que tengo noticia, se ha observado en dos: asi es que hace pocos años se vió en la clínica de Heidelberg á un jóven afectado de caries vertebral, en quien se desarrolló gradualmente una inflamacion, y despues un vasto abceso en la fosa ilíaca derecha; este abceso se abrió al esterior y salió de él un pus mezclado con materias fecales y pepitas de melon, y se cerró despues de algunas semanas; pero habiendo sucumbido el enfermo al cabo de muchos meses á los progresos del mal vertebral, se reconoció en la autopsia que el apéndice habia sido el asiento de la perforacion, que se adheria íntimamente á la cicatriz del abceso, y presentaba evidentes señales de una inflamacion anterior. El octavo hecho de la Memoria de Burne es todavía mas notable, á causa de las graves lesiones que se observaron, puesto que el enfermo espulsó mediante las incisiones que se practicaron, muchos fragmentos gangrenados de músculos y tendones, algunos de los cuales tenian mas de dos pulgadas de longitud. Hubiera sido interesante saber si estas pérdidas considerables de sustancia dificultaron en lo sucesivo los movimientos de flexion y aduccion del miembro inferior correspondienle.

En efecto, los autores han descuidado generalmente describir el estado de los enfermos despues de la curacion, aunque no es raro observar consecutivamente á los abcesos diferentes accidentes que duran algunas veces indefinidamente. Mas arriba he citado un hecho referido por Blandin, que prueba que una hernia del ciego puede verificarse al través del trayecto fistuloso que va á parar á la piel.

Por último, el miembro inferior correspondiente puede ser el asiento de un edema permanente, cuando la vena ilíaca comprendida en el foco ha tenido disminuido su calibre, ya por un coágulo que se ha formado en su cavidad, ya tal vez por la cicatriz que ha sucedido al abceso.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de los tumores flemonosos de la fosa ilíaca no siempre es fácil, porque esta region suele ser el asiento de afecciones muy diferentes, cuyos síntomas se asemejan mas ó menos á los de la enfermedad que he descrito. Esto ha dado lugar muchas veces á trascendentales equivocaciones. Pero entre estas hay algunas tan groseras, que causa estrañeza que se haya podido incurrir en ellas; tal es, por ejemplo, la que consiste en tomar por un flemon de la fosa ilíaca un tumor formado por el hígado (1). La percusion, y sobre todo la palpacion, independientemente de los desórdenes funcionales, serán siempre datos que nos harán reconocer fácilmente si el tumor está formado por el hígado, cuyo volúmen haya aumentado. Los riñones simplemente dislocados ó aumentados de volúmen, á consecuencia de una flegmasia que ha atacado su parenquima, podrian mas bien hacernos creer en la existencia de abcesos ilíacos: he mencionado en mi Memoria un error de este género. Si el riñon solo estuviese dislocado; pero sin presentar alteracion alguna en su tejido, seria posible reconocerlo teniendo en cuenta la forma y el volúmen del tumor, cuyos contornos se podrán determinar con toda exactitud por medio de la percusion y la palpa-

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 149.

cion (1); pero si este riñon, colocado en una situacion tan insólita, llega á afectarse, si su tejido se inflama y supura, podrá fácilmente creerse que existe un abceso en el tejido celular, porque entonces hay un tumor doloroso, fluctuacion y defecaciones purulentas en el caso de que el foco se abra en el cólon ó el recto, de lo cual M. Cruveilhier cita un ejemplo (2). Si en estos casos no se hace un exámen superficial ó incompleto, y si se observa con cuidado la secrecion urinaria, las alteraciones que se advertirán en esta funcion arrojarán suficiente luz sobre la verdadera naturaleza de la afeccion. El ovario enfermo es ademas un órgano que al dislocarse puede formar un tumor doloroso y mas ó menos voluminoso en la fosa ilíaca, y simular un flemon de esta region. Pero el diagnóstico podrá formarse con exactitud si recordamos que el tumor dependiente del ovario, de forma generalmente globulosa, aparece algunas veces abollado y con mucha frecuencia movible, y hasta parece que huye debajo de la mano, siendo tal en ciertos momentos su dislocacion que ya no se le encuentra en la fosa ilíaca; en fin, es posible, introduciendo el dedo en la vagina, comunicar movimientos al útero que se propaguen al tumor formado por el ovario.

Hay peritonitis circunscritas, agudas ó crónicas, que ocasionando tumores perceptibles á la vista y al tacto, pudieran tambien hacernos creer que existe un flemon. No obstante, si se atiende á los síntomas y á su órden de sucesion, podrá reconocerse fácilmente la naturaleza de la afeccion. Asi, pues, un escalofrío mas ó menos violento, anuncia en la peritonitis el principio del mal, al paso que este síntoma es, por el contrario, poco comun en el flemon. El dolor causado por la peritonitis es vivo y punzante y se diferencia mucho relativamente á su intensidad y naturaleza, del producido por el flemon: el primero, por otra parte, suele complicarse con vómitos ó por lo menos con náuseas, bostezos y calentura intensa. Finalmente; en los casos en que se diseña un tumor, este nunca presenta la elasticidad, la resistencia y la dureza que se encuentra en el flemon; pero la hinchazon desde los primeros momentos de su manifestacion tiene una blandura notable, y algunas veces hasta una verdadera fluctuacion.

En muchos enfermos de peritonitis crónica he observado las asas intestinales aglomeradas entre sí y unidas por medio de unas falsas membranas gruesas, formando hácia las fosas ilíacas tumores bastante voluminosos y dolorosos, que he visto muchas veces ser atribuidos por hombres instruidos, á un flemon ilíaceo. No incurriremos en semejante equivocacion, sí sabemos que el tumor formado por las asas intestinales aglomeradas y por las falsas membranas, es desigual en su superficie y de una sonoridad variable, pero nunca es enteramente macizo; por último, la deformacion del vientre, la dureza particular que presenta, las alteraciones digestivas y los accidentes generales iluminarán bastante al médico, y no le permitirán desconocer una peritonitis crónica.

De todas las enfermedades que son asiento las fosas ilíacas, los tumores estercoráceos son los que se confunden mas frecuentemente con las inflamaciones flemonosas. En el tomo XX de los *Archives*, página 581, se halla la relacion de un caso de tumor estercoráceo, que se confundió al principio con una nefritis, y mas adelante con un abceso. Creyóse ademas reconocer un punto fluc-

(1) La dislocacion del riñon se presenta ademas acompañada, segun se dice, de una depresion en la region lumbar correspondiente; pero yo no la he advertido en muchos individuos que presentaban esta anomalía.

(2) Cruveilhier, *Anatomie*, t. II, 1.ª edic., p. 694.

tuante; se miraba la abertura como *indispensable*, cuando á uno de los médicos le ocurrió la idea, antes de practicarla, de administrar un laxante, que hizo desaparecer inmediatamente el tumor. No obstante, basta un poco de atencion para que sea fácil no caer en semejante error, que pudiera tener las consecuencias mas fatales. En efecto, los tumores estercoráceos se presentan bajo la forma de masas mas ó menos voluminosas, *desiguales en su superficie*, poco ó nada dolorosas á la presion, que disminuyen ó desaparecen espontáneamente de un instante á otro bajo la influencia de las contracciones peristálticas de los intestinos y especialmente despues de la administracion de un purgante. Ni es raro que se pueda hacer caminar el tumor producido por las heces, por medio de presiones ejercidas sobre él; de este modo se disloca el sonido macizo. Esto se observa en las dos especies de tumor que comparo; pero en la que resulta de una acumulacion de materias estercoráceas, en el mayor número de casos, segun M. Piorry, hay menos resistencia al dedo que cuando se trata de flemones ó abcesos que empiezan en la fosa ilíaca (1). A un grado mas grave los tumores estercoráceos producen todos los síntomas del ileo, síntomas que nunca se observan en los tumores flemonosos, porque la compresion que estos ejercen sobre el ciego nunca llega hasta el punto de interrumpir completamente la continuidad del tubo digestivo. Es por consiguiente inútil, insistir acerca del diagnóstico diferencial de los flemones ilíacos con las invaginaciones intestinales y las estrangulaciones internas. Yo he visto un osteosarcoma de la fosa ilíaca interna ser confundido con un tumor flemonoso; sin embargo, en tales casos será fácil no ser inducido á error si se observa que el osteosarcoma se anuncia comunmente por dolores vivos y profundos que se declaran algunas veces mucho antes que se manifieste hinchazon alguna. En fin, si esta se presenta, es dura, inmóvil, abollada, y en general la compresion ejercida sobre ella aumenta poco los dolores de que es asiento, y la constitucion del individuo no tarda en verse completamente alterada. En un hecho que M. Durand-Fardel comunicó á la Sociedad Anatómica (2), veíase un tumor fluctuante del volúmen de la cabeza de un feto en su último desarrollo, ocupando la fosa ilíaca derecha, y que habia sido precedido hacia cerca de dos años por el dolor, la dificultad en la locomocion, y despues el miembro inferior correspondiente se acortó poco á poco sin que anteriormente se hubiese alargado; toda la cadera se hinchó, toda especie de movimiento llegó á hacerse imposible, y por último, se presentó el color amarillo-pajizo propio de las afecciones cancerosas. Estos diferentes síntomas, y la marcha que la enfermedad habia seguido, no podian hacer creer que existiese un abceso flemonoso. La autopsia demostró, en efecto, que se trataba de una degeneracion del hueso ilíon, y el tumor que se habia observado durante la vida estaba lleno de una materia pultácea difluente, de coágulos sanguíneos, de tejido encefaloide, y de restos de una materia como esponjosa é infiltrada de sangre.

Cuando el flemon ha terminado por supuracion, será imposible, á mi juicio, si se atiende al curso que han seguido los síntomas, confundir el abceso con una hernia ó un aneurisma en los casos en que el pus se hubiese abierto paso al través de los canales inguinal y crural, ó por el agujero obturador. Por la

(1) Piorry, *Traité de diagnostic*, t. II, p. 153.
(2) *Bulletins*, n. 4, juin 1858, p. 125.

misma causa, un abceso por congestion, en el mero hecho de ser indolente y fluctuante desde el principio, no puede ser tomado por un abceso flemonoso que ha sido necesariamente precedido por un infarto y una induracion mas ó menos considerables. No obstante, en algunos casos raros, se ha visto que un abceso sintomático presentaba los síntomas de un flemon agudo. M. Berard refiere hechos de este género (1), observados en dos enfermos que habian sufrido anteriormente muchas punciones por un abceso lumbar que habia quedado fistuloso. Este sabio catedrático opina que en ambos casos, habiendo las punciones repetidas y la introduccion del aire inflamado el foco lumbar, la flegmasia se habia propagado despues desde allí al trayecto que bajaba hácia la ingle antes que se dejase percibir el tumor de este lado. Pero en los hechos de este género no puede establecerse el diagnóstico sino por conjeturas; asi es que si un abceso se desarrolla con síntomas agudos en la fosa ilíaca, ó en la parte superior del muslo, en un individuo que desde mucho antes padece dolòres lumbares, ó que tiene una incurvacion del raquis, seria razonable atribuirlo mas bien á una caries vertebral que á una inflamacion idiopática del tejido celular.

Tambien deberemos guardarnos de creer que el infarto termina por resolucion cuando un abceso se vacia lentamente en la vagina, la vejiga, y sobre todo el intestino grueso. Vemos, en efecto, que el flemon se abre parcialmente, y que la supuracion solo interesa el punto del tumor contiguo al intestino. En este caso, el pus colocado á cierta profundidad y cubierto por una capa endurecida mas ó menos gruesa, no puede ocasionar el fenómeno de la fluctuacion. Añádase á esto que siendo poco abundante el líquido morboso, no determina fenómenos generales, ó solo los produce muy oscuros. Para evitar el error que señalo, no hay otro medio que examinar *todos los dias* la orina y las materias fecales, informándose respecto de las enfermas, de la abundancia y del color de los derrames que pueden verificarse por las partes sexuales.

¿Es posible distinguir, durante la vida, un abceso limitado á la fosa ilíaca interna, de una supuracion que ocupa el músculo psoas, y que describiremos mas adelante estudiando la psoitis? El diagnóstico diferencial de las dos afecciones seria casi imposible, si aceptásemos como ejemplos de psoitis la mayor parte de las observaciones á las cuales se ha dado esta denominacion, y que están consignadas en las diferentes colecciones científicas. Efectivamente, en la mayor parte de estos casos se ve que la supuracion ataca á la vez el tejido celular del psoas, del músculo ilíaco, algunas veces del cuadrado lumbar, y en fin, el tejido celular subperitoneal. Luego, si se estudian los síntomas observados durante la vida, se nos habla de dolor, de tumefaccion y retraccion del miembro, sin que, no obstante, sea posible saber cual ha sido el órden en que han sucedido los diferentes síntomas y el punto exacto que el tumor ocupaba durante la vida. Sin embargo, creo que hay algunos síntomas por cuyo medio podremos con frecuencia distinguir un flemon ilíaco de un abceso que solo ocupa el músculo psoas. Para establecer este diagnóstico diferencial, estudiaremos con cuidado el asiento del dolor y los caracteres de la hinchazon. Asi, pues, en el flemon de las fosas ilíacas, el dolor reside por lo general en esta region, siendo con bastante frecuencia vivo y lancinante, y exarcerbándose siempre por la presion. En la psoitis, por el contrario, los enfermos refieren su

(1) *Dictionnaire* en 25 vol., t. I, p. 66.

padecimiento á los lomos, el dolor sordo y profundo apenas ocupa sino uno de los lados de esta region, ó por lo menos es mas marcado en él que en el lado opuesto. Comunmente este dolor no se exaspera mediante la presion; pero aumenta al andar y con los diferentes movimientos del tronco, el cual casi nunca está en la actitud vertical, y se encuentra mas ó menos doblado sobre los miembros inferiores. Explorando el abdómen, no se distingue ningun tumor circunscrito en la fosa ilíaca; pero sobre el lado mas interno de esta region se nota una resistencia prolongada, cuyo asiento no siempre se puede determinar con exactitud. Este tumor permanece estacionario por mas ó menos tiempo, y no tarda en complicarse con escalofríos irregulares, fiebre por las tardes, sudores abundantes y enflaquecimiento; por último, el tumor, prolongándose hácia abajo, es mas perceptible al tacto. En este caso es comun observar en él fluctuacion, y tambien puede suceder que entrando el pus debajo del fascia ilíaca, llegue por fuera del canal *crural* hasta el pequeño trocánter, como ocurrió en un hecho referido por el doctor Cristo Pfenfer, que vió en una psoitis á la supuracion formar tumor encima y debajo del ligamento de Poupart, que lo dividia en dos partes (1). Estos abcesos del psoas presentan, ademas, la particularidad de que, al contrario de los que se desarrollan en la fosa ilíaca, casi no tienen tendencia alguna á hacerse superficiales. La retraccion del miembro abdominal correspondiente, la imposibilidad de estenderlo por completo, y los dolores que se esperimentan en el abdómen y los lomos, cuando se trata de imprimirle este movimiento, no son, á pesar de cuanto se ha dicho, un síntoma constante de la supuraciou del músculo psoas. Asi es que en una observacion que he referido detalladamente en mi Memoria, se ve una supuracion que destruyó en gran parte el músculo psoas del lado derecho, y que sin embargo, no se complicó en ningun período de la enfermedad, de retraccion en el miembro inferior correspondiente, al paso que he visto que la supuracion limitada al músculo ilíaco producia dolores y retraccion en el muslo. Asi, pues, este síntoma aislado indicará en mi concepto, indiferentemente un padecimiento en el psoas ó el ilíaco; mas para determinar si la alteracion ocupa uno de estos músculos mas bien que el otro, será preciso tener en cuenta el asiento del tumor, circunstancia á la cual me he referido anteriormente.

*Pronóstico.*—Los flemones de las fosas ilíacas deben ser mirados como una enfermedad grave y tratados bajo este concepto, puesto que de setenta y tres enfermos han acarreado la muerte veinte veces, y en otros once casos los síntomas llegaron á ser bastante alarmantes para inspirar los mas vehementes temores acerca del resultado de la enfermedad. Los flemones consecutivos á un parto son mas graves que los que sobrevienen en el estado de vacuidad, porque en este caso la mortalidad ha sido un poco menos que la cuarta parte, mientras que en el primero casi se ha elevado á la mitad (siete sobre diez y siete). La mayor gravedad del mal despues del parto, depende probablemente de que en general el flemon ocupa un espacio mas extenso, en que termina casi inevitablemente por supuracion, y en que esta es mas abundante y rebelde. Digamos, ademas, que el estado puerperal es una circunstancia agravante de una enfermedad, sea cual fuere su naturaleza. En el hombre, los flemones de las fosas

(1) Cuaderno 4.° del 20 tomo del *Journal de chirurg., et d'ophtal.* de Graefe y Walther. Estracto de la *Gazette médicale*, 1854, n.° 21.

ilíacas parecen ser un poco menos graves que los que se declaran en la mujer, aun en el estado de vacuidad, puesto que la mortalidad, que en el primero ha sido un poco menor que la cuarta parte, ha ascendido, en la segunda, á una tercera parte.

Los abcesos estercoráceos son incomparablemente mas peligrosos que los otros, porque de siete individuos atacados de ellos, sucumbieron cinco. Esta gravedad se esplica por la gangrena con que siempre se complican, por las pérdidas de sustancia, por la abundante supuracion que son su inevitable consecuencia, y en fin, por la peritonitis que muchas veces los acompaña.

Por regla general el pronóstico no adquiere gravedad sino cuando el flemon ha pasado al estado de supuracion. Sin embargo, es preciso traer á la memoria esos casos, raros ciertamente, en que se ve á la flegmasia del tejido celular estenderse con rapidez hasta el peritoneo, antes que el pus se haya formado, ó cuando todavía no está mas que infiltrado. Un flemon ilíaco que desde el principio se presentase acompañado de dolores vivos y fiebre intensa, deberia desde luego inspirarnos temores. Por otra parte, sea cual fuere el curso que la enfermedad haya seguido, desde el momento en que se observa la presencia del pus en la fosa ilíaca, debemos estar recelosos acerca del resultado de la afeccion, puesto que, por poco abundante que sea, el citado líquido puede llegar al peritoneo y ocasionar una peritonitis muy rápidamente mortal. El camino por donde el pus llega al esterior, influyendo sobre el curso de la enfermedad, es una circunstancia que debe tenerse presente al hacer el pronóstico. Creése bastante generalmente que los abcesos que se abren en la superficie de la piel se encuentran en las condiciones mas desfavorables, porque el pus, colocado en un declive, debe correr con dificultad. Al contrario, se ha señalado como una circunstancia favorable la abertura del abceso en el intestino grueso: esta opinion ha sido emitida hace mucho tiempo por Baglivi (1). No obstante, el exámen de los hechos contenidos en los archivos de la ciencia no confirma plenamente este aserto. Asi es que de catorce individuos en quienes el pus se abrió paso al través de las paredes abdominales, dos sucumbieron, mientras que de diez personas en quienes el abceso se vació esclusivamente en el intestino grueso, murieron igualmente dos. La mortalidad fue mucho mas considerable respecto de los abcesos que se abrieron simultáneamente al esterior y en el tubo digestivo, toda vez que de siete casos de este género, cuatro tuvieron una terminacion funesta.

Todos estos hechos me inducen, pues, á creer, en oposicion con la opinion admitida hasta el dia, que la abertura de los abcesos ilíacos en el intestino grueso, debe ser una circunstancia peligrosa y que aumenta la gravedad de la afeccion. Esto, por otra parte, se esplica muy bien por la disposicion anatómica de las partes. Cuando, en efecto, el pus trata de abrirse paso al través de la pared abdominal anterior, el foco propende entonces á circunscribirse en un pequeño espacio, y todos los esfuerzos de la naturaleza se dirigen hácia este lado; el arte acude luego al socorro del enfermo, y se practica una ancha incision que da salida á la materia purulenta y evita por este medio los desórdenes que esta hubiera podido ocasionar estendiéndose á larga distancia. Pero si el pus se vacia en el ciego ó el cólon, la abertura que le hace comunicar con el intestino es casi siempre pequeña, y el derrame, por consiguiente se verifica con lenti-

(1) *Prax. med.*, lib. 1, p. 64.

tud; colocado, por otra parte, en un tejido celular laminoso, y muy blando, corre á lo lejos con facilidad, concluye por lo regular despegando ó aislando estensamente el cólon ascendente ó descendente en toda su longitud, y es comun ver, en tales casos, en la autopsia que el pus llega hasta el nivel de los riñones y del hígado. La estension del foco y la abundancia de la supuracion, esplican, pues, el por qué el abceso que se abre en el intestino parece mas grave que cuando se dirige á la superficie de la piel. Es de notar, sin embargo, que si el abceso que penetra en el ciego y el cólon es poco voluminoso, si está bien circunscrito y no denuda las partes inmediatas, se hallará en condiciones mas favorables para la evacuacion de la materia morbosa, que cuando va á parar á la pared abdominal anterior. Por esto he dicho mas arriba que en los casos en que el abceso caminaba rápidamente hácia la curacion, esta se presentaba las mas de las veces mas pronto cuando la evacuacion del pus se habia verificado por el intestino, que cuando lo habia efectuado al través de las paredes abdominales.

De todos los modos de evacuacion del pus, el mas provechoso deberia ser aquel en que este líquido se abre paso al través de la vagina, porque en este caso la abertura está siempre colocada debajo del nivel del foco. No obstante, de seis enfermas que presentaron este modo de terminacion, una de ellas sucumbió.

En resúmen: los abcesos ilíacos, sea cual fuere la causa que los produzca, deben ser considerados como una afeccion grave; y la prudencia exige que en esta enfermedad el práctico formule su pronóstico con la mayor reserva.

*Etiología.*—Las causas que determinan el desarrollo de los flemones ilíacos son generalmente, oscuras; los autores han mencionado gran número de ellas; pero el atento exámen de los hechos que la ciencia posee, no siempre confirma los asertos que respecto del particular se han publicado.

Los médicos están generalmente de acuerdo en que los tumores flemonosos son mas frecuentes en la fosa ilíaca derecha que en la izquierda; esta diferencia es bastante grande, puesto que reuniendo todas las observaciones de que tenemos noticia, vemos que los abcesos han ocupado el lado derecho cincuenta y tres veces, y el izquierdo solo veinte. Háse creido hallar la razon de esta mayor frecuencia en el lado derecho, en la disposicion que presenta en este punto el tubo digestivo; disposicion en cuya virtud las materias alimenticias, obligadas á circular en un sentido inverso del señalado por las leyes de la gravedad, se acumulan allí en mayor cantidad. La frecuencia y la diversidad de las lesiones orgánicas del ciego son tambien algunas veces una causa eficiente de flegmasia en el tejido celular adyacente. Por último, si es verdad que la inflamacion de la mucosa intestinal puede estenderse al través de las membranas hasta el tejido celular de las fosas ilíacas, esta transicion será mas fácil á derecha que á izquierda, porque en el primer punto el intestino está desprovisto de mesenterio; su cara posterior, no hallándose protegida por el peritoneo, ofrece, por consiguiente, menos resistencia á la invasion del trabajo inflamatorio. Esto no obstante, no me atreveré á asegurar que la predileccion de los abcesos respecto de la fosa ilíaca derecha dependia únicamente de la circunstancia á que acabo de referirme. Creo que el lector participará de mis dudas en este punto, cuando examine conmigo mas adelante la influencia que la inflamacion del intestino grueso ejerce en la produccion de los flemones ilíacos.

Cuando los abcesos se presentan en el curso del estado puerperal, algunos médicos han dicho que se les observaba casi siempre en el lado izquierdo; otros, y entre ellos Dance, los miran, por el contrario, como mas comunes en el lado derecho, siendo digno de notarse que unos y otros esplican esta mayor frecuencia en un lado, por la inclinacion que el útero suele presentar á la derecha durante el curso del embarazo. Si estudio los hechos bajo este punto de vista, veo que de diez y siete observaciones de abcesos ilíacos posteriores al parto, seis se desarrollaron á la derecha y once á la izquierda. Para esplicar tan notable diferencia, no apelaré, á imitacion de los autores, á la habitual inclinacion del útero á la derecha: disposicion que, segun se asegura, debe tirar con fuerza el ligamento ancho del lado izquierdo, porque niego que en la inclinacion lateral, el ligamento ancho del lado opuesto sea tirado con fuerza. Para que lo fuese, en efecto, seria preciso que el útero esperimentase una dislocacion considerable, que no le permite la resistencia de los músculos abdominales. Lleguemos hasta suponer que esta tirantez sea posible; pues bien: me parece que en tal caso el flemon deberia declararse en los últimos meses del embarazo, y de ninguna manera despues del parto. Añadiré, en fin, que la inflamacion deberia en todos los casos, ó por lo menos las mas de las veces, tener su punto de partida en el ligamento ancho. Pero esto nunca se verifica, como diré mas adelante. Creo, pues, que absolutamente ignoramos todavía la causa que hace que los abcesos ilíacos puerperales sean mas frecuentes en el lado izquierdo.

El sexo masculino debe ser considerado como una de las causas predisponentes mas poderosas. En efecto, de cincuenta y seis observaciones de abcesos ilíacos independientes del estado puerperal, hallamos cuarenta y seis en el hombre, y solo diez en la mujer. Dupuytren, Dance y M. Meniere, han observado igualmente que el sexo masculino es una causa real en el desarrollo de la enfermedad. Por lo demás, es imposible esplicar esta mayor frecuencia en el hombre por alguna disposicion anatómica especial.

En la mujer, los abcesos ilíacos se desarrollan especialmente durante el estado puerperal. Asi, pues, de veinte y siete casos de tumores flemonosos, observados en la mujer, diez y siete se declararon despues del parto. Sin embargo, seria imposible decir en qué proporcion sobrevienen estos abcesos en las recien paridas; hasta pudiéramos creerlos estremadamente raros si nos atuviésemos á las estadísticas de las salas de partos, porque entre quinientas mujeres, poco mas ó menos, que en 1835 fueron á parir al *Hotel-Dieu*, solo he observado dos flemones ilíacos, y entre cerca de tres mil mujeres que el año siguiente entraron en el hospicio de la Maternidad, mi amigo el doctor Jacquemier solo observó uno dudoso. Esta escasa manifestacion de la enfermedad que estudiamos, en las casas de partos, se esplica bien atendiendo á que casi todas las mujeres salen de ellas al octavo ó noveno dia de haber parido; y es sabido que los primeros síntomas del flemon no se presentan algunas veces hasta doce, quince dias, tres semanas ó un mes despues del parto, y que cuando se declaran mas pronto, son en general tan poco intensos que apenas llaman la atencion de las enfermas, y no las impiden entregarse por algun tiempo todavía á sus quehaceres domésticos. No se ha observado que las mujeres, cuyo embarazo habia sido penoso, se viesen atacadas

mas veces que las que no habian esperimentado incomodidad alguna durante todo el tiempo de la gestacion. Las primerizas, segun M. Piotay, se ven acometidas con mas frecuencia de infartos de la fosa ilíaca, que las que ya han tenido uno ó mas hijos. Los hechos que tengo á la vista corroboran esta opinion, toda vez que de nueve casos de flemon ilíaco consecutivos al parto, se observaron siete en las primerizas, y solo dos en las mujeres que habian parido por segunda vez. Ignórase completamente la influencia que ejerce la duracion del trabajo, si bien, no obstante es de presumir, que un parto largo y penoso debe predisponer á la enfermedad, y esta es quizá la razon por qué el flemon ilíaco es mas frecuente en las primerizas. Los partos que necesitan para su mas pronto término, la introduccion de la mano ó de los instrumentos, tampoco son una causa eficiente segura de los flemones ilíacos, en tanto que el flemon difuso y las vastas supuraciones de la cavidad pelviana, suceden con bastante frecuencia á las maniobras repetidas, y sobre todo á las aplicaciones del forceps, practicadas con poco método. El doctor Kyll (1) atribuye muchos de los abcesos consecutivos al parto, á la rotura ó la tirantez del psoas ocasionada por una separacion demasiado violenta de los muslos durante el parto. El médico aleman no cita hecho alguno decisivo en favor de su opinion; pero si la etiología que indica fuese cierta, veriamos declararse inmediatamente los síntomas del flemon despues del alumbramiento; y no es esto lo que en la generalidad de los casos ocurre.

Los flemones ilíacos no se presentan con igual frecuencia en todas la edades de la vida. Dance y M. Meniére han visto que de diez y seis enfermos, once tenian menos de treinta años, y yo he visto en cincuenta y un casos, que el período de veinte á treinta era el que mas predisponia á la afeccion de que hablo (2). La enfermedad se observa tambien con mas frecuencia en las personas bien constituidas que en las débiles y enfermizas, puesto que un total de treinta y cuatro enfermas habia veinte y tres cuya constitucion era robusta, en tanto que solo once tenian una salud delicada ó padecian alguna enfermedad orgánica, especialmente tubérculos pulmonares. La estacion no influye en el desarrollo ó la frecuencia mayor ó menor de los abcesos ilíacos, porque, segun mis datos, se presentaron en número igual en el verano y en el invierno. Se ha dicho que ciertas profesiones predisponian á esta enfermedad; por esta causa M. Meniére señala á los pintores de edificios, los molenderos de colores y los que respiran ciertos polvos metálicos, como mas sujetos que otros á los tumores flemonosos. Respecto de esto, no participo de la opinion del distinguido médico que acabo de citar, porque haciendo el resúmen de los hechos que puedo analizar, solo encuentro á dos individuos pertenecientes á los oficios de pintores ó molenderos; los demás enfermos ejercian profesiones muy diferentes; de modo que estoy autorizado para deducir que ningun género de vida predispone al desarrollo de los flemones ilíacos. Es imposible en la actualidad determinar la parte que desempeña la alimentacion en la produccion de la en-

(1) *Rust. Magazin.*, t. XLI, part. 2, p. 511, trad. en los *Archives*, t. VI, 2.ª serie, p. 98.

(2) De estos cincuenta y un enfermos,

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | tenian de | 11 á 20 | años; |
| 27 | — | 20 á 30 | — |
| 12 | — | 30 á 40 | — |
| 5 | — | 40 á 60 | — |

fermedad. Pero al llegar aquí se presenta una importante cuestion : trátase de determinar la influencia que sobre el desarrollo del flemon pueden ejercer las funciones del tubo digestivo.

Créese bastante generalmente que los abcesos de las fosas ilíacas, sobre todo los del lado derecho, suelen ser consecutivos á una flegmasia aguda ó crónica de la mucosa ileo-cecal. Esta opinion, emitida por Dance y defendida con talento por M. Meniére, ha sido prohijada posteriormente por M. Lebatard y M, Teallier (1). Estos médicos consideraron, en efecto, la inflamacion de las mucosas como propagándose con facilidad á las capas celulares inmediatas. En cuanto á mí, esta trasmision me parece, por el contrario, muy rara; la ciencia, en efecto, posee muy pocos ejemplos, segun creo, en los que se haya visto á la inflamacion de la conjuntiva, la pituitaria ó la mucosa bucal, trasmitirse al tejido celular subyacente y determinar abcesos en él. Pero para no desviarnos de nuestro asunto, tomemos por ejemplo el tubo digestivo. Consúltense los trabajos de M. Louis, acerca de la fiebre tifoidea y la tisis; trabajos en que el autor ha analizado con tanta atencion las alteraciones de las vísceras, que se han hallado en gran número de cadáveres, y se verá en ellos que la inflamacion tan frecuente de la porcion ileo-cecal, caracterizada por la hiperemia ó el reblandecimiento de la túnica mucosa, nunca se ha propagado al tejido celular de la fosa ilíaca. Por último, en los casos tan frecuentes de calentura tifoidea y de disenteria epidémica, en que la inflamacion, revistiendo la forma ulcerosa, destruye una ó muchas de las túnicas intestinales hasta el punto de producir en ciertos casos perforaciones, tampoco se ve que el trabajo morboso se propague al tejido celular inmediato; y no obstante se ven entonces numerosas ulceraciones, anchas y profundas; la túnica musculosa está desnuda y sus fibras aparecen desecadas y cubiertas de una capa de pus concreto; por otra parte, la serosa está tambien al descubierto, flogosada y despues perforada, sin que en medio de este desórden pueda observarse alteracion alguna en el tejido celular de la fosas ilíacas. Esto nada tiene de particular, y es preciso considerarlo como una aplicacion de la idea general esplanada por Borden y Bichat, que consiste en mirar el tejido celular periférico de los órganos, como formando en derredor de ellos una atmósfera que aisla sus acciones morbosas.

Los médicos que han atribuido un gran papel á la enteritis como causa de los tumores flemonosos, han citado en apoyo de su opinion, la historia de muchos individuos en quienes la enfermedad habia sido precedida durante algun tiempo, de cólicos y diarrea. Pero nada puede inferirse de esta circunstancia, puesto que seria preciso determinar de antemano, cuál es el punto fijo del intestino que la flegmasia ocupaba; por otra parte, esta diarrea precursora no es ordinaria. Yo apenas la he observado en la duodécima parte de los casos, al paso que el estreñimiento existe en una proporcion algo mas considerable (cerca de una décima parte). Añadamos á esto, que cuando la diarrea se presenta en los prodromos, no es por lo regular muy abundante, y los cólicos que la preceden tampoco son comunmente bastante intensos para hacernos sospechar que existe una enteritis de alguna gravedad. ¿Por qué, pues, admitiriamos en tal caso que la flegmasia puede estenderse en profundidad hasta el tejido celular periférico, siendo asi que hemos visto anteriormente que las inflamacio-

(1) *Journal général*, t. CVIII, p. 7.

nes graves con destruccion del tejido, permanecen limitadas al órgano primitivamente interesado?

En fin, es probable que en gran número de casos los autores hayan mirado las alteraciones intestinales como causa eficiente del infarto celular, mientras que este, habiéndose declarado sordamente, habia precedido muchas semanas, y aun muchos meses, á los síntomas que luego se presentaron en los órganos digestivos.

Hase objetado ademas que el flemon se desarrollaba mas á menudo en el tejido celular sub-peritoneal, que en el subyacente al *fascia ilíaca*, y se ha creido que semejante predileccion consistia en la inmediacion del intestino. Pero esta interpretacion no es exacta, porque si vemos el tejido celular superficial de la fosa ilíaca flogosado mas veces que el tejido celular profundo, (cosa que por otra parte, no está aun demostrada), esto no seria sino la aplicacion de la ley general, tan bien dilucidada por Hunter, que sostiene que los abcesos, sea cual fuere la region del cuerpo en que se les observe, son infinitamente mas raros en las capas profundas que en las superficiales del tejido celular.

No se crea, sin embargo, que niego de un modo absoluto la posibilidad de trasmision de la flegmasia ileo-cecal al tejido celular de las fosas ilíacas; pero sostengo únicamente que esta propagacion es rara, y aun diré que hasta el presente no se ha demostrado. No obstante, la analogía me la hace mirar como posible, porque pronto veremos que la inflamacion de algunos órganos interesa por continuidad ó contiguidad el tejido celular de las fosas ilíacas.

Tambien se ha dicho que el estreñimiento era una causa poderosa de los flemones ilíacos; pero creo que los autores han emitido esta opinion, mas bien que por los hechos, guiados por la teoría, pues han supuesto que la mucosa cecal debia irritarse por la permanencia de las heces, y que esta irritacion se trasmitia al tejido celular inmediato: dos circunstancias de gran trascendencia, que antes de todo era preciso creerse en el deber de demostrar. Léanse ademas las observaciones publicadas por estos médicos, y se verá que nunca han observado el estreñimiento en los antecedentes de sus enfermos. Por lo que respecta á los hechos recogidos por mí, diré que solo una vez se declaró el abceso en una mujer habitualmente estreñida, y sucumbió á un flemon consecutivo á una gangrena del apéndice: accidente que pudo resultar, como en algunos casos semejantes citados por los autores, de una especie de obliteracion producida por las heces acumuladas en la cavidad del apéndice vermiforme. Creo, por consiguiente, que hasta el dia los hechos no autorizan á considerar el estreñimiento como causa de los flemones ilíacos; he probado por el contrario mas arriba, que la supresion de las deposiciones era un efecto muy frecuente del infarto del tejido celular que rodea el intestino grueso.

Las perforaciones del ciego y de su apéndice, que se presentan espontáneamente ó por gangrena, y resultan tambien de la presencia de cuerpos estraños ó de heces endurecidas, determinan algunas veces abcesos flemonosos y gangrenosos, que son respecto de la fosa ilíaca, semejantes á los que con tanta frecuencia se encuentran en la márgen del ano, y que suelen ser consecutivos á alguna grieta del intestino que ha permitido la infiltracion de las materias fecales en el tejido celular vecino. Pueden leerse muchos ejemplos de abcesos estercoráceos en la fosa ilíaca derecha en una Memoria del doctor John Bur-

ne (1), y en una tesis sostenida en 1836 en Heidelberg, por M. Federico Merling, acerca de la anatomía patológica del apéndice vermiforme (2). Cuando la perforacion ó la gangrena del ciego ocupa la pared posterior en el punto en que el intestino está desprovisto de peritoneo, las materias fecales se derraman entonces libremente en el tejido celular de la fosa ilíaca y de los lomos, que se inflama, supura y se esfacela en poco tiempo. Pero si la alteracion ocupa la pared anterior del ciego ó del apéndice vermiforme, resulta las mas de las veces un derrame estercoráceo en el vientre, y una peritonitis sobreaguda rápidamente mortal. En algunos casos menos peligrosos se forman adherencias alrededor de la lesion del intestino, de tal manera, que cuando se efectúa la perforacion, el derrame se opera en un punto circunscrito de la cavidad peritoneal: asi, pues, la muerte sobreviene entonces sin que el tejido celular de la fosa ilíaca se inflame. Pero algunas veces sucede lo contrario, y el flemon que se desarrolla asi consecutivamente, sobreviene, ya á consecuencia de la estension de la flegmasia del peritoneo al tejido celular subyacente, ya mas bien porque las materias fecales que se han derramado en la porcion del peritoneo que está circunscrito por las adherencias, destruyen y esfacelan esta membrana, y van luego á inflamar y destruir el tejido celular ambiente.

He dicho mas arriba que los flemones ilíacos sucedian algunas veces á la inflamacion de algun órgano vecino. Asi, pues, segun M. Lebatard, M. Velpeau vió un flemon de la fosa ilíaca izquierda en una mujer, desarrollado consecutivamente á la inflamacion de esa cápsula sinovial que tapiza la rama horizontal del pubis para facilitar el libre juego de los músculos psoas é ilíaco. El mismo catedrático ha visto tambien á un bubon supurado determinar por continuidad del tejido, como en el caso anterior, una inflamacion del tejido celular de la fosa ilíaca izquierda en un jóven afectado de sífilis. Hase dicho que la inflamacion de los riñones podia tambien estenderse fácilmente al tejido celular de la gran pelvis; pero esta suposicion no está justificada hasta el dia por hecho alguno, y acaso no se apoya sino en una observacion incompleta publicada por el doctor Téallier (3).

Dícese igualmente que la metritis, la inflamacion de los anejos del útero, y especialmente de los ligamentos anchos, era una causa poderosa de los abcesos ilíacos que se presentan en la mujer durante el estado de vacuidad, pero sobre todo durante el período puerperal. M. Velpeau dice, en efecto, haber visto dos veces declararse la enfermedad en mujeres que padecian del útero (4); pero no indica la especie de lesion de que este órgano era asiento. M. Piotay cita asimismo dos casos en que el flemon ilíaco se declaró en el curso de una metritis aguda. No obstante, los hechos de este género son infinitamente raros, y nada puede autorizar á los autores á decir, como lo dicen, que los anejos del útero, y los ligamentos anchos en particular, son el punto de partida de los flemones ilíacos consecutivos al parto.

Los abcesos que estudio, pueden desarrollarse bajo la influencia de causas traumáticas. Puede suceder, en efecto, que un proyectil entre en la inme-

(1) *Westminter's hospital reports*, 1838. *Gazette médicale*, n.° 25 y 27; 1838.
(2) *L'Expérience*, du 20 février 1838.
(3) *Journal général*, t. CVIII. obs. 3.ª
(4) *Anat. chir.*, t. II.

diacion del anillo inguinal y en lugar de penetrar en el peritoneo, permanezca fuera de esta cavidad, subiendo mas ó menos hácia arriba y siguiendo la direccion de la cresta ilíaca. John Bell (1) refiere con este motivo la observacion de un jóven que fue herido en un desafío; los primeros accidentes se calmaron, pero poco despues sobrevino una calentura héctica que ocasionó la muerte del enfermo un año despues del accidente. En la autopsia se reconoció que la bala se habia detenido debajo del músculo psoas y sobre la fosa ilíaca interna, donde se hallaba rodeada de muchos quistes purulentos. Los cuerpos estraños introducidos en el estómago y que llegan al intestino grueso, pueden tambien abrirse paso en el tejido celutar ambiente donde su presencia puede determinar algunas veces una inflamacion mas ó menos viva.

Los golpes y las presiones fuertes sobre la region ilíaca, han sido algunas veces la causa determinante del flemon de esta parte; respecto de lo cual se ven dos observaciones en la Memoria de Bourienne (2). Por último, las fatigas que resultan de una marcha larga y penosa, y sobre todo los esfuerzos violentos para restituir á su posicion vertical el tronco fuertemente inclinado hácia atrás, pueden obrar de la misma manera, ó bien ocasionar accidentes inflamatorios en un tumor ilíaco hasta entonces indolente.

Se han citado tambien otras muchas causas para esplicar el desarrollo de los abcesos ilíacos. Asi es que los que sobrevienen en las recien paridas han sido considerados como un efecto de la metastasis láctea por Levret, Puzos y otros comadrones. Pero los progresos de la ciencia han rechazado hace mucho tiempo esas ideas humorales, tales como las profesaban los autores antiguos. No es mi propósito refutar aquí esas opiniones relativas á la leche esparcida ó derramada por el cuerpo, debo, no obstante, examinar si hay alguna coincidencia entre la supresion ó el no establecimiento de la secrecion láctea, y el desarrollo de los abcesos ilíacos.

Levret ha observado (3) que las paridas en quienes se establecia convenientemente la secrecion de la leche, no se veian atacadas de infartos ilíacos hasta el duodécimo ó décimoquinto dia despues del parto. Al contrario, en los casos en que la calentura láctea no se presentaba, y las mamas permanecian flácidas, Levret veia algunas veces entonces que la enfermedad se declaraba mucho mas pronto. Por último, este célebre comadron dice haber observado el infarto de las fosas ilíacas en las mujeres un año despues del parto; pero en tales casos esto ocurria doce ó quince dias despues de haber perdido el niño que lactaban.

Analizando mis observaciones de abcesos ilíacos puerperales, veo, que de catorce casos, once se declararon del tercero al décimo dia despues del parto; dos se presentaron antes del décimoquinto, y solo uno se mostró antes de un mes: de aquí resulta que la enfermedad se declaró especialmente en la época de la revolucion láctea. Pero nada puede inferirse de la mayor ó menor actividad de la secrecion, pues esta, en efecto, nada presentará de anormal cuando los síntomas del principio sean poco intensos; en el caso contrario se ve que las mamas permanecen mas ó menos flácidas, lo cual, por otra parte, no prueba que haya una metastasis, pero se esplica muy bien por la revulsion que opera

(1) *Traité des plaies*, trad. d'Estor, p. 110.
(2) *Lug. cit.*, obs. 1.ª y 2.ª
(3) *L'art des accouchem*, sect. 7, p. 175.

la flegmasia del tejido celular de la pelvis. Una circunstancia que merece ser tomada en cuenta es que no todas las enfermas á quienes he observado habian lactado á su hijo, y que segun parece, lo mismo ha ocurrido respecto de casi todas las mujeres cuya historia nos han trasmitido los autores. Estoy, pues, autorizado para creer que la falta de secrecion de la leche favorece el desarrollo de los infartos inflamatorios de las fosas ilíacas; no porque yo admita con los antiguos, una reabsorcion de la misma leche, y su trasporte directo á los tejidos, sino porque creo que los elementos de este líquido, llevados necesariamente por los conductos absorventes al torrente circulatorio, ocasionan cierto desórden en el organismo, y pueden de este modo llegar á ser la causa de un flemon ilíaco, enfermedad á la cual la mujer se halla predispuesta de antemano por el mero hecho de estar recien parida.

Asi, pues, en resúmen, el sexo masculino, una constitucion robusta, la edad de veinte á treinta años; y en las mujeres el estado puerperal y la falta de lactancia, son las causas que mas predisponen á los abcesos de las fosas ilíacas. Estos abcesos se presentan con mas frecuencia en el lado derecho, esceptuando aquellos que sobrevienen despues del parto, los cuales parecen desarrollarse mas á menudo en el izquierdo.

Entre las causas eficientes de los flemones, citaré las contusiones, los esfuerzos violentos, las heridas, sobre todo las que se complican con la presencia de proyectiles, y las perforaciones del ciego, y de su apéndice, especialmente las que resultan de la gangrena. En fin, si la inflamacion de los órganos inmediatos puede estenderse alguna vez al tejido celular de las fosas ilíacas, esta es una de las causas que menos veces se observan: aun no está demostrado que el flemon ilíaco sea en algunos casos la consecuencia de la enteritis aguda ó crónica. No obstante, en la mayor parte de los casos nos es imposible conocer la causa que ha determinado el desarrollo de la flegmasia celular.

Esta oscuridad en la etiología y el curso insidioso y oscuro que suele afectar la enfermedad en su primer período, impiden á veces que el médico pueda precisar con exactitud su principio.

*Tratamiento.*—Todos los autores están casi unánimes en aconsejar el uso de las emisiones sanguíneas en el tratamiento de los flemones ilíacos, sea cual fuere su causa determinante. Unos preconizan las sangrías generales verificadas copiosamente y con breves intervalos; otros han reconocido mas eficacia en la aplicacion de las sanguijuelas y las ventosas en el mismo asiento del mal; y la mayor parte, por último combinan estos dos modos de evacuacion.

Puzos queria que en los infartos puerperales se practicasen copiosas y frecuentes sangrías; Deleurye era tambien partidario de las sangrías generales, pero no aconsejaba su empleo sino en los casos en que la calentura era intensa, y solo en tales ocasiones me parece que deben, en efecto, ser de alguna utilidad. ¿De qué medida debemos emplear las sangrías? ¿Qué puede esperarse del uso de este agente terapéutico? ¿Cuál es su influencia en la feliz ó funesta terminacion de la enfermedad, en su curso y duracion? Para contestar á estas importantes preguntas, me serian precisos muchos hechos exactos y detallados; pero por desgracia la mayor parte de las observaciones de flemones ilíacos publicadas hasta el dia no pueden ser de gran valor para ilustrar la terapéutica de la enfermedad. En efecto, en muchas de esas historias particulares se indica

vagamente que se han hecho una ó muchas sangrías locales, sin determinar el número de sanguijuelas que se han aplicado. Lo mismo sucede respecto de las sangrías generales, que se dice han sido grandes ó pequeñas, sin precisar la cantidad de sangre que se ha sacado. Si se han practicado muchas sangrías, por lo regular el autor no menciona ni á qué distancia entre unas y otras se practicaron, ni el efecto inmediato que tuvo lugar despues de cada una de ellas en los síntomas generales y locales. Añadamos, en fin que la invasion de la enfermedad se indica de una manera vaga en gran número de casos: circunstancia desagradable, puesto que sabemos que el mismo agente terapéutico puede ejercer acciones muy diferentes en una misma enfermedad, segun que se aplica en un período mas ó menos próximo al principio. Me he visto, por consiguiente, precisado á eliminar gran número de observaciones que no podian prestarme utilidad alguna, si bien he retenido treinta bastante completas, y que me servirán para apreciar la influencia de las emisiones sanguíneas en el tratamiento de los flemones ilíacos.

Todos los esfuerzos del práctico deben encaminarse á provocar la resolucion del infarto inflamatorio, pues es la única terminacion feliz, aunque es tambien la mas difícil de conseguir, sobre todo en los flemones consecutivos al parto. No es esta, sin embargo, la opinion de Puzos. Este célebre comadron creía, en efecto, que atacando estos infartos desde su orígen á beneficio de muchas sangrías del brazo, practicadas en breve espacio de tiempo, se conseguiria fácilmente hacerlos desaparecer; pero esto no es mas que un aserto. Cuando el tumor está bien desarrollado y ha adquirido un volúmen considerable, Puzos creia tambien en la posibilidad de obtener su resolucion, aunque este infarto contase entonces muchas veces un mes ó seis semanas de duracion. Este médico cita cinco observaciones de tumores abdominales en los que, segun él, se vió que el empleo repetido de las sangrías provocaba la resolucion. Lejos estoy de negar este hecho; sin embargo, los casos mencionados por Puzos no me parecen concluyentes, porque los síntomas no están tan detallados que no pueda suscitarse alguna duda en cuanto á la exactitud del diagnóstico. Por otra parte, supongamos que este fuese completamente exacto, y aun asi no me convenceré de que Puzos no haya incurrido en error algunas veces, puesto que parecia no sospechar que el pus podia ser evacuado por la vejiga, la vagina ó el recto, habiendo, por esta causa, descuidado siempre el exámen de estos órganos.

Como quiera que sea, si queremos esplicarnos con exactitud, mediante el análisis, el efecto de las sangrías en el tratamiento de los flemones ilíacos, vemos que en veinte enfermos las emisiones sanguíneas se emplearon bastante copiosamente, puesto que la cantidad de sangre estraida varió de ocho á veinte y dos tazas. En quince de ellos se hicieron á la vez una ó muchas sangrías generales y aplicaciones de sanguijuelas, al paso que en otros dos solo se empleó la flebotomia, y en los tres restantes la sangría capilar. El tratamiento antiflogístico empezó del segundo al décimoquinto dia, contando desde los primeros accidentes, y los efectos inmediatos variaron mucho: asi es que en cinco enfermos siguió una mejoría notable á la primera sangría ó la primera aplicacion de sanguijuelas, practicada del segundo al cuarto dia de la manifestacion del mal; la mejoría se sostuvo, y aun la mayor parte de las veces hizo nuevos progresos bajo la influencia de la misma medicacion en que se habia debido insistir. De estos

cinco enfermos, cuatro vieron resolverse poco á poco y mas ó menos completamente su flemon, despues de una duracion de quince á veinte y cinco dias. En el último, el estado general y el local, despues de haberse mejorado completamente, quedaron estacionarios; la supuracion se declaró lentamente hácia el vigésimosesto ó vigésimoséptimo dia, y la curacion sobrevino dos meses despues. En quince enfermos los accidentes locales y generales se agravaron cuando se practicaron las primeras evacuaciones sanguíneas: estas se renovaron hasta ocho veces en el espacio de uno á seis dias, y entonces se vió que los síntomas disminuian de gravedad; la resolucion se operó una vez, y en todos los demás casos la terminacion de la fiebre y la disminucion ó la cesacion de los dolores coincidieron con el establecimiento de la supuracion, de tal manera que la mejoría observada debe atribuirse, menos al efecto de las evacuaciones sanguíneas, que al curso natural de la enfermedad. En efecto, es digno de notarse que una vez reunido el pus en foco, se observa una especie de detencion, una disminucion, y algunas veces hasta una cesacion completa de los accidentes inflamatorios observados hasta entonces. Estos últimos hechos prueban, pues, que las sangrías generales y locales han ejercido una accion muy limitada sobre el curso y la terminacion de los flemones ilíacos; y aun puede confesarse que cuando la enfermedad se presenta con cierta intensidad, no se debe esperar la resolucion del infarto, sea cual fuere, por otra parte, la energía con que se recurra á las emisiones sanguíneas.

Puede establecerse como regla general que la resolucion será una terminacion muy rara del flemon ilíaco, cuando se empiece el tratamiento despues del quinto ó sesto dia, contando desde los primeros síntomas, como lo prueban por lo menos los treinta hechos que examino, puesto que en este número solo dos constituyen la escepcion de la proposicion que acabo de consignar.

Si las emisiones sanguíneas, abundantemente empleadas, impiden pocas veces que se establezca la supuracion, pueden, no obstante, si se practican en una época próxima al principio, hacerla menos abundante y abreviar en mucho la duracion total de la enfermedad. Asi, pues, cuando el tratamiento antiflogístico empezó del segundo al sesto dia, el flemon terminó por resolucion ó por supuracion; la curacion era completa, por término medio, hácia el cuadragésimoquinto dia, siendo asi que cuando la primera sangría general ó local se hizo del noveno al vigésimo un dia, la curacion no se efectuó hasta el septuagésimonono. Es de notar que en los enfermos que fueron sangrados mas copiosamente, la curacion se hizo esperar mucho mas tiempo, aunque el tratamiento habia empezado en ellos mucho mas pronto que en los casos en que se recurrió con mas reserva á las emisiones sanguíneas. Pero esto nada puede probar contra el empleo de las sangrías, toda vez que los casos en que el tratamiento ha sido mas enérgico son precisamente aquellos en que la afeccion era mas grave, lo cual esplica suficientemente la duracion de la enfermedad. Por último, en los diez enfermos que me quedan por examinar, el tratamiento no se empezó sino del décimo al vigésimo un dia. Hiciéronse una ó dos aplicaciones de quince á veinte sanguijuelas, que en dos casos calmaron inmediatamente los accidentes, y la afeccion siguió marchando hácia la resolucion: en todos los demás hubo supuracion, pero todos se curaron sin accidente alguno hácia el sexagésimonono dia. Inútil es decir que en estos diez pacientes el flemon era poco voluminoso y que

no se complicaba con ningun síntoma peligroso: esto esplica el por qué, á pesar de la escasa energía del tratamiento, la curacion se anticipó en diez dias respecto de los casos en que se apeló con mas abundancia á las emisiones sanguíneas, aunque en todos habia empezado la medicacion en una época igualmente lejana del principio.

Las sangrías generales apenas ejercieron influencia sino sobre el estado febril, que hicieron disminuir ó cesar, pero modificaron poco el estado local, al paso que las sanguijuelas calmaban el dolor, disminuian la tension del tumor, y en casi una cuarta parte de casos, procuraron un gran alivio desde la primera aplicacion.

Entre los pacientes que sucumbieron, cerca de una cuarta parte habian sido tratados por las emisiones sanguíneas copiosas y reiteradas; en los otros el tratamiento fue menos enérgico, y muchas veces ni siquiera se habia puesto en juego un solo remedio activo, antes del período de supuracion. En estos últimos parece que la muerte llegó con mas rapidez, puesto que, en efecto, sobrevino por término medio hácia el trigésimoséptimo dia, al paso que se hizo esperar hasta el quinquagésimo en los casos en que se adoptó desde el principio un tratamiento racional y suficientemente enérgico.

En resúmen: las emisiones sanguíneas generales y locales son útiles en los flemones ilíacos, porque aunque pocas veces dan por resultado la resolucion del infarto, lo circunscriben no obstante y hacen su supuracion menos abundante y prolongada. Pero para que las sangrías sean provechosas, es preciso que se practiquen antes del sesto dia.

Es casi inútil decir que los baños, las cataplasmas emolientes, las tisanas atemperantes, y una dieta mas ó menos severa deben ser medios á que se recurra á la par de las emisiones sanguíneas. Finalmente, los purgantes minorativos se aconsejarán con buen éxito en los casos de estreñimiento.

Si á pesar de todos estos recursos llegase á formarse un abceso, Dance opina que no debemos procurar atraerlo hácia afuera, sino esperar tranquilamente la evacuacion de la materia purulenta por el intestino (1). Esta práctica se funda en la opinion que Dance tenia de que la abertura del abceso en el intestino grueso, es una terminacion favorable. No obstante, si recordamos los numerosos accidentes que pueden resultar de una acumulacion mas ó menos considerable de pus en medio de un tejido celular blando, accidentes que he enumerado anteriormente, convendremos en que no seria prudente permanecer pasivo espectador de los esfuerzos de la naturaleza. Esto lo comprendieron muy bien los cirujanos del último siglo, quienes, desde que sospechaban la existencia del pus, estaban vivamente inquietos hasta que conseguian evacuar este producto morboso. Pero es preciso confesar, sin embargo, que el temor de ver al pus permanecer en el vientre, les impulsaba muchas veces á practicar incisiones antes de estar bien seguros acerca del asiento y de la profundidad de la coleccion purulenta. No ignoro que muchas veces coronó su atrevimiento un resultado completamente ventajoso, pero en cambio su precipitacion debió tambien ser en algunos casos el orígen de numerosos accidentes. No debemos, por lo tanto, practicar una incision, hasta despues de habernos asegurado de que hay fluctuacion, y es tambien preciso saber si el foco está adherido á la pared abdomi-

(1) *Dictionnaire* en 30 vol., *t.* I. p. 222.

nal, á fin de evitar todo derrame en la cavidad del peritoneo. A este fin se examinará si la pared del vientre resbala todavía delante del abceso, ó si por el contrario está identificada con él; en fin la pastosidad y sobre todo el edema son fenómenos que deberán tambien inducirnos á practicar la incision. Sin embargo, antes de hacerla es indispensable percutir con cuidado el punto en que debe introducirse el bisturí, porque pudiera suceder que el pus acumulado especialmente en la cara posterior del ciego, hubiese empujado hácia adelante este intestino, que entonces seria cortado necesariamente por el instrumento: este accidente se ha observado una vez (1). La incision se practica generalmente por encima del arco crural, y paralelamente á él, porque ordinariamente el abceso llega á formar una prominencia en este punto. Hoy es bastante comun que, para evacuar el líquido, se introduzca el instrumento de un golpe hasta el foco. Creo que puede procederse del mismo modo siempre que el abceso es muy superficial; pero por poco profundo que sea, deberemos prudentemente cortar capa por capa, como lo verificaban los antiguos, y usando las mismas precauciones que en la hernia, por temor de que en el punto en que se va á verificar la incision, el foco no se adhiera á las paredes abdominales. Una vez abierto el foco, se favorecerá el derrame del pus, y se evitará su estancamiento y descomposicion pútrida por medio de la posicion, haciendo acostar al enfermo sobre un lado y aun sobre el vientre; en fin, se renovarán las curaciones muchas veces al dia, haciendo en el foco inyecciones emolientes al principio, y mas adelante detersivas; se sostendrán las fuerzas á beneficio de una alimentacion adecuada, y muchas veces tambien por medio de algunos tónicos; se evitará que la abertura se cierre prematuramente; se combatirá enérgicamente la inflamacion del foco si llegase á declararse; y en fin, en los últimos tiempos será ventajosa una compresion metódica, á fin de promover el derrame del pus y favorecer la cicatrizacion del abceso. Es raro que la úlcera quede fistulosa, si bien Puzos cita un caso de este género; pero no es cierto, en mi concepto, que su enferma haya sido afectada de un abceso ilíaco, y es posible que no tuviese si no un abceso de las paredes, al que en efecto no es raro ver seguido de trayectos fistulosos de difícil curacion. En semejante caso creo que es preciso fundar especialmente una esperanza de curacion en la compresion continuada durante mucho tiempo, en algunas inyecciones yoduradas, y por último en la vuelta de la gordura.

Si la depresion del abceso y los síntomas de peritonitis sobreaguda viniesen á demostrar que el pus se ha derramado en el peritoneo, apenas podria contarse con los antiflogísticos para conjurar los formidables accidentes que tan rápidamente ocasionan la muerte de los enfermos. En tales casos no dudaré emplear, aunque sin gran confianza, el opio en altas dosis, como lo aconsejan los doctores Graves, Stokes, y Chomel, en las peritonitis consecutivas á las perforaciones intestinales. Un hecho citado por el catedrático Graves debe ademas estimularnos á ensayar este método. Este hábil práctico refiere que una mujer fue admitida en el hospital Meath por un abceso del hígado; practicóse una incision para evacuar el pus; pero en lugar de salir por la úlcera, este líquido se derramó por el peritoneo, y determinó al punto una violenta peritonitis. Inmediatamente y sin prévia evacuacion sanguínea, se administró el opio

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. t. III, p. 343, 4.ª obs.

en alta dosis por la boca y por el método endérmico; aplicáronse vejigatorios, y se prescribió un régimen fortificante (vino y cerveza). Los síntomas de peritonitis desaparecieron completamente, y la enferma, habiendo sucumbido un mes despues á los progresos de la enfermedad del hígado, la autopsia confirmó completamente el diagnóstico que se habia formado (1).

En fin, cuando el pus no se abre paso al esterior, y cuando por hallarse á demasiada profundidad, no se puede pensar en evacuarlo por medio de una incision, suele ser difícil entonces combatir los síntomas de consuncion que minan á los enfermos; en estos casos es preciso procurar la reabsorcion del líquido, mediante la aplicacion de muchos vejigatorios, y aun mejor, por medio de moxas puestas delante del foco. Parece que esta medicacion ha sido coronada una vez de buen éxito (2); no obstante, este hecho carece de los detalles que únicamente podrian darle el grado de autenticidad que seria de desear. Las fricciones mercuriales no me parecen dotadas en estos casos de eficacia alguna, para determinar la reabsorcion del pus reunido en foco, al paso que podremos servirnos de ellas con ventaja para resolver las induraciones que persisten algunas veces mucho tiempo despues de la curacion de los abcesos, ó desde el principio, como auxiliares de los antiflogísticos.

### *De los flemones y abcesos de la cavidad pelviana.*

El tejido celular de la escavacion pelviana es con bastante frecuencia asiento de colecciones purulentas. Pocas veces se forman estas allí de una manera espontánea, sino que casi siempre las inflamaciones son consecutivas, en el hombre, á una infiltracion urinaria ó estercorácea; ó á alguna operacion practicada en la vejiga, como por ejemplo, la talla. En la mujer, por el contrario, se observan los abcesos pelvianos á consecuencia de algun padecimiento uterino, y especialmente del parto. Entonces ocupan los ligamentos anchos, y con bastante frecuencia tambien la pared recto-vaginal, ó la pared vesico-vaginal, como tambien el tejido celular que se encuentra en la reunion del cuello y del cuerpo del útero. Estos son los flemones descritos en estos últimos tiempos con los nombres de flemones *peri-uterinos*. En algunos casos, en fin, el pus se infiltra á la vez en la mayor parte de la escavacion: este último caso se observa especialmente despues de las aplicaciones del forceps. Las mas de las veces existen entonces diferentes lesiones graves en el peritoneo y las articulaciones de la pelvis.

*Síntomas.*—Los síntomas de esta inflamacion son los siguientes: los enfermos se quejan de un dolor mas ó menos agudo en la escavacion pelviana, y que se aumenta por la presion hipogástrica durante la estacion y la marcha, y aun durante los esfuerzos que se hacen para defecar y orinar. La fiebre que la acompaña es por lo comun poco viva; hay inapetencia y estreñimiento; algunos enfermos tienen náuseas y hasta vómitos; pero estos fenómenos simpáticos tienen especialmente lugar en los casos en que el peritoneo participa de la flegmasia. Existen simultáneamente accidentes de compresion en las vísceras contenidas en la pelvis, los cuales varían segun el asiento y el volúmen del tumor flemo-

(1) *The Dublin hospital report.*, t. V, p. 9.—Chomel, *Fievre typ.*, p. 505.
(2) *Revue médicale*, t. II, année 1836.

noso. Asi, cuando este ocupa uno de los ligamentos anchos, hay ordinariamente estreñimiento, y á veces un ligero meteorismo. Si la flegmasia invade el tejido celular de la pared vesico-vaginal, serán predominantes los desórdenes de la escrecion urinaria. Cuando la pared recto-vaginal es la invadida, las enfermas creen sentir el peso de un cuerpo estraño que llena el recto, esperimentan dolores espulsivos, y las necesidades de defecacion producen vivos padecimientos. El tactar vaginal, combinado muchas veces con el rectal, dará á conocer el asiento y los límites del tumor flemonoso.

Cuando el flemon ocupa el ligamento ancho, puede descubrirse á mucha profundidad al través de las paredes abdominales un tumor doloroso que se dirige oblicuamente siguiendo una línea paralela á la ingle. Introduciendo el dedo en la vagina y el recto, se advierte que el mismo tumor ocupa uno de los lados de la pelvis, y hace muchas veces esperimentar al útero un ligero desvío, una inclinacion hácia el lado opuesto. El doble tactar, simultáneamente practicado por la vagina y el recto, es especialmente útil cuando el tumor flemonoso se ha desarrollado en el espesor del tabique recto-vaginal. Si entonces se introduce el índice en el recto, y el pulgar de la misma mano en la vagina, rechazando hácia arriba todo lo mas posible el perineo, con el primer espacio interdigital, y si, abrazando de esta manera el tumor por su parte inferior, se oprime alternativamente con uno de los dedos, mientras el otro permanece aplicado al punto opuesto del propio tumor, se percibe ostensiblemente la fluctuacion. (Bourdon, *Revue médicale*, año 1841).

Si el flemon ataca la parte posterior de la vagina donde forma como un *culo de saco* y la pared recto-vaginal, el dedo introducido en la vagina descubre detrás del cuello uterino un tumor duro, renitente y muy doloroso. Mediante el tactar rectal se le distingue tambien, siendo difícil llegar á sus límites superiores.

Por último, cuando el flemon reside en la especie de *culo de saco* anterior, distínguese en este punto que está obstruido, una resistencia dolorosa, y el cuello está mas ó menos inclinado hácia abajo, ó en un estado visible de retroflexion.

*Terminaciones.*—Los tumores flemonosos de la escavacion pelviana terminan las mas de las veces por supuracion, ora muy rápidamente en algunos dias, ora con lentitud, despues de seis semanas ó dos meses. La formacion del pus se anuncia con los accidentes de que hemos hecho mencion al hablar de los flemones ilíacos. El tumor adquiere entonces un volúmen mas considerable, sobresale por lo regular del nivel del hipogastrio, y los signos de compresion en la vejiga y el recto son mas visibles que en los casos precedentes.

El pus se derrama hácia afuera por diferentes vías, pero con preferencia se abre paso á la vagina ó al recto, menos veces, al través del cuello uterino ó de la vejiga, ó va al canal de la uretra, ó en fin, á un punto del hipogastrio mas ó menos inmediato al arco crural. Se le ha visto correr por el agujero obturador ó por la escotadura ischiática, é ir á formar un foco, en el primer caso, á la parte interna ó superior del muslo; y en el segundo, á la rejion posterior del mismo. Supérfluo es recordar que el abceso puede vaciarse en el peritoneo, y producir desde luego todos los accidentes de una peritonitis sobreaguda.

La cantidad de pus varía, siendo algunas veces bastante considerable. El líquido tiene generalmente las cualidades del pus flemonoso: ya es inodoro, ya muy fétido.

Los accidentes consecutivos á la abertura de estos abcesos varían mucho. Algunas veces, siendo circunscrito el foco y vaciándose bien, la convalecencia llega con prontitud; pero en otros casos el foco es mas vasto, y sus paredes endurecidas se plegan difícilmente sobre sí mismas; por esta causa el pus se estanca y se altera, y se observan todos los accidentes de la reabsorcion pútrida y de la fiebre héctica.

*Diagnóstico.*—Los abcesos de que hablamos suelen pasar desapercibidos, á lo menos no se les reconoce muchas veces sino en el momento en que se evacua el pus, lo que depende, no tanto quizá de una dificultad en el diagnóstico, cuanto del incompleto exámen de las enfermas. Cuando, en efecto, se esplora con la atencion debida á las mujeres, es imposible desconocer el flemon intrapelviano, y solo se podrá abrigar dudas en cuanto á la determinacion de su asiento. Asi, pues, no siempre es fácil decir si el flemon ó el abceso se ha desarrollado á espensas del ovario ó del ligamento ancho; pero siempre es fácil aislar el tumor flemonoso del útero, mediante el tactar vaginal y rectal.

*Pronóstico.*—Atendido lo espuesto, es evidente que los abcesos intrapelvianos constituyen una afeccion grave, puesto que la vida está comprometida por la estension de la flegmasia al peritoneo, y por una peritonitis sobreaguda consecutiva á la abertura de los abcesos en el vientre. Las mujeres que evitan estas complicaciones, pueden sucumbir estenuadas por la abundancia y larga duracion de la supuracion. En fin, en los casos que terminan felizmente, la afeccion es por lo general larga, y la convalecencia mas ó menos penosa. Aunque insisto en la gravedad de la afeccion, no es mi intento, sin embargo, decir con M. Jacquemier, que causa próximamente la muerte de una tercera parte de enfermas. Creo, aunque sin poder exhibir aquí ningun dato estadístico, que la mortalidad no es, con mucha diferencia, tan grande como la juzga aquel distinguido comadron.

*Tratamiento.*—En el primer período el tratamiento será antiflogístico, y casi no se diferenciará del que hemos propuesto para los flemones ilíacos; pero, ¿qué debemos hacer, cuando se ha formado la supuracion? ¿Deberemos esperar la abertura espontánea, por el temor que tienen algunos facultativos, de que, al introducir el bisturí en la vagina, se hiera el peritoneo? Pero al confiar á la naturaleza el cuidado de evacuar el pus, nos esponemos á grandes peligros, y es preferible, por consiguiente, abrir al líquido una salida artificial, siempre que esta operacion sea practicable. Si el abceso forma una prominencia en la vagina, es preciso preferir este medio de evacuacion; pero no se ha de practicar la puncion sino en los casos en que aquel sobresale de un modo bastante considerable, cuando la fluctuacion es muy evidente, y el líquido conserva las mismas relaciones con la vagina, sea cual fuere la actitud que se haga tomar á la enferma; nos aseguraremos, por último, de que ninguna arteria late en el punto que debe pincharse. Para esta operacion nos serviremos de un bisturí ó del instrumento de M. Recamier, que se parece á un faringótomo, y no le introduciremos sino lo exactamente necesario para que llegue al foco; hecho esto, favoreceremos la salida del pus por medio de las compresiones del vientre, y evitaremos que se estanque en la vagina á beneficio de unas inyecciones que podremos hacer llegar hasta el foco, rodeándonos, no obstante, de las mas esquisitas precauciones.

## *De las paperas ó parótidas falsas.*

Dáse el nombre de *parótida falsa* á un tumor doloroso, de curso agudo, debido al infarto inflamatorio del tejido celular de la region parotidea.

*Síntomas.*—Esta enfermedad suele ir precedida durante algunos dias de malestar y de calentura, quejándose despues los enfermos de dolor é incomodidad hácia la articulacion temporo-maxilar. Bien pronto aparece á este nivel un tumor, que se propaga comunmente hasta la parte inferior del ángulo de la mandíbula, estendiéndose á veces mas ó menos hácia el cuello y la sien. Esta hinchazon, que puede ocupar ambos lados ó limitarse á uno solo, tiene una rubicundez oscura, y algunas veces algo violada. No obstante la piel conserva á menudo su color natural, pero está mas caliente que de costumbre. El tumor no tiene la dureza del flemon, sino únicamente la renitencia que presenta el tejido celular afectado de un edema activo. Al mismo tiempo suele haber malestar, cansancio, pesadez de cabeza, vértigos, inapetencia y un poco de calentura. El tumor aumenta en general durante dos ó tres dias, y despues de haber permanecido estacionario otro tanto tiempo, va disminuyendo poco á poco, hasta que desaparece por término medio á los siete dias. La papera casi nunca llega á supurar, pues comunmente se resuelve; terminacion que dicen suele indicarse por un sudor general ó limitado al infarto parotideo, pero yo no he observado nunca este fenómeno. No es raro que se resuelva por metástasis, especialmente en el curso de ciertas constituciones epidémicas, en cuyo caso se va hinchando y endureciendo uno de los testículos ó ambos á la vez, á medida que el infarto parotideo se resuelve. En la mujer, las mamas ó los grandes labios llegan á ser tambien consecutivamente el asiento de tumores dolorosos. Esta metástasis, que algunos médicos ponen en duda, es un hecho bastante raro en la práctica ordinaria, pero que está, sin embargo, perfectamente demostrado, y por mi parte he tenido ocasion de observar cinco ejemplos á lo menos, en el hombre. Jamás he encontrado una relacion constante entre el sitio de la parótida falsa y el del infarto testicular consecutivo; pues no he visto, como se ha dicho, que la metástasis se verificase siempre sobre el testículo correspondiente á la region parotidea enferma. En los hechos que he observado, jamás ha habido, propiamente hablando, cesacion repentina ó delitescencia del infarto parotideo, y sí únicamente una disminucion gradual, mucho mas rápida que la resolucion de los tumores flemonosos: esta no era completa hasta á los dos, tres ó cuatro dias, y apenas empezaba á manifestarse, sobrevenia el infarto de uno de los testículos, que en uno ó dos dias solia duplicar ó triplicar su volúmen. La piel del escroto tiene entonces una rubicundez violácea, y el testículo es mas pesado y resistente que de costumbre, pero está lejos de ofrecer la dureza, el peso y la sensibilidad que se observan en los infartos francamente inflamatorios. La mayor parte de los enfermos acusan en efecto muy poco dolor, aun cuando se comprima algun tanto el órgano. Esplorándole completamente, me ha parecido que, al contrario de lo que sucede en la orquitis blenorrágica, estaba intacto el epididimo, y solo se hallaba afectado el cuerpo del órgano: muchas veces me ha parecido tambien que habia algo de derrame en la túnica vaginal. Este infarto puede terminar del mismo modo que las paperas; casi

siempre se resuelve á los cinco ó seis dias; algunas veces viene á supuracion, y se ha visto en fin esta afeccion secundaria terminarse por metástasis sobre la region parotidea, y vice-versa desde esta al testículo, alternando asi muchas veces de una á otro. Hase dicho que en la mujer, la metástasis podia verificarse en los ovarios; pero esta proposicion está lejos de haber sido establecida en vista de hechos exactos. Se ha dicho tambien que en algunos casos la desaparicion súbita del infarto parotideo y testicular ha producido rápidamente accidentes graves, y que la muerte se ha presentado en medio de convulsiones y delirio, como si la metástasis se verificase entonces hácia el cerebro. Estos hechos, aunque raros, no son menos positivos, y se encuentran dos interesantes ejemplos de ellos, mencionados por Trousseau, en los *Archives* de 1854 (número correspondiente á enero).

*Diagnóstico y pronóstico.*—Este flemon solo podria confundirse con el infarto de la glándula parótida; pero en este, la tumefaccion es mayor, mas dura y mas estensa, y se observan todos los fenómenos de los flemones. El tumor es persistente y casi siempre termina por supuracion, algunas veces por gangrena, pero nunca por metástasis.

El pronóstico no ofrece ninguna gravedad. No obstante, hemos visto que cuando la metástasis se verifica en el cerebro, pueden ser su resultado accidentes formidables y la muerte.

*Etiología.*—Las parótidas falsas, raras en los viejos, y aun despues de los treinta años, son casi esclusivas de los niños y adolescentes. El frio húmedo es la causa al parecer mas constante, tanto para producir el mal, como para hacer que termine por metástasis. Algunas veces reina epidémicamente, pero esta influencia epidémica se circunscribe generalmente á un barrio ó á un solo establecimiento.

*Tratamiento.*—Cuando la papera es poco dolorosa, basta preservar la parte enferma del contacto del frio, cubriéndola con un pañuelo. Cuando hay dolor y el infarto amenaza supurar, deben aplicarse cataplasmas emolientes, y aun cierto número de sanguijuelas, si la inflamacion es viva. Tambien es útil escitar una pequeña revulsion por medio de pediluvios y algunos laxantes suaves. Cuando la metástasis se verifica en las partes genitales, no conviene oponerse á ella; aplicando en seguida sobre el testículo cataplasmas emolientes hechas ligeramente resolutivas, rociándolas con agua blanca, y se continuará con los revulsivos intestinales. Por último, si la desaparicion de las parótidas falsas coincidiese con la manifestacion de accidentes cerebrales de gravedad, debemos esforzarnos en reproducir el tumor por medio de los rubefacientes y aun de los vejigatorios, aplicados á la region parotidea.

## INFLAMACION DEL TEJIDO MUSCULAR.

La inflamacion del tejido muscular ha recibido el nombre de *miositis*. Esta enfermedad es sumamente rara, y aun muchos médicos niegan su existencia. Parece, en efecto, que el tejido muscular es uno de los menos susceptibles de inflamarse; de lo cual nos podemos convencer todos los dias estudiando los fenómenos que se observan en todas las heridas de los músculos, especialmente á consecuencia de la amputacion de los miembros. Entonces se roconoce efecti-

vamente que la fibra muscular no sufre ningun cambio de vitalidad, mientras que las vainas celulares se hacen el asiento esclusivo de las alteraciones que sobrevienen hasta que se forma la inflamacion adhesiva ó supurativa. El pus que se encuentra algunas veces infiltrado ó derramado en el interior de los músculos, es mas bien efecto de ese estado grave de la economía que se observa en el muermo y en las reabsorciones purulentas, que de un trabajo inflamatorio local. En resúmen, cuando la supuracion es producida por una inflamacion local franca, esta tal vez nunca invade primitivamente la fibra muscular, sino el tejido celular interfibroso, y solo consecutivamente llega á verse invadida la fibra carnosa.

Examinando el estado de las partes en los diversos períodos inflamatorios, se ve que en el primer grado de la afeccion está inyectado, rubicundo, y engrosado el tejido celular intersticial, de modo que cada fibra se halla aprisionada en una especie de cáscara sólida. En este estado pierde su color el tejido carnoso comprimido, adquiriendo otras veces, por el contrario, una rubicundez violada; pero de cualquier modo el músculo es mas voluminoso y friable. Si la supuracion se establece mas tarde, se ponen amarillentas las fibras carnosas, y son mas quebradizas, pero el pus solo existe en sus intersticios. Algunas veces suelen romperse de trecho en trecho, en cuyo punto hay entonces una pequeña escavacion llena de un pus blanco ó rojizo. Por último, en otras partes no existe ya la testura muscular, y el órgano se halla transformado en una masa homogénea, que parece estar esclusivamente constituida por el tejido celular inflamado. Cuando se verifica la curacion despues de tales alteraciones, el músculo disminuye de volúmen y aun suele atrofiarse y trasformarse en un tejido celulo-fibroso, cuyo estado es siempre incurable.

La miositis resulta muchas veces de la propagacion al músculo de una flegmasia inmediata, como se verifica, por ejemplo, en el flemon; en otros casos la flegmasia muscular es consecutiva á una causa traumática, á una violencia esterior ó una fatiga escesiva del órgano.

Todos los músculos del cuerpo pueden inflamarse, pero los órganos en que los autores han estudiado especialmente esta alteracion, son el corazon, el diafragma y los psoas. Ya hemos hablado en el artículo CARDITIS, de la inflamacion del tejido celulo-muscular del primero. Nada diremos de la flegmasia del segundo, porque aun no tenemos de ella ninguna observacion exacta; siendo imposible sacar nada de la descripcion que hacen los autores, que, con los nombres de *parafrenesis, frenitis, diafragmatitis* y *diafragmitis*, palabras sinónimas, que todas significan la inflamacion del diafragma, han confundido enfermedades muy distintas, sobre todo la pleuresía y la peritonitis diafragmática, la inflamacion del tejido celular y la de los órganos inmediatos, y aun ciertas afecciones agudas de los centros nerviosos.

Un dolor vivo, otras veces sordo, que se aumenta por la presion y los movimientos, y bastante exactamente circunscrito; una induracion y un infarto en general sin cambio de color en la piel, que existe en el espesor de un músculo, caracterizan la miositis. El músculo puede hallarse afectado parcialmente ó en toda su estension. Esta afeccion no puede confundirse sino con un flemon difuso. Pero, como lo prueba en su tesis M. Dionis (1), actualmente médico distin-

(1) *Thèse de Paris*, año 1851.

guido de Auxerre, en la miositis no hay la pastosidad ni la rubicundez de la piel, ni el tumor circunscrito que se observa en el flemon. Ninguna analogía existe entre la miositis y el reumatismo muscular, afeccion móvil muy dolorosa, que no va acompañada de ningun cambio apreciable en la testura del órgano; el músculo enfermo no está, pues, endurecido, como lo vemos en la miositis.

Esta termina, las mas de las veces, por resolucion, y algunas por supuracion é induracion.

El tratamiento se limita al empleo de los antiflogísticos locales, (sanguijuelas y cataplasmas); luego se harán fricciones mercuriales, y si la resolucion se verifica con lentitud, se recurrirá á algunos vejigatorios volantes.

En resúmen, la historia de la miositis está aun poco adelantada, y es imposible hacer de ella una descripcion satisfactoria con los pocos elementos que sobre el particular poseemos. M. Dionis lo ha intentado en su tesis, pero la ciencia necesita observaciones mas exactas; la patología comparada podria tal vez suministrárnoslas mas fácilmente que la patología humana.

Vamos á decir algunas palabras acerca de la psoitis, que es la inflamacion muscular que ha sido mas estudiada.

### *De la psoitis.*

Los músculos psoas son, entre todos los del cuerpo, los que se encuentran mas á menudo supurados por efecto de un trabajo inflamatorio local. Repetimos aquí lo que dijimos mas arriba al tratar de la miositis en general, esto es, que el pus que se encuentra en el psoas se ha formado, unas veces á espensas del tejido celular inflamado, y que otras siendo el producto de una caries vertebral, ha corrido hasta la vaina del músculo, en donde se ha detenido. No obstante, en uno y otro caso pueden desaparecer las fibras musculares, á causa de la atrofia ó de una verdadera destruccion, en cuyo caso se las encuentra en el foco bajo la forma de un detritus rojo ó negruzco, ó bien se hallan todavía en un estado de poderse conocer, aunque están descoloridas ó de un rojo subido, negruzco ó verdoso y reblandecidas. Es raro que la supuracion invada solo el psoas, pues el foco ocupa siempre al mismo tiempo el músculo ilíaco y el tejido celular subperitoneal, donde tiene por lo comun su orígen.

De cualquier modo que se formen los abcesos del psoas, los autores creen que pueden reconocerse fácilmente por un dolor que ocupa la region lumbar y se irradia á la fosa ilíaca, á la ingle, á la nalga y al muslo correspondientes; añádese que el miembro inferior de este lado se halla mas ó menos contraido, y que es imposible estenderlo completamente; el pié está inclinado hácia adentro, y aparece un tumor fluctuante primero en la region lumbar, despues en la fosa ilíaca, y últimamente en el pliegue de la ingle. Pero, aunque se sustente lo contrario, nosotros podemos afirmar fundándonos en muchos hechos de nuestra propia observacion, que la retraccion del miembro y la imposibilidad de estenderlo, los dolores y las tiranteces en los lomos, no son síntomas constantes de la supuracion del psoas, pues hemos visto faltaban muchas veces en casos de destruccion completa del músculo. Ademas, los mismos accidentes hemos encontrado en los flemones de las fosas ilíacas, cuando estaban afectados los músculos de este nombre, y aunque la alteracion no se hubiese propagado al

cuerpo del psoas. Creemos, pues, que la retraccion del miembro inferior y la imposibilidad de estenderlo, se refieren lo mismo á una lesion del psoas que del ilíaco, y que para determinar si el abceso ocupa el primero mas bien que el segundo, vale mas atender al sitio de la tumefaccion y del dolor; esto es lo que dejamos espuesto anteriormente, con algunos detalles.

Los abcesos del psoas que no dependen de una caries vertebral, apenas suelen encontrarse sino en las paridas de poco tiempo.

La psoitis reclama el mismo tratamiento que los flemones y abcesos ilíacos; pero á causa de la poca tendencia que se observa en los abcesos del psoas á hacerse superficiales, es preciso examinar cuidadosamente la region lumbar, porque algunas veces se siente en ella la fluctuacion, en cuyo caso convendria no detenerse en practicar una incision en este punto, lo cual permitiria al pus salir mas fácilmente que por una abertura hecha en la pared anterior del abdómen.

## INFLAMACIONES DE LA PIEL.

La piel padece frecuentemente inflamaciones agudas y crónicas, que revisten caracteres esteriores muy diferentes. En efecto, ora existe tan solo una rubicundez mas ó menos viva, ora se observan tumores llenos de diversos líquidos que se concretan. Estas diversas formas de la inflamacion no son únicamente variedades ó grados de un mismo estado morboso, sino que las mas veces constituyen afecciones distintas. Vamos, pues, á estudiar y dividir las enfermedades inflamatorias de la piel, en cuatro géneros, que son: los *exantemas*, las *vesículas*, las *flictenas* y las *pústulas*. En fin, bajo la denominacion de flegmasias específicas, formaremos un grupo de flegmasias que por sus causas, su curso, sus productos y su modo de estension, son en efecto, de una naturaleza especial.

### *De los exantemas.*

La palabra *exantema* de (εξανθεω, *effloresco, erumpo*), servia entre los griegos para designar casi todas las erupciones cutáneas; otros la han limitado á solo algunos grupos de enfermedades muy diversas. Pero desde Willan, la palabra *exantema* tiene una significacion precisa, y hoy únicamente se emplea para denominar ciertas afecciones cutáneas que tienen por caracteres comunes *una rubicundez mas ó menos viva, circunscrita ó difusa, que disminuye ó desaparece momentáneamente á la presion del dedo.*

Segun esta definicion, deben comprenderse entre los exantemas, la roseola, el eritema y la erisipela: no hablaremos del sarampion ni de la escarlatina, pues aunque por sus caracteres esteriores constituyen erupciones exantemáticas, como los elementos principales de la enfermedad son la calentura, la infeccion general de la economía, el estado de la sangre y el carácter específico, hemos debido colocarlas en otra clase.

### *De la roseola.*

La roseola (*rubeola*), es un exantema no contagioso, caracterizado por unas manchas rosáceas, no prominentes de diferentes figuras, cuya duracion es efímera, y que por lo general se presenta precedido y acompañado de calentura.

*Síntomas.*—La erupcion de la roseola suele ir precedida de malestar y fiebre; otras veces se declara sin prodromos. Está constituida por unas manchas irregularmente redondeadas, y comunmente mas anchas y menos numerosas que las del sarampion, y separadas por intervalos de piel sana; algunas veces estas manchas aparecen bajo la forma de anillos de color de rosa, con áreas centrales que conservan el color de la piel. (*rub. annulata* de Willan). Son de un color de rosa mas ó menos subido, ocupan una parte ó la totalidad del cuerpo y las acompaña generalmente prurito y comezon. Muchos enfermos esperimentan tambien un poco de calor en la garganta y dolor durante la deglucion: estos accidentes se esplican por unas manchas análogas, que se encuentran en la faringe. La erupcion, despues de haber permanecido estacionaria por espacio de veinte y cuatro horas, empieza pronto á palidecer, y al quinto dia no queda ya vestigio alguno de ella; algunas veces, sin embargo, se advierte una ligera descamacion. En general, la roseola que reina en las estaciones cálidas, es la que produce mayor malestar y calentura; la erupcion presenta ademas un color mas subido, y la comezon es mas marcada (*rub. æstiva* de Willan).

*Diagnóstico.*—En vista de lo que acabo de decir, es imposible confundir la roseola con el sarampion regular, á causa de la falta, en la primera, de los síntomas propios del catarro, y porque las manchas son mas regulares, mas circunscritas y estensas que en el segundo. No obstante, es preciso convenir, en que en algunos casos los caracteres de la erupcion son casi los mismos en ambas enfermedades. Si entonces no hay síntomas de catarro, será muchas veces difícil determinar si la enfermedad que debe combatirse es una roseola ó un sarampion sin catarro. Este será probable, no obstante, si la erupcion ataca á una familia ó reina el sarampion; pero semejante distincion es imposible cuando la enfermedad es esporádica. Ninguna dificultad presenta el distinguir la roseola de la escarlatina, que se caracteriza, ya por unas placas de un rojo de frambuesa, ya por una granulacion fina y regular.

*Pronóstico.*—El pronóstico nunca es grave.

*Etiología.*—La roseola ataca especialmente á las mujeres y á los niños sobre todo en el período de la denticion, y reina con mas frecuencia durante el verano y el otoño. La impresion del frio, un ejercicio violento, las emociones morales, una flegmasia visceral, y sobre todo una inflamacion gastro-intestinal, pueden ser sus causas.

*Tratamiento.*—El reposo, una temperatura benigna y algunas bebidas diluentes, son los únicos medios que conviene emplear contra esta enfermedad, que, ni aun cuando es febril, exige tratamiento activo.

## *Del eritema.*

El eritema es un exantema no contagioso, exento por lo comun de síntomas generales, y caracterizado por unas manchas rojas, superficiales, variables en su número, forma y estension, que terminan por delitescencia, resolucion ó descamacion, despues de uno ó dos septenarios.

*Síntomas.*—El eritema generalmente empieza sin prodromos. Aparecen unas manchas rubicundas, cuyo color varía desde el rosa ligero hasta el rojo vivo ó violado, que desaparecen momentáneamente con la presion del dedo, ocupando

cualquier parte del cuerpo, que la mayor parte de las veces es la cara, el pecho y los miembros. Entre estas manchas hay unas que solo tienen algunas líneas de estension; otras llegan á dos ó tres pulgadas, y en algunos casos raros ocupan todo un miembro, y aun una gran parte de la superficie del cuerpo. La rubicundez es superficial, y la piel no ofrece dureza alguna á su nivel, y se conserva intacta en el intervalo de las manchas. La erupcion eritematosa va acompañada muchas veces de un ligero dolor ó prurito mas ó menos incómodo, y de aumento de calor. Cuando es producida por el contacto de materias acres, ó por el roce contínuo de superficies contiguas, como se observa frecuentemente en las personas gruesas, debajo de las mamas, en las ingles, en las axilas, y en el ombligo, en las nalgas y los muslos de los niños de pecho (*intertrigo*), el prurito es mas vivo, la epidermis se destruye, y se forman pequeñas escoriaciones ó grietas que suministran un líquido seroso ó sero-purulento, que despide un olor nauseabundo.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Luego que las manchas han presentado estos caracteres durante algunos dias, se van poniendo poco á poco pálidas, hasta que desaparecen del todo, sin dejar ningun vestigio, ó bien van seguidas de una descamacion mayor ó menor. Algunas veces el eritema termina por delitescencia despues de una duracion efímera (*eryth. fugax*). Tales son los caracteres y el curso del eritema llamado *simple* ó *ligero*.

*Variedades.*—La erupcion presenta en algunos casos otras apariencias que han hecho se admitan muchas variedades de eritemas; pero las únicas que importa conocer son el eritema *papuloso* y el *nudoso*.

En el eritema papuloso (*eryth. papulatum*, de Willan), las placas, irregularmente redondeadas, tienen un volúmen que varía entre el de una lenteja y un céntimo; presentan una rubicundez viva, y despues violada, sobre todo en el centro; forman un ligero relieve, son duras y como papulosas. Cuando la prominencia es mas considerable y la dureza mayor, el eritema toma el nombre de *tuberculoso* (*tuberculatum*), que le dió Willan; y cuando las placas son muy elevadas y parecen desprenderse de la piel por su circunferencia, el eritema se ha llamado *marginal* (*marginatum*); pero estas dos últimas distinciones ofrecen poco interés.

Sea de esto lo que quiera, el eritema papuloso se observa especialmente en los niños y las mujeres. Casi siempre ocupa el cuello, el pecho, los brazos, y la cara dorsal de las manos ó de los antebrazos. Suele ir precedido muchas veces de malestar, y en ciertos casos acompañado de calentura.

El *eritema nudoso* (*eryt. nodosum*), es una forma frecuente, que ataca sobre todo á las mujeres cuyo flujo menstruo es escaso ó nulo, y generalmente á los jóvenes de uno y otro sexo. Esta erupcion ocupa particularmente los miembros y sobre todo la cara anterior de las piernas, y se presenta en forma de manchas rojas, ovales, que tienen de tres líneas á una pulgada de diámetro, y son muy dolorosas. El número de estas manchas es mayor ó menor, y están diseminadas, pero suelen reunirse y formar placas rojas erisipelatosas, cuya estension es igual algunas veces á la de la palma de la mano; la superficie se presenta desigual y nudosa, y la piel está mas ó menos hinchada. Despues de algunos dias, las placas son menos duras y algunas veces blandas, dando la sensacion de una fluctuacion dudosa cuando se las comprime; pero jamás hay

líquido derramado en las mallas de los tejidos. Esta erupcion, que suele ir precedida y acompañada de malestar, de inapetencia y calentura, desaparece proprogresivamente despues de doce ó quince dias, dejando la piel de un color negro ó amarillento, como si esta membrana hubiese estado magullada ó equimosada.

*Eritema epidémico de París.*—Solo recordaré aquí que se observó en París en 1828 un eritema epidémico al que se dió el nombre de *acrodinia*, pero que ya no existe en la actualidad. Su descripcion puede leerse en las colecciones científicas de la época, y en el primer tomo del *Dictionnaire de médecine*, 2.ª edicion. El eritema apenas era entonces mas que un epifenómeno.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico del eritema, con relacion á la erisipela, la urticaria y las sifílides, será objeto de nuestro estudio al hablar de cada una de estas enfermedades. Distinguiráse el eritema de la roseola, que se caracteriza por unas manchas superficiales y rosáceas; se la diferenciará fácilmente del sarampion, pues las manchas de este son irregulares y casi sin relieve, y se presenta acompañado de calentura y de síntomas flegmásicos en las mucosas nasal, pituitaria y bronquial.

*Pronóstico.*—El pronóstico nunca es grave.

*Etiología.*—El eritema ataca especialmente á los niños, á los jóvenes y á las mujeres. En los niños de pecho es comunmente debido el contacto prolongado de las orinas y de las materias fecales, en cuyo caso ocupa los muslos, las nalgas y el escroto. Un poco mas tarde y en la época de la denticion, se presentan las placas en diversas partes del cuerpo, especialmente en las mejillas. En las mujeres la supresion de las reglas es la única causa á que muchas veces puede atribuirse el eritema nudoso. La enfermedad puede ser sintomática de una flegmasia gastro-intestinal, en todas las épocas de la vida; ó bien resulta de la distension de la piel, como sucede en la anasarca, y algunas veces depende de accesos de calentura intermitente ó de accidentes neurálgicos. Por último, ciertas sustancias y especialmente el bálsamo de copaiva administradas al interior, pueden producir un eritema que ocupa, por lo comun entonces una gran parte del cuerpo.

*Tratamiento.*—La mayor parte de los eritemas ceden al método espectánte, aunque en general es ventajoso prescribir los baños templados, las bebidas acídulas y algunos minorativos. En el eritema nudoso, si son vivos los dolores, deberá cubrirse la parte con una cataplasma de fécula, rociada con un cocimiento de cabezas de adormidera, al que se añadirá una pequeña cantidad de sub-acetato de plomo. Es muy raro que lleguen á ser necesarias las emisiones sanguíneas. Cuando el eritema se desarrolla entre los pliegues de la piel, y va acompañado de escoriaciones ó grietas, conviene hacer lociones con agua blanca ó espolvorear los puntos afectos con almidon ó polvo de licopodio, separando las partes contiguas de la piel con hilas secas y raspadas, ó con un lienzo muy fino.

## *De la erisipela.*

Sinonimia.—*Erisipelas;* calentura erisipelatosa de ἐρύω, yo atraigo, πέλας, junto; ó bien de ἐνθρὸς, *rojo.*

La erisipela es una inflamacion exantemática, difusa y no contagiosa, caracterizada por una rubicundez viva de la piel, con dureza é hinchazon ligera de

esta membrana, que termina generalmente por resolucion y descamacion, algunas veces por supuracion, y mas rara vez por gangrena.

*Anatomía patológica.*—Es inesacto decir con muchas personas, que la erisipela no deja ningun vestigio sobre el cadáver; porque si la piel que la ha padecido no está ya rubicunda despues de la muerte, conserva á lo menos un tinte pardusco ó violado; la epidermis se frunce y desprende con facilidad; el dermis está inyectado á veces, violado, como equimosado, mas húmedo, engrosado y algo friable; el tejido celular subcutáneo aparece en ciertos casos edematoso, algunas veces hay focos ó infiltraciones purulentas en él, y finalmente, la piel y el tejido celular pueden hallarse mortificados en una estension mas ó menos considerable. Estas lesiones son casi las únicas que pueden encontrarse, pues aunque se dice haber visto inflamados y llenos de pus los vasos linfáticos, las arterias, y sobre todo las venas de la piel (Ribes, Copland, Cruveilhier y Blandin), se hallan distribuidos estos vasos con tanta finura en el espesor del dermis, que nos parece imposible determinar su modo de alteracion. No negamos, sin embargo, que se haya encontrado algunas veces pus en las venas y los linfáticos subcutáneos: pero estas lesiones, probablemente consecutivas, nos parecen por lo demás, independientes de la erisipela, y que se refieren mas bien á la supuracion del tejido celular, es decir, á una erisipela flemonosa. Esta es tambien poco mas ó menos la opinion de M. Rayer.

*Síntomas y curso.*—La erisipela va casi siempre precedida de algunos fenómenos precursores, como laxitud, malestar, calentura, cefalalgia, anorexia, amargor de boca, vómitos, etc. Pero uno de los síntomas mas notables y comunes, pues se observa en las dos terceras partes de los casos, es el infarto doloroso de los ganglios linfáticos, que reciben los vasos procedentes de la parte que debe padecer la erisipela, aunque la piel no presente todavía ningun cambio apreciable en su color, espesor, temperatura y sensibilidad. Este infarto ganglionar, sobre el que ha llamado M. Chomel especialmente la atencion, precede uno, dos ó tres dias al desarrollo de la erisipela, y aun lo hemos visto muchas veces este síntoma anticiparse á la rubicundez siete, ocho y aun nueve dias. El número de ganglios afectados, su tumefaccion y sensibilidad son generalmente proporcionados á la gravedad y estension que ha de tener la erisipela; existen, sin embargo, bajo este aspecto numerosas escepciones. Como quiera que sea, la sensibilidad morbosa de los ganglios disminuye, y aun muchas veces cesa cuando empieza la erisipela, ó cuando ha adquirido su desarrollo.

La erisipela está caracterizada al principio por una rubicundez mas ó menos circunscrita, cuya intensidad varía desde el rosa ligero hasta el rojo escarlata ó violado, que disminuye ó desaparece á lo menos por un momento á la presion del dedo. A su nivel la piel está tersa, lustrosa, y manifiestamente engrosada y tumefacta, lo cual se aprecia muy bien por medio del tacto. En efecto, si se pasa el dedo sobre los límites de la rubicundez, se percibe en este punto un pequeño rodete. La hinchazon puede hacerse muy considerable algunas veces; y esto es lo que sucede cuando la erisipela invade una parte, cuyo tejido celular es flojo, como los párpados ó los labios de la vulva, ó bien cuando, sea cual fuere la parte del cuerpo que le sirva de asiento, la erisipela se ha hecho flemonosa, por medio de la propagacion de la inflamacion al tejido celular. En la piel enferma se siente un dolor vivo, tensivo ó pruriginoso, que se exaspera

con la presion. La temperatura de los tegumentos afectados está aumentada y parece mayor de lo que es en realidad, pues apenas escede, segun dicen, mas que tres ó cuatro grados del calor normal. Los movimientos son dificiles y aun imposibles. En fin, cuando la erisipela tiene cierta estension, va acompañada de síntomas generales, como una calentura á veces intensa, cefalalgia, agitacion, delirio, escalofríos irregulares, sed, inapetencia, náuseas, vómitos y estreñimiento ó diarrea.

La erisipela casi nunca se limita á los puntos que ocupa primitivamente. Cuando ocurre esto, se la denomina *fija*; pero uno de los caracteres mas notables de esta afeccion es su incesante tendencia á invadir nuevas superficies. Por lo comun suele propagarse de trecho en trecho, en cuyo caso se dice que la erisipela es *serpiginosa*, y puede invadir asi sucesivamente toda la superficie del cuerpo, ó bien se trasmite á un punto mas ó menos distante, sin interesar las partes intermedias: entonces se la llama *ambulante*; pero este modo de propagacion es el mas raro. Por último sucede bastante á menudo que examinando los puntos no erisipelatosos, se perciben algunas manchas rosadas é irregulares; indistintamente diseminadas sobre la piel, las cuales se reunen bien pronto formando una sola placa francamente erisipelatosa. Parece que nunca ha existido una erisipela *universal*, es decir, que cubra toda la piel en un solo instante, pues los hechos, asi antiguos como modernos, que se citan por ejemplos de erisipela universal, no son concluyentes, porque es fácil demostrar que la mayor parte de ellos no son otra cosa que escarlatinas desconocidas, ó bien erisipelas erráticas, y ambulantes.

La tension de la piel disminuye de intensidad despues de haber persistido en cierto grado por espacio de cuatro ó cinco dias; la superficie se pone pálida y toma un color amarillento ó violado; la epidermis se arruga, y desaparecen el calor y el dolor. Esta misma serie de fenómenos se reproduce en los puntos que han sido invadidos sucesivamente, y si ha habido entre cada erupcion un intervalo de tres, cuatro, ó cinco dias, se podrá estudiar la enfermedad en sus diferentes fases en un mismo individuo.

*Terminaciones.*—La mayor parte de las erisipelas terminan por resolucion con descamacion de la epidermis de la parte enferma. La piel conserva despues por una ó muchas semanas un color violado, y el dermis está grueso y edematoso. Cuando la erisipela ha ocupado muchas veces un mismo punto, puede quedar para siempre en la piel un tinte azulado, y los tejidos suelen conservarse pastosos y edematosos: esto es lo que se observa especialmente en los viejos, cuyas estremidades inferiores hayan sido atacadas muchas veces de erisipela.

Se ha dicho que la erisipela puede terminar por delitescencia; pero estos hechos, que son muy raros, se refieren tal vez mejor al eritema que á la erisipela. Como quiera que sea, en estos casos la erisipela desaparece bruscamente para siempre, sin dejar vestigios de su existencia, ó bien se reproduce en un punto mas ó menos distante y deberíamos con mas razon darle el nombre de *erisipela metastática*, que se le ha aplicado algunas veces. Háse dicho tambien que verificándose la metástasis en un órgano interno; podia ocasionar graves accidentes; pero la observacion no ha justificado todavía estos temores, pues la delitescencia, lejos de ser causa de algun accidente, parece por el contrario ser casi siempre consecutiva á la flegmasia de un órgano im-

portante. Por último, la erisipela puede terminar por supuracion, y producir tambien la ulceracion de la piel con gangrena de esta membrana y de los tejidos subyacentes; pero estas terminaciones pueden llamarse accidentales, y mas abajo hablaremos de ellas con mas detencion.

Se ve por lo que precede que la erisipela tiene siempre un curso agudo y continuo ó exacerbante; pero puede reproducirse en los mismos puntos despues de haber cesado, ya de un modo espontáneo, ya por efecto de alguna imprudencia de los enfermos, como el esponerse al aire frio ó cometer estravíos en el régimen. Estas recaidas sin embargo son por lo regular poco graves, porque entonces la calentura es poco intensa y la enfermedad dura mucho menos que la primera vez. Hay algunos individuos en quienes la erisipela se reproduce despues de un tiempo mas ó menos largo, como una ó muchas veces al año, y siempre en las mismas épocas (Lorry y Frank). Dícese tambien que la enfermedad se reproduce algunas veces periódicamente con cortos intervalos, siguiendo uno de los tipos de las calenturas intermitentes. La erisipela es en general tanto menos intensa cuanto mas veces la haya padecido el mismo individuo.

*Duracion.*—La duracion de la erisipela es variable: sin embargo, puede fijarse, por término medio, en doce ó quince dias el primer ataque, y en cinco ú ocho los subsiguientes.

*Variedades.*—La erisipela no siempre se presenta con los caracteres que hemos descrito, pues ofrece numerosas variedades relativas: 1.° á los fenómenos locales; 2.° á los síntomas generales y simpáticos; 3.° al asiento, y 4.° á sus consecuencias y su modo de terminacion.

1.° *Variedades de la erisipela relativas á los fenómenos locales.*—Cuando la erisipela es muy intensa, hay exhalacion de serosidad por debajo de la epidermis á la cual eleva, formándose entonces en la superficie inflamada, ora pequeñas vesículas semejantes á las del eczema (*erisipela eczematosa ó miliar*), ó bien consisten en vejigas ó ampollas (*erisipela flictenoides, penfigoides ó papulosa*). Este líquido en lugar de ser seroso puede hacerse lactescente y aun enteramente purulento (*erisipela pustulosa*). Por último, puede la ampolla estar llena de sangre negruzca, que unas veces se seca y otras se infiltra en el tejido del dermis, formando en ambos casos sobre la superficie de la piel, manchas negruzcas que suelen asustar á las personas poco prácticas, haciéndoles creer que existe una gangrena. Sea de esto lo que quiera, las vesículas distendidas se desgarran, ó bien el líquido que contienen se reabsorve en parte y el resto se concreta; la epidermis se arruga y endurece, y se forma una costra blanca, parda ó negruzca que cae despues de algunos dias. La erisipela produce tambien frecuentemente una infiltracion en el tejido celular subyacente, y entonces se llama *edematosa.* La piel en este caso se halla lisa y brillante, y se deprime al comprimirla con el dedo, como sucede en todos los edemas. Esta forma de erisipela se observa especialmente en los puntos en que es naturalmente flojo el tejido celular, ó bien en las personas linfáticas y debilitadas. Por último, hay muchos casos en que la flegmasia cutánea se propaga al tejido celular subyacente, y entonces se dice que la erisipela es *flemonosa.* En esta forma del mal, la piel está mas dura y tensa, la rubicundez no desaparece á la presion, la tumefaccion de las partes es considerable, los síntomas generales y

simpáticos son mas graves, y entonces es especialmente cuando termina por supuracion ó por gangrena.

2.° *Variedades de la erisipela relativas á los síntomas generales y simpáticos.* —Es raro que la erisipela sea completamente apirética, pues solo falta la calentura cuando es muy benigna y se limita á un pequeño espacio. Casi siempre existe un aparato febril proporcionado á la intensidad y estension de la flegmasia cutánea. Las mas veces es franca la reaccion y se nota la serie de síntomas propia del estado inflamatorio. En otros casos sobreviene el aparato sintomático, que caracteriza las formas adinámica y atáxica de las calenturas graves. Esta variedad se observa especialmente bajo la influencia de ciertas constituciones médicas, ó cuando la erisipela se desarrolla en personas debilitadas por la edad y las privaciones, ó bien cuando el mal termina por supuracion y sobre todo por gangrena y en una gran estension. Por último, una de las variedades mas notables y frecuentes de la erisipela, es la que se llama *biliosa,* porque va complicada de embarazo gástrico; entonces la boca está amarga, es viva la sed, la lengua, la piel y la orina se presentan amarillentas; hay náuseas, vómitos y deyecciones de naturaleza biliosa. Esta forma suele reinar de un modo epidémico, sobre todo en los hospitales y durante las estaciones calientes y húmedas.

3.° *Variedades de la erisipela relativas á su asiento.*—Solo hablaré de la erisipela que ocupa tan comunmente la cara y el cuero cabelludo. La erisipela de la cabeza empieza casi siempre por la cara, principalmente por la nariz, la frente ó la mejilla derecha, y se estiende en seguida con mas ó menos rapidez á todo el rostro y á la piel del cráneo. Casi nunca ocurre que la erisipela de la cara sea consecutiva, es decir, que no sea sino la estension de una erisipela primitivamente desarrollada sobre una parte mas ó menos distante. Entre los prodromos de la erisipela que invade la cara, se observa especialmente el infarto doloroso de los ganglios sub-maxilares y de los lados del cuello. Cuando invade toda la cara, están los enfermos completamente desconocidos: sus párpados distendidos cubren los globos oculares; los labios se hallan redondeados, la boca entreabierta, la articulacion de los sonidos es difícil ó imposible, la nariz adquiere un volúmen enorme y sus aberturas están secas y obstruidas por sangre y moco. Cuando la flegmasia invade las orejas y el conducto auditivo esterno, los enfermos esperimentan zumbidos y sordera.

Al contrario de lo que acabamos de ver, respecto de la cara, la erisipela del cuero cabelludo rara vez es primitiva, pues casi siempre sucede á la erisipela de la cara, á no ser cuando depende de un agente traumático. M. Chomel indica perfectamente los fenómenos que la distinguen de la que ocupa las demás partes del cuerpo. En esta variedad falta la rubicundez ó es á lo menos equívoca, ó no se descubre sino un ligero tinte rosado ó azulado, que sobresale un poco del color pardusco natural del cuero cabelludo. Los signos característicos de esta enfermedad son un dolor tensivo mas ó menos vivo, que se aumenta con la presion; y el hundimiento que se produce en esta parte comprimiéndola con la yema del dedo, á causa de la infiltracion edematosa del tejido celular; este último es un fenómeno casi constante. Inútil es decir que en los calvos va acompañada la erisipela del cuero cabelludo de una rubicundez franca, como en las demás partes de los tegumentos.

La erisipela de la cara y del cuero cabelludo son las mas graves, porque

suelen complicarse con delirio, el cual es sin embargo mas á menudo simpático, que efecto de una flegmasia de las meninges ó del cerebro: estas complicaciones son bastante raras. MM. Piorry y Malle publicaron, cada uno por su parte, en 1833, en la *Gazette médicale*, un trabajo encaminado á probar que los accidentes cerebrales que sobrevienen en el curso de las erisipelas de la cara, dependen especialmente de que la inflamacion se ha propagado al cerebro y á sus membranas, por el tejido celular de los párpados y de la órbita, que en tales casos está siempre supurado. Pero á esta opinion puede hacerse la objecion de que es muy comun ver abcesos en los párpados, en personas que nunca han tenido delirio ni coma. Por otra parte, resulta de los mismos trabajos de Piorry y Malle, que en los casos en que ha habido accidentes cerebrales durante la vida, y se halló despues de la muerte la supuracion del tejido celular de la órbita, el cerebro y las membranas estaban casi siempre intactas; de lo cual se deduce que no hubo trasmision de la enfermedad del uno al otro, sino tan solo un efecto simpático ó de mera proximidad.

4.° *Variedades de la erisipela relativas á las terminaciones.*—Ya hemos visto que la resolucion no es el único modo de terminacion de la erisipela, porque puede supurar, gangrenarse y ulcerarse. La supuracion puede verificarse en la superficie de la piel, en este caso no es ya la serosidad, sino el pus el que eleva la epidermis; pero esto es de poca importancia. No sucede lo mismo cuando el pus se forma en el tejido celular subcutáneo donde se infiltra ó derrama. Esta terminacion rara vez se verifica en toda la parte erisipelatosa, pues casi siempre es parcial: en la cara, por ejemplo, suele observarse esclusivamente en los párpados. La supuracion es tambien uno de los accidentes mas graves de la erisipela del cuero cabelludo, en cuyo caso el pus desprende á veces el pericráneo en una gran estension, los huesos se carian, se necrosan y sale á pedazos el tejido celular. En medio de este desórden la piel se conserva las mas veces intacta sin mortificarse, como lo hace la de los miembros cuando se halla denudada en mucha estension. Dupuytren esplica este hecho notable por la disposicion que tienen las arterias del cráneo, las cuales serpean entre la aponevrosis y la piel, adhiriéndose íntimamente á esta última, de modo que siguen nutriéndola aunque se haya destruido el tejido celular subyacente. En las demás partes, por el contrario, luego que la supuracion desorganiza el tejido celular subcutáneo, se dislaceran los vasos que le atraviesan, se obliteran y destruyen, y no nutriéndose ya la piel, llega al fin á gangrenarse. Nunca hemos visto que los ganglios supurasen, aun cuando estuvieran muy hinchados y dolorosos desde el principio de la erisipela.

La gangrena no siempre resulta de la intensidad de la flegmasia, pues muchas veces depende del estado general caquéctico de los individuos; asi es que suele ser frecuente en los viejos, en los recien nacidos y en las personas debilitadas. La mortificacion puede empezar por el tejido celular ó la piel, en cuyo segundo caso suele declararse comunmente en el centro de una flictena. Esta terminacion es frecuente cuando la piel interesada por la erisipela es delgada, fina y está revestida por un tejido celular flojo, como se observa por ejemplo en los párpados, en el escroto, en la piel del miembro viril y en los grandes labios, especialmente de las jóvenes.

Cuando la supuracion y la gangrena son limitadas, no resulta ningun acci-

dente grave; pero si ocupan una gran estension, sobreviene el conjunto de síntomas que caracteriza el estado adinámico y el atáxico.

Por último, la terminacion de la erisipela por ulceracion, es un accidente poco comun, y apenas se la observa sino en ciertas condiciones graves de la economía. La ulceracion puede suceder á una flictena, á una pústula, ó á la caida de una escara.

Todas las terminaciones que acabamos de indicar pueden observarse á la vez en un mismo individuo, como se ve especialmente en la erisipela de la cara, que determina muchas veces una supuracion en los párpados y una gangrena en las orejas, al paso que termina por resolucion en las demás partes.

*Diagnóstico.*—Es posible predecir muchas veces el desarrollo próximo de una erisepela, cuando un individuo presente por espacio de veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas una sensacion de malestar, calentura y *un infarto doloroso de los ganglios linfáticos.* La erisipela deberá ocupar la nalga, el muslo ó la pierna, si han llegado á interesarse los ganglios de la ingle; si la tumefaccion y el dolor ocupan los ganglios axilares, la rubicundez se presentará en el miembro superior ó en la pared torácica; por último, el infarto doloroso y agudo de los ganglios cervicales y sub-maxilares anunciará con seguridad una erisipela de la cara ó del cuero cabelludo, con tal que ni en la boca ni en la garganta haya lesion alguna que esplique su desarrollo. Cuando la enfermedad de que hablamos llega á manifestarse, es fácil reconocerla, sin que pueda confundirse con el sarampion, la escarlatina, la roseola, el eczema, el eritema, ni aun con la simple rubicundez producida por la insolacion ó por un sinapismo, etc., porque esta última se circunscribe á la piel donde se desarrolla, sin estenderse á las partes inmediatas, como lo hace la erisipela. La rubicundez ademas es superficial, y la piel no está gruesa ni endurecida. Estas diferencias se aplican tambien al eritema simple, el cual suele estar dispuesto por manchas ó placas, mientras que la erisipela invade comunmente una superficie estensa. El eritema nudoso tampoco puede confundirse con la erisipela flemonosa, atendiendo á su circunscripcion, á su aspecto, á la forma abollada del tumor, etc. Por lo que respecta á la escarlatina, esta se distingue de la erisipela por el carácter irregular de sus manchas, por su color y la afeccion concomitante de las mucosas; á su vez la escarlatina se distingue por el color de frambuesa, uniforme ó bajo la configuracion de unos puntitos finos y regulares, con coexistencia de una angina mas ó menos violenta. En fin, la viruela, cuando es muy abundante en la cara, produce en la piel una hinchazon y una rubicundez que pudieran confundirse con una erisipela; pero mirándolas de cerca con atencion, se descubrirá en la superficie una multitud de pápulas; y suponiendo que pueda haber dudas, se hallará en las restantes partes del cuerpo la erupcion variolosa con sus caracteres bien marcados.

*Pronóstico.*—Cuando la erisipela se desarrolla en índividuos bien constituidos, es raro que termine de un modo funesto, aun cuando invada sucesivamente toda la superficie del cuerpo. En igualdad de circunstancias, la que ocupa á la vez la cara y el cuero cabelludo es la mas grave. La estension de la flegmasia al tejido celular, la supuracion difusa, la gangrena y los síntomas adinámicos y atáxicos, son otras tantas circunstancias que agravan el pronóstico. Por último, la erisipela que sobreviene en el curso de otra enfermedad,

aun cuando sea poco intensa, es siempre una circunstancia peligrosa, pues aunque carezca de gravedad para causar la muerte, la acelera por lo menos debilitando mucho á los enfermos; lo cual sucede especialmente en la calentura tifoidea y en la mayor parte de las enfermedades crónicas. La erisipela es tambien muy grave en los recien nacidos, á causa de su debilidad, de las complicaciones viscerales, y de lo frecuente que es la gangrena; de cuarenta y cinco casos observados por Billard, Bang y OEsterleben, treinta y uno terminaron funestamente. MM. Pablo Dubois, Moreau y Trousseau dicen que todavía no han observado ningun caso de curacion en los primeros meses de la vida. En cuanto á mí he visto no sin sorpresa á un niño de cinco á seis meses curarse, y sin sufrir apenas, de una erisipela que le ocupó los muslos, y las partes genitales, habiendo ocasionado el esfacelo de la mitad de la piel del escroto. La erisipela puede no obstante ser útil algunas veces á las personas de edad mas adelantada, modificando favorablemente el curso de ciertas afecciones crónicas y rebeldes de la piel, aunque no es raro suceda lo contrario.

Importa mucho para el pronóstico y el exámen riguroso de los medios terapéuticos, determinar si la erisipela tiende á propagarse á otras partes, ó si quedará estacionaria para declinar despues. La consideracion del estado general, y aun mejor la disminucion de la calentura, pueden suministrarnos alguna presuncion favorable; pero debemos fundarnos especialmente sobre el aspecto del exantema. Si la erisipela tiene una rubicundez viva, y *la piel hinchada á su rededor forma un relieve sensible*, puede predecirse que la erisipela se halla en todo su vigor, y que nada bastará para evitar que invada muy pronto las partes inmediatas. Cuando la intensidad de la rubicundez va por el contrario disminuyendo y no existen hácia la circunferencia mas que algunas manchas rosadas irregulares, debemos creer que la enfermedad está ya circunscrita, ó próxima á estarlo.

*Etiología.*—Todas las partes de la piel pueden afectarse de erisipela, pero en ninguna es tan frecuente como en la cara, y aun puede decirse que padece esta por sí sola mayor número de veces de erisipela espontánea, que las demás regiones del cuerpo reunidas. Sin embargo, la predisposicion de tal ó cual parte del cuerpo á ser mas especialmente invadida por la erisipela, es variable segun las diversas edades; asi es que en los niños ocupa el tronco con mas frecuencia; en los recien nacidos se declara casi siempre en la inmediacion del ombligo, lo cual se esplica por la inflamacion y la supuracion de esta parte, que son necesarias para operar el desprendimiento del cordon. En los viejos suele observarse, segun se dice, en los miembros inferiores, al paso que en la juventud y la edad adulta, predomina la erisipela facial; pero creemos que, esceptuando la primera niñez, la erisipela de la cara y del cuero cabelludo, es la que se presenta con mas frecuencia, sea cual fuere por lo demás la edad de los individuos.

La erisipela se observa en todas las edades de la vida; pero segun los cálculos de Neuman, es mas frecuente entre los veinte y cuarenta y cinco años. Los cuadros estadísticos de J. Frank, de MM. Chomel y Louis y nuestras propias observaciones, están de acuerdo en que la erisipela de la cara es mas comun en la mujer que en el hombre. Si las constituciones y los temperamentos tienen alguna parte en la produccion de la erisipela, esta influencia es desco-

nocida; pero las citadas circunstancias influyen ciertamente en la forma del mal, que es francamente inflamatoria en los individuos sanguíneos, y edematosa en los sugetos débiles. Nada se sabe de fijo sobre las condiciones higiénicas que predisponen á la erisipela, pues todo lo que se ha dicho de los efectos que producen los alimentos condimentados con especias, las bebidas fermentadas, etc., solo debe admitirse como una simple asercion. Ignórase igualmente la influencia de los climas y aun de las estaciones, pues si J. Frank cree que las erisipelas son mas frecuentes en invierno, MM. Chomel y Blache opinan, por el contrario, que lo son mas en la primavera y sobre todo en el otoño. La erisipela reina en mayor abundancia de vez en cuando, y adquiere el carácter epidémico, bajo la influencia de constituciones atmosféricas muy diversas. Underwood y los catedráticos P. Dubois y Moreau han observado la frecuencia de la erisipela en los recien nacidos durante las epidemias de calentura puerperal; y parece que entonces, segun dice M. Trousseau, la misma influencia que causa la muerte de las madres, se hace sentir tambien en sus hijos. Hay parajes donde reina esta enfermedad, sino de un modo habitual, al menos con tanta frecuencia que puede considerarse como endémica. Hay tambien algunas salas en los hospitales donde predomina mas que en otras: asi es que en la sala de San Cosme del *Hotel-Dieu* de París, era notable, antes de que se la restaurase, por las erisipelas que se observaban en ella casi endémicamente, como yo mismo tuve ocasion de advertirlo, de 1829 á 1833.

Es indudable que en la gran mayoría de casos sobreviene la erisipela sin el concurso manifiesto de causa alguna determinante. Otras veces sucede por el contrario á la accion de una causa material, como la insolacion, las soluciones de continuidad, los roces, la irritacion demasiado viva de un exutorio, etc. Creo no obstante, sin negar la influencia que estas causas ejercen, que solo pueden obrar á causa de una predisposicion anterior de la economía, pues estas mismas causas han obrado muchas veces en un mismo individuo sin producir los mismos resultados. Preciso es, pues, admitir que en los casos especiales en que determinan la erisipela, existia una causa desconocida cualquiera, que no es otra cosa que la predisposicion. Las causas ocasionales pueden acelerar el desarrollo del mal, y fijarlo con preferencia en tal ó cual punto de la piel; pero á esto se limita su accion. Esta doctrina es exactamente la que profesa M. Chomel y la adoptamos en su totalidad, pues creemos con él que la erisipela no depende nunca de una causa esterna, ó que al menos si concurre alguna para su produccion, solo tiene una parte secundaria en su desarrollo, porque supone la existencia de una circunstancia interna, de una disposicion particular que no conocemos.

*Tratamiento.*—Se han preconizado contra la erisipela una multitud de remedios y métodos terapéuticos, desde el simple espectante hasta las medicaciones mas activas; pero el tratamiento de esta enfermedad debe variar segun la forma que presenta. Cuando la erisipela es benigna, poco intensa la calentura que la acompaña, y ataca á un sugeto que la ha tenido ya otras veces, podemos limitarnos á una medicacion casi espectante. Los enfermos respirarán una temperatura suave; la parte flogosada debe ocupar la posicion que mas favorezca á la circulacion venosa, y active lo menos posible el aflujo de sangre arterial; se prescribirán las bebidas atemperantes y acídulas, siendo general-

mente útil añadir á estos medios algunos revulsivos sobre el tubo digestivo, y sobre un punto de la piel distante de la flegmasia (sinapismos y pediluvios). Algunos médicos han querido hacer estensivo á todas las erisipelas el método espectante; pero no podemos aprobar este sistema. La observacion diaria prueba, en efecto, que cuando la enfermedad ataca á un individuo en el vigor de su edad, y va acompañada de una viva reaccion febril, con un pulso dilatado, desarrollado y duro, es útil, ó por mejor decir, urgente practicar una ó muchas sangrías. Estas emisiones sanguíneas moderarán la fiebre, y tal vez limitarán la erisipela; pero no debe esperarse que la hagan abortar súbitamente, ni aun que abrevien mucho su curacion: esto es lo que resulta en efecto de las observaciones de Louis, cuya exactitud hemos tenido ocasion de justificar.

Nada diremos de M. Bouillaud, aunque pretende curar las erisipelas *con una facilidad y rapidez sorprendentes* (testual) aplicándoles el método de las sangrías una tras otra; pues consultando los tres ejemplos de erisipela intensa que publica el autor en su *Clínica* tratados por su método, se ve que en un caso la erisipela recorrió una parte del cuerpo y duró veinte y un dias (obs. 3.ª); en otro (obs. 4.ª), no impidió que se formasen abcesos múltiples, y la enfermedad persistió por espacio de treinta y cinco ó cuarenta dias, no habiendo el enfermo salido todavía del hospital ocho meses despues; y por último, en el tercero que fue el mas favorable, la erisipela duró de trece á quince dias. Para coronar estos resultados, diremos que los tres enfermos tratados por M. Bouillaud, quedaron completamente anémicos, aniquilados con las sangrías y la enfermedad. La esperiencia de todos los siglos nos aconseja proscribir las sangrías abundantes en el tratamiento de la erisipela, pues las pérdidas de sangre favorecen el desarrollo de los accidentes atáxicos, y postran las fuerzas que es preciso conservar, sobre todo cuando la erisipela tiende á propagarse y hacerse vaga, porque su duracion entonces es indefinida.

Cuando están indicadas las emisiones sanguíneas, debe preferirse la sangría general á las sanguijuelas, pues tienen aquí muchos inconvenientes; si se aplican á la erisipela, hacen frecuentemente que pase al estado flemonoso, y si se ponen en la circunferencia, las picaduras se convierten en foco de otra nueva erisi pela, cuando el individuo está muy predispuesto á ella, ó reina epidémicamente la inflamacion que estudiamos.

Creemos, por regla general, que debemos abstenernos de todos los tópicos que se han aconsejado para moderar la inflamacion de la piel, ó limitarla en el punto que ocupa. Sin embargo, cuando es mucha la tension, y la flegmasia se propaga al tejido celular, pensamos que es útil prescribir un baño prolongado á la parte enferma, y cubrirla con cataplasmas de fécula de patata, medianamente calientes. Estos dos medios son impracticables ó incómodos en la erisipela de la cara. Se ha elogiado mucho el uso de fomentos frios y astringentes; el alcanfor en polvo con escarificaciones ó sin ellas, el alcohol alcanforado dilatado en agua, una mezcla de basilicon y de aceite esencial de trementina (linimento de Kentisch), las soluciones de nitrato de plata, el proto sulfato de hierro en lociones (una onza por dos cuartillos de agua), ó en pomada (dos dracmas por onza de manteca); en fin, ha llegado á aconsejarse el cauterio actual y la moxa; pero ninguno de estos medios tiene la eficacia que se les atribuye, y la mayor parte son peligrosos. Los vejigatorios aplicados en el centro de la misma

erisipela, han gozado de gran reputacion en Francia durante muchos años, pues se sabe que este método, que cuenta dos siglos de antigüedad, fue preconizado por Petit, de Lyon, y adoptado por Dupuytren, que lo tenia por muy eficaz; yo le he visto aplicar en las erisipelas de la cara, dos grandes vejigatorios en cada mejilla, y algunas veces otro en la frente. Consultando, sin embargo, los hechos que he recogido en la clínica de este gran práctico, me he convencido de que el vejigatorio ni limitaba la erisipela ni abreviaba su duracion. Cierto es que nunca he visto resultar ningun accidente de la aplicacion de uno ó muchos vejigatorios á las partes de la piel mas inflamadas, y que estos exutorios, cuya supuracion se promovia en ciertos casos por dos ó tres dias, nunca dejaron vestigio alguno un poco persistente, y que debiese hacer arrepentir al facultativo que habia recurrido á ellos.

Tambien se han preconizado hace algunos años, contra las erisipelas, las unturas mercuriales; pero se sabe hoy que la mayor parte de las curaciones atribuidas á este remedio, deben tan solo atribuirse al curso natural de la afeccion. Este medicamento lo consideramos ademas como peligroso, y queremos que se proscriba completamente, pues suele producir salivaciones incómodas é interminables, y dos veces he visto amenazada la vida de los enfermos, á causa de la enorme hinchazon de la lengua, que impedia la deglucion y la entrada del aire. Algunos aconsejan tambien las unturas hechas con manteca fresca. Este medio que hemos visto usar en 1834 á M. Martin Solon, nos ha parecido que disminuye en efecto la sensacion de quemadura y tension de las partes enfermas; pero este alivio es en general muy pasagero.

Aun no he formado un juicio exacto acerca de la pomada de nitrato de plata (una parte por cuatro de manteca) recomendada por M. Jobar para disminuir la tension dolorosa de la erisipela, y limitarla. La compresion por medio de una venda, convenientemente aplicada, ha tenido algunos partidarios. Sin embargo, seria peligroso aplicar este medio cuando la flegmasia es todavía intensa, porque algunas veces resultarian dolores agudos, escaras, ó la propagacion de la flegmasia al tejido celular subyacente. Será, pues, prudente no emplear la compresion sino cuando la enfermedad está en un período de descenso, cuando el dermis está hinchado, y el tejido celular adematoso; por lo demás, la compresion solo es aplicable á la erisipela de los miembros.

Al hablar del uso de la compresion en el tratamiento de la erisipela, me siento naturalmente inducido á decir algunas palabras acerca del colodion aplicado á las superficies erisipelatosas, y que probablemente obra casi del mismo modo que la compresion: la idea de esta medicacion es debida al doctor Roberto Latour. Despues de cubrir las partes enfermas con una capa de colodion, de modo que queden enteramente al abrigo del contacto del aire, el mencionado médico vió casi siempre que la erisipela disminuia prontamente, y que todos los accidentes concomitantes cedian á la vez. Yo he ensayado este medio en diez enfermos de erisipela espontánea, y en casi la mitad de los casos la flegmasia cutánea se limitó en tres, cuatro ó cinco dias. No obstante, estoy lejos todavía de conceder mi completa aprobacion á este medio de tratamiento. En efecto, la erisipela es una de las afecciones de mas incierto curso y mas desigual duracion, pues vemos que despues de haber empezado de una manera muy aguda, se detiene algunas veces de repente, sin haber, no obstante, empleado ninguna

medicacion activa. La circunstancia que me hace aun mas reservado en la apreciacion de los hechos que he visto, es que, en la misma época en que esperimentaba el colodion, otras erisipelas de igual intensidad, abandonadas á sí mismas, terminaron casi en el mismo espacio de tiempo. Espero, por lo tanto, nuevas observaciones, antes de poder aconsejar ó prescribir con perfecto conocimiento de causa, el uso del colodion en el tratamiento de la erisipela.

Se han recomendado particularmente diferentes medios, á fin de contener los progresos de las erisipelas que se estienden de trecho en trecho sobre estensas superficies. Los que cuentan con mas partidarios, son las cauterizaciones con la piedra infernal y los vejigatorios.

Dícese, en efecto, que cauterizando ligeramente la piel con la piedra infernal alrededor de la erisipela, ó bien aplicando en sus límites un vejigatorio de algunas pulgadas de ancho, se limitaba la enfermedad, impidiendo que se propagase á otras partes. Pero nosotros, apoyados en muchos esperimentos propios, no podemos conceder á estos medios la eficacia que se les atribuye. Si algunos médicos creyeron que los vejigatorios y escaróticos limitan la enfermedad, es porque consideraron como accion de estos agentes terapéuticos lo que solo era un efecto del curso natural de la afeccion. Asi es que cuando se cauteriza ó se aplica un vejigatorio alrededor de una superficie erisipelatosa, cuyo contorno presenta una rubicundez *poco viva, mal circunscrita, diseminada á veces por placas y sin que el dermis forme relieve*, nada tiene de estraño que no traspase los límites que se le han trazado, pues con los caracteres que acabo de referir, se debe sospechar que la erisipela tiene ya tendencia á limitarse espontáneamente; mas, para apreciar el grado de eficacia de estos medios, es preciso emplearlos de un modo *esclusivo*, como nosotros lo hemos hecho alrededor de erisipelas bien circunscritas, rojas, duras, que formaban relieve en su circunferencia, y presentaban todos los caracteres esteriores que indican se halla el mal en su completo vigor y que tiende á invadir nuevas superficies. En estas circunstancias afirmamos que ni el vejigatorio ni la cauterizacion impiden que se estienda la erisipela. Esta opinion es tambien la de M. Requin, por lo que hace al nitrato de plata.

Todos los medios que acabo de enumerar, inclusa la cauterizacion con el hierro candente, han sido empleados inútilmente hasta el dia contra la erisipela de los recien nacidos.

La erisipela puede presentar algunas indicaciones especiales que es preciso llenar, segun la naturaleza de sus complicaciones; asi, pues, si se presenta acompañada de signos de embarazo gástrico, debe recurrirse á los evacuantes, cuya indicacion basta satisfacer en ciertas constituciones epidémicas, para que se modifique rápidamente el curso de la enfermedad. Cuando la postracion es considerable y el pulso debil y pequeño, conviene sostener las fuerzas con los tónicos y los cordiales; en fin, si sobreviene el delirio, deberá indagarse su causa. Si el delirio depende de la intensidad de la erisipela ó de una flegmasia de las meninges, debemos usar los antiflogísticos; si coincide con la adinamia, se administrarán los tónicos; y en fin, si es efecto de una simple perversion nerviosa, deben emplearse algunos antiespasmódicos, especialmente el almizcle ó el alcanfor unido al nitro y al opio. Tambien hay que satisfacer algunas indicaciones especiales relativas á los diversos accidentes del mal. Si se forma un ab-

ceso es preciso darle salida; favorecer la caida de las escaras, cuando la erisipela termina por gangrena, valiéndonos de cataplasmas emolientes, si aquella es debida á la intensidad de la inflamacion, y de los tópicos escitantes, como el estoraque, la quina y los cloruros, si resulta de la debilidad ó de un estado caquéctico. En la erisipela ulcerosa conviene guardar mucha limpieza, curar la solucion de continuidad con cerato, y si la úlcera se estendiera mucho, podria llegar á ser preciso tratar de limitarla por medio de la cauterizacion.

Por último, hay que tomar algunas precauciones cuando la erisipela ocupa ciertas partes del cuerpo. Asi en la de la cara conviene quitar los pendientes, pues la constriccion que producen podrian ocasionar la gangrena del lóbulo de la oreja, si se estendiese hasta él la erisipela. En la de la vulva es preciso interponer entre los grandes y pequeños labios un lechino de hilas ó un lienzo fino, para evitar las adherencias que se forman algunas veces en estas partes, á causa de la erosion ó ulceracion que sufren.

*Profilaxis.*—Hay ciertos individuos muy predispuestos á las erisipelas, que las padecen en épocas mas ó menos fijas: no hay ningun medio de prevenirlas. Los baños, las bebidas acídulas y atemperantes, los aperitivos, los purgantes y amargos, que se aconsejan en estos casos, rara vez producen los efectos que algunos esperan.

*Naturaleza.*—Es mucho lo que se ha discutido ó mas bien divagado sobre la naturaleza de la erisipela, atribuida por mucho tiempo á la estancacion ó alteracion de la bilis. Es innegable que la erisipela es una flegmasia cutánea; ¿pero es una inflamacion simple, ó bien la alteracion cutánea no es otra cosa que uno de los síntomas de cierto estado general? En la actualidad es imposible decidir esta cuestion. Sin embargo, diremos con MM. Chomel y Blache, que si se atiende á la gran movilidad de la erisipela, al trastorno de las funciones digestivas, á la desproporcion que hay muchas veces entre los síntomas generales y la poca estension de la flogosis cutánea, á la insuficiencia de los antiflogísticos y al desarrollo casi siempre espontáneo del mal, hay motivo para creer que los fenómenos inflamatorios cuyo asiento son los tegumentos, no constituyen por sí solos toda la afeccion. No obstante, no creemos que se deba considerar, de acuerdo con Rust, á la erisipela como una calentura exantemática, comparable por ejemplo, con el sarampion ó la escarlatina.

## INFLAMACIONES VESICULOSAS.

Las enfermedades de este grupo están caracterizadas por la formacion de *vesículas*, nombre que se da á unos tumorcitos formados por la elevacion de la epidermis, que están llenos de un líquido seroso y trasparente. La serosidad puede reabsorberse ó derramarse en la superficie cutánea, rompiéndose las vesículas, y se deseca en forma de láminas ó de costras delgadas y amarillentas; la piel puede ademas escoriarse ó ulcerarse. Hay que distinguir dos especies de vesículas; unas que van precedidas de rubicundez mas ó menos viva, cuya base está mas ó menos inflamada; y otras, por el contrario, que se desarrollan primitivamente, sin prévia lesion de la piel. En el primer grupo se encuentran la varicela, algunas especies de herpe, la hidrargiria, el sudor miliar y la sarna;

y en el segundo, las sudamina y el eczema. Ya hemos hablado de la varicela y del sudor miliar. La historia de la sarna la reservamos para cuando tratemos de las enfermedades producidas por los animales parásitos, y en las enfermedades mercuriales nos ocuparemos de la hidrargiria. Aquí estudiaremos únicamente los herpes y el eczema.

## *Del herpe.*

La palabra *herpe*, empleada durante mucho tiempo como sinónima de *empeine*, se ha consagrado desde Willan y Bateman, para designar un grupo de enfermedades cutáneas, caracterizadas por el desarrollo de un número mayor ó menor de vesículas reunidas *en grupos sobre una base inflamada*, y separadas por porciones de piel completamente sana. Esta enfermedad, cuyo curso es agudo y su duracion bastante corta, nunca ó casi nunca es grave. Distínguense muchas especies de herpes, fundadas: 1.° en el asiento que ocupan (*herpes labialis* y *præputialis*); 2.° en la relacion que guardan los grupos vesiculosos (*herpes flictenoides, zoster y circinnatüs*); 3.° en el color del limbo que les rodea (*herpes iris*); 4.° en la alteracion de los cabellos (*herpes tonsurante*). Esta última variedad debe admitirse con reserva.

### A. *Variedades de asiento.*

1.° *Herpes labialis.*—Sabido es que á consecuencia de las calenturas efémeras, catarrales y de algunas otras enfermedades agudas, como la pneumonia, ó bien por efecto de la impresion del frio y de ciertas sustancias irritantes, se desarrollan en los labios y alrededor de la boca, grupos mas ó menos numerosos de vesículas. La erupcion ocupa por lo comun uno de los labios, ó solo parte de uno de ellos, pues rara vez se estiende á las mejillas, á la nariz ó á la barba. Las vesículas pueden desarrollarse esclusivamente en la piel de los labios; ó en su borde libre; pero las mas veces existen en los puntos que unen la mucosa labial á la piel.

El *herpes labialis* aparece unas veces de pronto, y otras va precedido durante algunas horas, de rubicundez, tumefaccion y calor quemante. Bien pronto se desarrollan las vesículas, cuyo líquido, trasparente al principio, se pone turbio á las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas; pero al cuarto ó quinto dia, se rompen las mayores, cuyo grosor apenas tiene el volúmen de un guisante, y se forman algunas costras amarillentas. Esta erupcion es muchas veces crítica, y casi nunca exige tratamiento alguno. Sin embargo, cuando va acompañada de calor y de dolores demasiados vivos, conviene hacer algunas lociones con agua fresca, añadiéndole algunas gotas de sub-acetato de plomo líquido.

2.° *Herpes præputialis.*—Frecuentemente se forman vesículas herpéticas en la piel y en la mucosa del prepucio, las cuales son unas veces espontáneas, y otras van precedidas de manchas rojas del diámetro de media ó de una peseta. El curso de la afeccion varía segun el sitio que ocupa. Si las vesículas se desarrollan en la superficie cutánea, el liquído se enturbia muy pronto, las vesículas se marchitan á los tres, cuatro ó cinco dias, y se forman pequeñas escamas ó una exudacion; todo lo cual termina á los siete dias. Las vesículas que ocupan la mucosa,

producen un prurito muy vivo, van acompañadas de calor y de un escozor muy incómodo, y son sumamente ténues. El líquido se enturbia hácia el cuarto dia, el epitelio se rompe y deja al descubierto una pequeña escoriacion rosada y superficial, ó bien tiene un fondo blanquecino, y los bordes son algo prominentes, cuya cicatrizacion puede tardar siete ú ocho dias. Biett ha observado algunas veces el *herpes præputialis* en el estado crónico; entonces hay erupciones sucesivas, que llegan á poner la piel del prepucio áspera, arrugada y dura, y en fin, se forman grietas á la menor traccion que se hace sobre ella. (Véase mas abajo el diagnóstico diferencial).

3.° *Hespes pudendi.*—La vulva, los pequeños labios, la cara interna de los grandes, el vestíbulo y la entrada de la vagina, son á veces el asiento de un herpe parecido al que hemos descrito relativamente al prepucio. Algunas veces hay una vasta ulceracion, que ocupa gran parte de la vulva, en la que se esperimenta una comezon y un ardor que se aumentan al andar y durante la emision de la orina, cuando este líquido moja las superficies enfermas.

*Diagnóstico.*—Al principio, cuando existen dos ó tres vesículas desarrolladas en una base inflamada, y hay en ellas comezon y prurito, es imposible decir si es un herpes ó una úlcera sifilítica incipiente; pero bien pronto desaparecen las dudas. En efecto, la ulceracion venérea se hace notable por su profundidad, por la costra gruesa y blanca que cubre su superficie, y por la dureza y elevacion de sus bordes, mientras que la herpética tiene caracteres enteramente opuestos, pues es superficial, mas ó menos irregular, sin induracion ni en su contorno ni en su superficie, la cual es roja ó parduzca; esta ulceracion nunca es muy sensible, y no produce infarto en la ingle, como con tanta frecuencia ocurre en la úlcera venérea. Por último, si solo existiesen algunas escamas, no podria confundirse con una sifilides, porque esta forma costras gruesas, duras y negruzcas.

*Etiología.*—El herpe del prepucio solo ataca á los adultos y á los jóvenes, y sus causas principales son la falta de limpieza, el coito impuro, y el roce con vestidos ásperos. En la mujer el herpe vulvar ataca especialmente á las que descuidan toda limpieza, y es mas frecuente en los últimos meses del embarazo.

*Tratamiento.*—El prepucio ó la vulva deberán lavarse con un cocimiento de malvavisco, añadiéndole algunas gotas de estracto de Saturno: cuando hay una ulceracion, se cubre con hilas raspadas. El herpe crónico reclama el uso de lociones alcalinas, los baños de vapor alcalinos y sulfurosos y algunas laxantes, procurando evitar la estrechez del prepucio. Algunas veces puede ser necesaria la operacion del fímosis ó la circuncision. MM. Ricord y Diday han preconizado contra el *herpes præputialis* la medicacion sustitutiva con el nitrato de plata, y aplican sobre la lesion algunas capas de hilas, que se empapan dos veces al dia en una solucion de nitrato de plata (80 granos de esta sal, por una onza de agua).

### B. *Variedades de forma.*

1.° *Zona* ó *zoster.*—El herpe zoster ó zona está caracterizado por grupos mas ó menos numerosos de vesículas desarrolladas en una base inflamada, y que solo ocupan una mitad del cuerpo.

*Síntomas.*—La zona va precedida muchas veces de prodromos, como mal-

estar, postracion de fuerzas y diversas alteraciones de los órganos digestivos. En la piel donde ha de verificarse la erupcion, sobreviene muy pronto, en las doce ó veinte y cuatro horas que la preceden, una sensacion de comezon, picotazos y quemadura. La erupcion empieza por unas manchas de un rojo encendido, irregulares, que se presentan en general unas despues de otras, y en cuya superficie se advierten, ya unas pequeñas prominencias que tienen al principio el color de la piel, pero se destinguen pronto por constituir pequeñas vesículas trasparentes. En tres ó cuatro dias la metamorfosis de la placa es completa. En general la rubicundez pasa de ocho á diez líneas, mas ó menos, de los límites de las vesículas, las cuales presentan todos los caracteres de las herpéticas. En efecto, forman grupos, ya discretos, ya confluentes de vesículas aplanadas, opalinas ó violáceas, que ocupan un punto de la piel inflamada, y están separadas por porciones sanas.

Esta erupcion está siempre limitada á una mitad del cuerpo; en efecto, apenas algunas vesículas, en número de cinco ó seis, pasan algunas veces del rafe medio, ya hácia adelante, ya hácia atrás. No obstante, se han citado zonas que han ocupado todo el contorno del cuerpo; pero segun las observaciones de Cazenave, estos hechos pertenecen mas bien al herpe flictenoide, de que muy pronto hablaremos. J. P. Frank, vió, sin embargo, en 1818 en la clínica de Wilna á un zapatero que tenia dos semi-cinturones muy marcados y situados sobre dos planos diferentes, porque habia 16 líneas de diferencia entre la zona del lado derecho y la del izquierdo.

Por regla general, la zona se observa en el vientre ó el pecho, donde forma un semi-cinturon de pulgada y media á dos pulgadas de ancho; con mucha menos frecuencia ocupa los miembros y permanece limitada á uno de ellos, ora afecta simultáneamente, ora el superior é inferior del mismo lado; menos veces aun se manifiesta en el cuello, ó sobre una mitad de la cara y del cuero cabelludo, y segun dice Cazenave, se estiende algunas veces hasta la boca. La enfermedad ocupa con mas frecuencia el lado derecho que el izquierdo, verificándose esto en la relacion de diez y nueve á uno, segun J. Frank, y en la de treinta y siete á diez y seis, segun M. Rayer. MM. Cazenave y Schedel han reconocido igualmente la mayor frecuencia de la zona en el lado derecho del cuerpo: Reil pertenece al escasísimo número de los que han emitido una opinion contraria.

Las vesículas adquieren en ciertos casos el volúmen de una lenteja ó un guisante, se vuelven opacas á los cinco ó seis dias, y la rubicundez disminuye al mismo tiempo. Unas se marchitan por la absorcion del líquido, y otras se rompen, dejan al descubierto el cuerpo mucoso escoriado, y forman casi siempre costras amarillentas delgadas. Cuando estas se caen, se encuentra la piel pardusca y violada; algunas veces dejan escoriaciones ó mas bien úlceras, que se cicatrizan con bastante lentitud, dejando marcas indelebles; en fin, en los viejos debilitados se ha visto gangrenarse en ciertos casos la porcion de piel enferma. Como la erupcion de las vesículas se verifica sucesivamente, y á veces con muchos dias de intervalo, puede verse en el mismo individuo la enfermedad en sus diferentes fases. La duracion de la zona varía entre uno y tres septenarios, y nunca pasa al estado crónico.

Esta enfermedad jamás va acompañada de accidentes graves. En el período

mas agudo, los enfermos se hallan atormentados de punzadas, comezon, calor y una sensacion de quemadura en las partes afectas, siendo á veces bastante agudos los padecimientos para quitarles completamente el sueño. Entonces hay muchas veces un aparato febril mediano, inapetencia, sed, estreñimiento, ó un poco de diarrea; algunos enfermos se quejan en la convalecencia de dolores lancinantes que ocupan los puntos de la erupcion; estos dolores son á veces indefinidos, y parecen depender de una neuralgia de los nervios intercostales.

*Diagnóstico.*—El carácter vesiculoso de la enfermedad y la presencia de vesículas dispuestas en grupos, que ocupan esclusivamente una mitad del cuerpo, constituyen un conjunto de síntomas que solo pertenecen á la zona. Es inútil, por consiguiente, refutar la opinion de los autores que han descrito la zona como una variedad de la erisipela, puesto que si esta enfermedad, como ya hemos visto, se complica algunas veces con vesículas, las presenta tan irregulares, que es imposible confundirlas con las de la zona.

*Pronóstico.*—La zona casi nunca es grave, esceptuando los casos muy raros en que termina por gangrena: dícese que algunas veces ha sido crítica.

*Etiología.*—La zona ataca las mas veces á los hombres, á los jóvenes, y á aquellas personas cuya piel es blanca; es mas frecuente en las estaciones calientes y húmedas, y algunas veces reina epidémicamente. Las causas que la desarrollan son casi desconocidas; las únicas observadas, ó por mejor decir, sospechadas por M. Cazenave, son las perturbaciones nerviosas y las influencias morales.

*Tratamiento.*—La quietud, los baños tibios, las bebidas aciduladas y los preparados de opio, si la comezon impide el sueño, son los únicos medios que conviene generalmente emplear; debemos abstenernos de todo tópico, especialmente de las cataplasmas, porque favorecen las ulceraciones. M. Cazenave, á fin de evitar que se rasguen las vesículas, acostumbra humedecer con un poco de aceite las partes enfermas, y espolvorearlas luego con almidon seco. De esta mezcla resulta una especie de barniz inerte, que pone la vesícula al abrigo de toda especie de roce, y le permite seguir sus fases sin que sobrevengan rasgaduras ni ulceraciones. Este es un medio útil para evitar ciertas pequeñas complicaciones; pero en nada abrevia la duracion del mal.

Algunos médicos han tratado de hacer abortar la zona, cauterizando las vesículas con nitrato de plata; pero á pesar de cuanto se ha dicho, èste método no tiene ventaja alguna, y sobre todo no abrevia la duracion de la enfermedad. Lo mismo decimos respecto de las aplicaciones del colodion, que ningun feliz resultado nos han producido.

Cuando las ulceraciones suceden á la caida de las costras, debemos curarlas con cerato opiado ó de Saturno. Por último, los dolores neurálgicos que persisten durante la convalecencia, si resisten á las aplicaciones sedativas, ceden casi siempre al empleo de un vejigatorio. Inútil, es decir, que en los individuos debilitados por la edad ó la miseria, sobre todo cuando se forman ulceraciones, ó es inminente la gangrena, es preciso secundar el tratamiento local á beneficio de una medicacion general; en este caso están especialmente indicados los tónicos, la quina, el vino y una alimentacion nutritiva.

2.° *Herpes circinatus.*—El herpe cincinato, se halla caracterizado por unas vesículas muy pequeñas, situadas sobre un fondo rojo, que forman anillos ó cercos completos, cuyo centro está sano.

*Síntomas.*—Una rubicundez que puede tener el diámetro de una peseta, ó en ciertos casos el de dos pulgadas á dos y media, de forma redondeada ú oval, y de un color menos subido en el centro que en la periferia, constituye el primer grado de la enfermedad. Su circunferencia no tarda en cubrirse de vesículas muy pequeñas y globulosas; el líquido que contienen, transparente al principio, se enturbia despues; mas tarde se desecan, y al fin, se caen las costras. Entonces termina la enfermedad, y solo queda una rubicundez viva que se borra lentamente. Aunque en el centro del anillo nunca hay vesículas, suele presentarse una rubicundez mas ó menos viva, y se esfolia algunas veces.

El *herpes circinatus* es una afeccion muy benigna, que solo produce un poco de comezon ó prurito, y su duracion media es de ocho ó diez dias; sin embargo, cuando existen muchos anillos y se han desarrollado sucesivamente, puede prolongarse el mal por dos ó tres septenarios.

*Diagnóstico.*—Este generalmente nunca ofrece dificultad alguna. Mas adelante veremos que, aunque el aspecto de la erupcion herpética en ciertos períodos se parece algo á la *lepra*, al *lichen circunscriptus*, y al *porrigo scutulata*, hay en estas afecciones caracteres esteriores muy diferentes, que un ojo atento puede distinguir con facilidad.

*Etiología.*—El *herpes circinatus* afecta especialmente á los niños y á los jóvenes, hallándose muy espuestos á padecerlo las jóvenes rubias que tienen la piel fina y blanca. Los anillos herpéticos pueden desarrollarse en todas las partes del cuerpo, pero ocupan especialmente las mejillas y la barba.

*Tratamiento.*—Las lociones alcalinas ó ligeramente astringentes con el alumbre, el sulfato de zinc y el sub-acetato de plomo, son el único medio que debe emplearse en esta ligera afeccion.

*Herpe flictenoides.*—Dáse este nombre de *herpe flictenoides* ó *miliar*, á una erupcion de vesículas aglomeradas en mayor ó menor número y sobre una piel inflamada, dispuesta en chapas mas ó menos irregulares.

*Síntomas.*—En los puntos donde ha de presentarse la erupcion, se forma al principio cierto número de puntitos rojos casi imperceptibles, aglomerados y muy próximos unos á otros. Esta superficie mas ó menos irregular, cuya estension varía entre la de una peseta y la de la palma de la mano, se cubre al dia siguiente de vesículas duras, casi todas muy pequeñas, aunque algunas adquieren, sin embargo el volúmen de un guisante. Al principio son muy trasparentes, pero se enturbian con rapidez, pues muchas veces el líquido que contienen se vuelve lactescente á las doce ó veinte y cuatro horas de haberse formado. La erupcion se marchita hácia el tercer dia; al octavo está ya completamente deprimida, y se encuentran ademas costras y algunas úlceras superficiales en diversos puntos. Por último, de los doce á los quince dias, unas veces antes y otras despues, es completa la curacion, y solo queda un color rojizo en la piel, que desaparece lentamente. El herpe flictenoides solo produce en general un dolor pruriginoso, ó la comezon que acompaña á la mayor parte de las erupciones herpéticas. Sin embargo, cuando hay muchas placas ó son muy estensas, pueden sobrevenir calentura ó una sensacion de malestar y diversos trastornos de los órganos digestivos, accidentes que algunas veces constituyen los prodromos, y duran uno ó dos dias.

*Diagnóstico.*—La reunion de vesículas numerosas sobre una superficie in-

flamada, y dispuestas por placas, caracteriza lo bastante la enfermedad para que nunca pueda confundirse con otra afeccion vesiculosa ó flictenoides.

*Etiología.*—Las causas son muy oscuras; sin embargo, el herpes flictenoides es mas comun en los climas calientes, y ataca sobre todo á los jóvenes. Dícese que sucede muchas veces á otra insolacion prolongada, á las vigilias ó á los escesos de régimen.

*Tratamiento.*—Es raro que la calentura sea bastante intensa para exigir el uso de la sangría; en general las bebidas diluentes y acídulas, algunos baños, las lociones narcóticas y emolientes al principio, y mas tarde alcalinas y resolutivas, son los únicos medios que deben emplearse contra esta enfermedad que es siempre benigna.

*Herpe iris.*—Esta forma, indicada la primera vez por Bateman, es muy rara, y se halla constituida por pequeños grupos de vesículas, rodeadas de cuatro anillos concéntricos, eritematosos y de diverso matiz, lo cual hace que los enfermos comparen á veces su erupcion á pequeñas escarapelas.

Esta forma ocupa con preferencia las partes prominentes, como los maleolos, ó bien la cara, las manos, los codos, los piés, los dedos y el cuello. La enfermedad empieza con manchitas circulares, formadas por zonas de diversos colores, y al segundo dia aparece ademas de estas manchas una vesícula que se rodea bien pronto de otras mas pequeñas. A los dos ó tres dias se aplana la vesícula central, se enturbia el líquido que contiene, y se distinguen entonces bien los cuatro anillos eritematosos; el mas interno tiene un color rojo gris; el segundo, blanco amarillento; el tercero, rojo subido, y el cuarto, en fin, un tinte rosado que se confunde poco á poco con el color de la piel, aunque no siempre son tan marcados estos matices. Todos estos anillos pueden cubrirse de vesículas, pero estas suelen desarrollarse especialmente en el primero. El herpe iris termina por descamacion hácia el décimo ó duodécimo dia.

Las causas del herpe iris son desconocidas; parece que se ha observado especialmente en los jóvenes de color rubio, y exige el mismo tratamiento que el *herpes circinatus.*

5.° *Herpe tonsurante.*—M. Cazenave ha hecho mencion en los *Anales de las enfermedades de la piel y de la sífilis*, en 1843, bajo el nombre de *herpe tonsurante*, de una variedad muy curiosa del *herpes circinatus*, conocida ya por Alibert, y perfectamente descrita por Mahon, el menor, con el nombre de *tiña tonsurante*, caracterizada por unas placas redondeadas, que tienen su asiento en los tegumentos del cráneo, y en las cuales la piel, desigual y llena de asperezas, está cubierta de cabellos partidos con mucha igualdad á una ó dos líneas por encima del epidermis, de modo que forma una verdadera tonsura, que tiene algunas veces la estension de un duro y aun mas. Estas tonsuras, que unas veces son únicas, y otras múltiples, tienen un desarrollo escéntrico y progresivo; asi, pues, vemos que en ciertos casos muchas de ellas se reunen, hasta el punto de invadir la mayor parte de la cabeza.

Segun resulta de las observaciones de Cazenave, esta enfermedad empieza por una erupcion de vesículas; pero este carácter es efímero, y en esto consiste sin duda, que nunca le he visto en los numerosos casos que he podido observar en el Hospital central, en el discurso del año en que estuve encargado del tratamiento de la tiña. En efecto, cuando la enfermedad cuenta ya algunos dias,

se encuentran placas tonsuradas afectadas de mas ó menos estension, cubiertas de restos agrisados pulverulentos, y semejantes á la harina muy menuda y de color azulado. Cuando se les desprende del cuero cabelludo, aparece este mas grueso y mas denso, rígido, duro, azulado y lleno de asperezas, que Mahon ha comparado con exactitud á la carne de gallina ó á la piel de perro marítimo. Dicho autor consideraba estas asperezas como formadas por la salida de los folículos que, alterada su estructura, no segregaban ya materia untuosa; por cuya razon los cabellos, secos y sin brillo, se rompian á algunas líneas de su orígen. M. Cazenave asegura que en gran número de casos, esto es, cuatro veces en cinco, ha encontrado á la par del herpes tonsurante discos de herpe cincinado desarrollados en puntos mas ó menos distantes del cuero cabelludo, pero que las mas de las veces se presentaban en el cuello y la frente: hecho importante que debe tenerse en cuenta, pues revela al parecer, la forma anatómica primitiva de la enfermedad que ataca al cuero cabelludo.

El herpe tonsurante tiene un curso lento: Mahon lo ha visto durar quince años, y es raro que dure menos de tres ó cuatro meses, pues tiene poca tendencia á terminar espontáneamente. Cuando se cura, la piel pierde su aspecto farináceo, adquiere suavidad, está mas igual, los cabellos crecen con rapidez, y poco despues es imposible reconocer el lugar ocupado por la enfermedad.

*Diagnóstico.*—Esta curiosa afeccion no puede ser confundida con ninguna otra del cuero cabelludo, y sobre todo no tiene la menor analogía con las afecciones pustulosas que mas adelante estudiaremos. La psoriaris, la lepra vulgar y el eczema escamoso, son tal vez las únicas enfermedades que pueden confundirse con ella. He aquí como establece su diagnóstico diferencial M. Cazenave, en su reciente *Tratado de las enfermedades del cuero cabelludo.* En la psoriasis y la lepra, dice, por redondeadas que sean, los discos de la segunda, sabemos que las escamas son anchas, muy secas, duras, blancas, y forman variados visos; los cabellos están arrancados á trechos, como arrastrados por la caida de las escamas, y los que quedan son delgados, escasos, incoloros y frágiles. En el herpe, por el contrario, solo hay una descamacion farinácea, pero continua, sin caida de pelo, y sí únicamente tonsura, pudiéndose advertir casi siempre la presencia del cabello, por corto que sea. Por otra parte, los discos de la lepra vulgar, escasos en el cuero cabelludo, y únicos que por un momento podrian inspirarnos algunas dudas, á causa de su forma redondeada, están en el centro. Por lo que respecta al eczema escamoso, por seco que sea, siempre hallaremos en alguna parte un poco de filtracion que le es peculiar, mientras que el herpe no ofrece indicio alguno de humedad; el eczema está dispuesto por placas irregulares, al paso que los discos del herpe son redondos. En fin, los productos escamoso-laminosos del eczema, son siempre blandos y amarillos, y no presentan analogía alguna con la descomposicion farinácea del herpe tonsurante.

*Pronóstico.*—El herpe tonsurante nunca es grave, ni nunca produce la alopesia; pero es rebelde, y no puede determinarse su duracion.

*Etiología.*—El herpe tonsurante puede afectar los diferentes puntos del cuerpo cabelludo, pero es mas comun encontrarlo en la parte posterior y la cara parietal. Apenas es conocido en los adultos, pues ataca casi esclusivamente en la primera y segunda infancia; por esta razon no es rara en los colegios. Esta afeccion parece ser contagiosa.

*Tratamiento.*—Nada se sabe aun de una manera exacta acerca del tratamiento. Los hermanos Mahon emplean la medicacion que mas adelante espondremos al hablar del *favus* ó afeccion favosa. M. Cazenave establece desde luego como principio, que deben desecharse por perjudiales todos los tópicos activos é irritantes. Las preparaciones que mejor resultado le han producido, son: 1.° una pomada hecha con ungüento citrino (dos partes), y brea (una parte); 2.° una pomada de tanino (de 20 á 40 granos por una onza de manteca); tambien ha preparado pomadas de sulfuro de cal: practica ademas frecuentes lociones con el agua de jabon, y prescribe algunos baños alcalinos.

Atendido el carácter contagioso de esta afeccion, es importante procurar que los gorros y peines de los enfermos no sirvan á ninguna otra persona; pero no parece necesario aislar enteramente á los pacientes.

*Naturaleza.*—En resúmen: la alteracion tan notable de los cabellos, la formacion de pequeños tumores sólidos en la superficie del dermis, la forma esterior de la enfermedad, su curso, su duracion, su incurabilidad casi absoluta cuando se abandona á sí misma, y su carácter contagioso, establecen diferencias muy grandes entre las afecciones herpéticas y la tiña tonsurante. Si solo me hubiera atenido á mis observaciones, no hubiera hecho de ella una variedad del herpe; pero como las de M. Cazenave, juez tan competente en la materia, no están conformes con las mias, he debido fiarme de su opinion mas bien que de la mia. Por esta razon he clasificado, á lo menos provisionalmente, esta enfermedad entre las afecciones vesiculosas.

¿En qué consiste esta afeccion, y cuál es su naturaleza? Es imposible contestar á esta pregunta de un modo exacto. Sin embargo, algunos micógrafos, entre los cuales se cuenta M. Gruby, han atribuido esta enfermedad á la presencia de un criptógamo, cuyo desarrollo en el interior del pelo, hace perder á este su elasticidad y cohesion; pero M. Cazenave no ha considerado oportuno aceptar aun esta opinion, y por mi parte creo deber imitar su reserva.

## *Del eczema.*

Sinonimia.—Herpe escamoso húmedo; herpe vivaz; sarna epidémica, etc., derivado de ἐκζέω *effervesco.*

La palabra *eczema*, usada por algunos antiguos para designar las inflamaciones flictenoideas ligeras, la reservó Willan para clasificar un género de las afecciones vesiculosas, caracterizado por la erupcion de vesículas muy pequeñas y aglomeradas en gran número sobre superficies generalmente anchas é irregulares; vesículas que en su mayor número, se rompen, y van seguidas de escoriaciones superficiales, de una exhalacion sero-purulenta, y de la formacion de escamas ó de caspa.

1.° El eczema se ha dividido desde el tiempo de Biett en *agudo* y *crónico.* El primero ofrece tres variedades principales, que son: el *simplex*, el *rubrum* y el *impetiginodes.*

*Eczema simplex.*—Esta forma aparece comunmente sin prodromos. Los enfermos esperimentan tan solo un prurito mas ó menos incómodo en un punto de la piel, que conserva su color natural, pero donde no tarda en distinguirse un gran número de vesículas pequeñitas, muy próximas unas á otras, y cuyo

aspecto es brillante á causa de la trasparencia de la serosidad que contienen. Algunas veces es preciso servirse de un lente para poder distinguirlas. El líquido se enturbia muy pronto, adquiere un tinte lechoso, reabsorbiéndose unas veces y derramándose otras por la rotura de la vesícula. En el primer caso se descama insensiblemente la epidermis, y en el segundo se forman escamitas que se desprenden sin dejar ningun vestigio sobre la piel. El prurito es el único síntoma incómodo que se observa. Casi nunca sobreviene ningun trastorno en la salud general, á no ser cuando el eczema es muy estenso, y ocupa simultánea ó sucesivamente la mayor parte de la superficie del cuerpo, como Biett lo ha observado muchas veces en los niños. En este caso hay calentura, sed, agitacion, insomnio, y varias alteraciones de los órganos digestivos. El eczema simplex recorre sus diversas fases en seis ó siete dias; pero como se forman en general muchas erupciones consecutivas, suele prolongarse dos ó tres septenarios, y aun mas.

2.° *Eczema rubrum.*—Esta forma es mas intensa que la anterior, y va acompañada muchas veces de prodromos. La piel donde brota la erupcion, está caliente, mas ó menos rubicunda, y afectada de un prurito intenso; las vesículas que se desarrollan en su superficie son sumamente pequeñas, pues el volúmen de las mayores no escede al de una cabecita de alfiler, y pierden su trasparencia á los dos ó tres dias. En los casos mas simples, el fluido se hace lactescente, se reabsorbe, la epidermis se esfolia, y la superficie de la piel conserva por algunos dias un tinte rojizo que se borra poco á poco. Sin embargo, casi siempre se rompen las vesículas, y se forman escoriaciones en la superficie inflamada, que exhala un fluido sero-purulento, el cual se concreta en forma de láminas delgadas y blandas, que se reproducen al momento que llegan á caerse. Tambien en general sobrevienen nuevas erupciones vesiculosas en los puntos primitivamente afectos, ó en los inmediatos; en cuyo caso termina el mal en dos ó tres septenarios, ó bien pasa al estado crónico.

3.° *Eczema impetiginodes.*—En esta variedad es mas viva la inflamacion; la piel está roja y tumefacta; las vesículas son confluentes y contienen un líquido sero-purulento, que se concreta muy pronto, y forma, no láminas, como el *eczema rubrum*, sino escamas ó costras amarillas, húmedas y blandas, que se sobreponen unas á otras, y al caer dejan al descubierto una superficie escoriada, por la cual fluye una serosidad rojiza; las escamas se renuevan fácilmente, y sobrevienen en general muchas erupciones sucesivas. Estas escamas se hacen cada vez mas delgadas, á medida que el mal progresa hácia la curacion. El eczema impetiginodes cesa á los veinte y cinco ó treinta dias, ó bien pasa al estado crónico. En suma, vemos, que el eczema impetiginodes es un grado mas avanzado del eczema rubrum, en el cual son trasparentes las vesículas y moderada la flegmasia cutánea, mientras que esta inflamacion es mas viva, y las vesículas mas gruesas y llenas de pus, en el impetiginodes. Estas dos formas suelen coexistir muchas veces en el mismo individuo; y de acuerdo con MM. Biett, Cazenave y Schedel, no creemos que, á ejemplo de MM. Rayer y Copland, deba considerarse el eczema impetiginodes como un eczema rubrum complicado con pústulas del impétigo.

El eczema rubrum, y sobre todo el impetiginodes, cuando son estensos, van acompañados de malestar, calentura moderada, pérdida de apetito, sed y diar-

rea. La piel que ha padecido la erupcion, conserva generalmente por mas ó menos tiempo un color pardusco, que persiste toda la vida en los viejos, y en los individuos cuya piel es naturalmente morena y seca.

*Eczema crónico.*—Este puede suceder á las tres formas que hemos indicado, y especialmente á las dos últimas. La piel está tensa, lustrosa, y ofrece una rubicundez viva, pareciéndose á veces á la superficie de un vejigatorio. Tambien presenta algunos puntos mas rojos, donde se halla escoriada, hendida, grietada, y como arañada, y la baña sin cesar un humor sero-purulento ó sero-sanguinolento, que impregna los vestidos, endureciéndolos muchas veces, á la manera del almidon. Unos dicen que esta secrecion la suministra esclusivamente el dermis alterado; mas, segun Biett, proviene por el contrario de la rotura de las vesículas que continúan formándose en la superficie enferma. Este autor conviene, no obstante, en que suele ser difícil reconocer las vesículas, porque la epidermis que las forma es sumamente delgada, lo cual esplica la rapidez de su curso, el que se rompan prematuramente, y la dificultad que hay para distinguirlas. Sea de esto lo que quiera, el líquido se concreta y forma escamas húmedas, amarillentas y gruesas, que se desprenden y reproducen muy pronto. Todos los enfermos sienten en la parte afectada de eczema, un ardor vivo, y un prurito que suele aumentarse con el calor artificial, la permanencia en cama, la comida, y sobre todo con la ingestion de licores alcohólicos, y otros escitantes difusivos. El prurito puede ser tan considerable, que no puedan los pacientes resistir al deseo de rascarse. Los enfermos se desuellan con las uñas, y las superficies enfermas sangran en abundancia, lo cual suele producir un alivio pasagero. El prurito es un síntoma que rara vez falta en el eczema, sobre todo en su forma crónica.

Cuando la enfermedad dura mucho tiempo, se engruesa el dermis, y se infartan los ganglios linfáticos inmediatos. Es raro que sobrevengan síntomas generales de gravedad, aun cuando sea estenso el eczema. Las principales alteraciones que suelen observarse, son un poco de enflaquecimiento, rara vez calentura, insomnio, diarrea, y á veces una inflamacion aftosa de la boca.

Es sumamente raro que el eczema termine por la muerte, á no ser en los viejos debilitados, y á consecuencia de alguna complicacion. En otros casos, tambien muy poco frecuentes, la erupcion eczematosa ha curado ciertas afecciones antiguas mas ó menos graves; Biett parece haber observado muchos ejemplos de este género.

La duracion es ilimitada, pudiendo persistir muchos meses, y aun años enteros. Cuando se verifica la curacion, se va estrechando la superficie enferma de la circunferencia al centro; las escamas se hacen menores, delgadas y menos húmedas, y desaparece la exhalacion serosa. Por último, la piel recobra al fin todas sus propiedades, despues de estar lisa y rojiza por un tiempo mas ó menos considerable, pero siempre conserva en lo sucesivo un color anormal. El eczema es una de las enfermedades que recidivan con mas frecuencia, ya sea en el punto primitivamente afecto, ó en cualquiera otra parte de la piel.

Para completar la historia del eczema, fáltanos indicar las modificaciones particulares que sufre la erupcion, segun los puntos del cuerpo que afecta.

1.° *Eczema del cuero cabelludo.*—Cuando la erupcion ocupa el cuero cabelludo, lo invade generalmente en su totalidad, y muchas veces se propaga á

la cara. La comezon es viva, la secrecion sero-purulenta muy abundante, y exhala un olor nauseabundo. Cuando esta se concreta, forma escamas que se adhieren á los cabellos, las cuales, húmedas al principio, se desecan despues, y caen en forma de láminas furfuráceas. En algunos casos las escamas del eczema presentan una disposicion especial y tan notable, que Alibert hizo de ella una variedad á parte que denominó *tiña amiantácea*, porque dichas escamas tienen entonces la blancura del amianto. En esta forma de la enfermedad, los cabellos, pegados en mechoncitos, están rodeados de un estuche blanquizco mas ó menos largo, que parece conglutinarlos á su salida, y continuar con ellos á medida que crecen. El cuero cabelludo está sembrado de estos mechones, reunidos á diferentes alturas por esas pequeñas vainas, que secándose cada vez mas, y adquiriendo un color cada vez mas blanco, imprimen al cabello un aspecto especial (Cazenave). Sucede, en fin, algunas veces que apenas hay líquido, y solo se encuentran láminas blancas y furfuráceas; y si no se advirtiese de tiempo en tiempo una superficie un poco húmeda, podria llegar el caso de desconocer la verdadera naturaleza de la afeccion. La forma escamosa puede ser primitiva, pero, no obstante, casi siempre es consecutiva. Cuando el eczema del cuero cabelludo es crónico, se infartan los ganglios cervicales y sub-maxilares, y se caen los cabellos; pero no habiendo los bulbos sufrido alteracion alguna, esta alopecia no es mas que momentánea. La inflamacion crónica del cuero cabelludo llega á producir, como lo ha observado Biett, una tension tal de la piel del rostro, que tira de las facciones hácia arriba y atrás.

2.° *Eczema de la cara.*—No hay tal vez parte alguna del cuerpo que padezca con tanta frecuencia el eczema como las orejas, especialmente en las mujeres. La tumefaccion puede ser tan considerable, que obstruyendo el conducto auditivo, disminuya ó imposibilite la audicion. Esta flegmasia se estiende á veces hasta el conducto auditivo interno, á la trompa de Eustaquio y la faringe. El eczema puede tambien presentarse parcialmente en los párpados, en los labios y las alas de la nariz; la erupcion suele reproducirse en todos estos casos, en la membrana mucosa inmediata. El eczema de los párpados determina algunas veces un ectropion.

3.° *Ezcema de los órganos genitales.*—La erupcion eczematosa ocupa en el hombre el péne, el escroto, la parte superior é interna de los muslos, y puede ocasionar el priapismo. En la mujer se la observa en el monte de Venus, en los grandes y pequeños labios; puede propagarse á la entrada de la vagina, al clítoris y al meato urinario. La comezon y el prurito que la acompañan suelen ser intolerables. La escitacion continua en que se hallan los órganos genitales, ocasiona algunas veces la ninfomanía, inspirando á muchas jóvenes inocentes la idea de la masturbacion. Por último, en la mujer tambien se desarrolla el eczema en las mamas, ocupando con preferencia el pezon y su areola. La enfermedad es generalmente entonces muy rebelde. En uno y otro sexo puede igualmente presentarse un eczema muy incómodo en la circunferencia del ano.

El eczema de los miembros no ofrece ninguna particularidad digna de mencionarse.

*Diagnóstico.*—El eczema puede confundirse con muchas enfermedades de la piel, especialmente con la sarna, el impétigo, el ponfolix diutinus, el lichen agrius y el psoriasis: pero hablaremos del diagnóstico diferencial de estas en-

fermedades, al tratar de cada una de ellas. El eczema podria tambien confundirse con el herpe flictenoides; pero las vesículas en este se hallan colocadas por grupos y diseminadas; y aunque es verdad que esta misma disposicion existe á veces en el eczema, las vesículas en este caso son mucho mas pequeñas, apenas forman prominencia, y van seguidas de descamacion, mientras que en el herpe son mayores, globulosas y perladas, y la descamacion es poco notable.

*Pronóstico.*—El eczema, sobre todo el agudo, es enfermedad leve; pero cuando es crónico constituye una afeccion muy incómoda y de duracion indeterminada. El eczema rubrum y el impetiginodes son mas peligrosos que la forma simple; en el cuero cabelludo el eczema escamoso es el mas rebelde. El pronóstico seria grave si el eczema llegara á invadir casi toda la superficie del cuerpo, y se complicase con alguna lesion visceral. Es dudoso que alguna vez constituya un beneficio de la naturaleza, y que se le deba respetar, pues en realidad es una enfermedad muy incómoda y de la cual casi siempre es ventajoso curarse; las escepciones de este modo de considerar el mal, son, en efecto, muy escasas.

*Etiología.*—El eczema depende muchas veces de causas directas, tales como las fricciones secas, ó hechas con sustancias mas ó menos irritantes: el uso de ciertas pomadas, ó bien el abuso que hacen del peine muchas mujeres en sus adornos de la cabeza, son una causa no menos poderosa del eczema del cuero cabelludo. Tambien se observa con frecuencia esta erupcion en las manos y los antebrazos de los individuos, que por la profesion que ejercen, se ven obligados á esponer estas partes á la accion de sustancias irritantes. Puede resultar de la falta de limpieza; esto es lo que sucede principalmente en el eczema de las partes genitales y del cuero cabelludo. La erupcion eczematosa suele suceder tambien á la irritacion que producen en la piel los flujos crónicos. La esposicion prolongada á los rayos del sol suele determinar en las partes habitualmente descubiertas una erupcion vesiculosa, que participa á la vez de los caracteres del eczema simplex y del eczema rubrum, variedad á la cual da Willan el nombre de *eczema solar*, en razon de la causa especial que la produce. El eczema es otras veces espontáneo, en cuyo caso se observa mas á menudo en la mujer que en el hombre, y durante la primavera ó el verano mas que en las demás estaciones. Las vicisitudes atmosféricas provocan muchas veces la primera aparicion del mal, lo agravan cuando ya existe, ó aumentan por lo menos el prurito. Algunas veces sobreviene de un modo repentino, á causa de una impresion moral viva. El eczema nunca es contagioso. Biett y M. Baumes dicen sin embargo, haber visto muchas veces trasmitirse la enfermedad por el cóito de un individuo á otro; pero esto puede esplicarse por la naturaleza acre del flujo, sin necesidad de recurrir á un principio contagioso.

Hemos visto anteriormente que el eczema podia presentarse en todos los puntos de la piel, pero es, sin embargo, mas comun en las partes sembradas de vello donde mas abundan los folículos sebáceos, tales como el pubis, las ingles, las axilas, el escroto, la vulva y el cuero cabelludo.

*Asiento anatómico.*—Se ha discutido mucho sobre el asiento anatómico del mal, que algunas personas localizan en los folículos sebáceos; pero otras, y entre ellas Biett, consideran con razon el eczema como una inflamacion de la

capa superficial del dermis llamada membrana vascular de Eichhorn, y que parece estar destinada á segregar la epidermis.

*Tratamiento.*—Cuando el eczema es simple, debemos limitarnos á prescribir interiormente las bebidas refrigerantes acídulas y exteriormente las lociones mucilaginosas y narcóticas, las cataplasmas de fécula (no conviene la simiente de lino) y los baños tibios, aunque estos últimos aumentan algunas veces el prurito, y es preciso suspenderlos; en este caso conviene hacerlos alcalinos. El eczema rubrum y el impetiginodes exigen tambien el mismo tratamiento; sin embargo, cuando la enfermedad ocupa una gran superficie y á la mucha inflamacion de la piel acompaña un estado febril, puede ser útil la sangría general; y si la flegmasía escediese ciertos límites, convendria aplicar en sus inmediaciones algunas sanguijuelas, ó ventosas escarificadas. En este período agudo, los baños tibios mucilaginosos, y las cataplasmas emolientes son los únicos medios que pueden procurar algun alivio, proscribiendo las preparaciones sulfurosas y las pomadas mercuriales, de que tanto abuso suele hacerse, pues no convienen en dicho período.

Cuando el eczema es crónico, debe insistirse como en el caso anterior, en los baños tibios, alcalinos y gelatinosos; prescribir las limonadas minerales y las bebidas hechas alcalinas con la adicion de media á una dracma de subcarbonato de sosa por dos cuartillos de líquido, y administrar los laxantes si el tubo digestivo está sano. Si estos medios fuesen inútiles puede recurrirse á las aguas sulfurosas naturales de Enghien, Bareges, Cauterets, de Bagneres-de-Luchon, etc., administrándolas interiormente á la dosis de uno, dos ó tres vasos por dia, ó bien simultáneamente en forma de baños y chorros. Los baños sulfurosos pueden prepararse directamente echando en cada baño de 2 á 3 onzas de sulfuro de potasa. Estos baños producen á veces una escitacion viva, y conviene, especialmente al principio, hacerlos alternar con baños simples, gelatinosos ó almidonados. En otros casos pueden reemplazarse los baños sulfurosos con chorros de vapor acuoso ó sulfuroso. Tambien se aconseja el uso de muchos tópicos, siendo los principales las pomadas de alumbre, el acetato de plomo, el alcanfor, la belladona, el opio, la brea ($^1/_2$ á 3 dracmas para 1 onza de manteca, con alcanfor ó sin él, 2 á 20 granos), el hollin, los proto y deuto-ioduro de mercurio (10 á 12 granos por onza de manteca) y por último, el bismuto y los calomelanos (1 dracma por onza de manteca): esta última nos ha parecido muy útil en muchos casos, y puede añadírsele un poco de alcanfor para calmar el prurito. Tambien se ha tratado de modificar la vitalidad de la superficie enferma cubriéndola con un vejigatorio, ó cauterizándola con el nitrato de plata ó el ácido hidroclórico; pero estos medios son casi siempre mas perjudiciales que útiles. Por último, hay algunos eczemas que resisten á todas las medicaciones, y en estos casos que se han mostrado tan rebeldes á la terapéutica, se han prescrito al interior los medios empíricos, como la tintura de cantáridas y las preparaciones arsenicales. Biett administra la solucion de Fowler, que puede darse á la dosis de dos ó tres gotas por dia, aumentándola progresivamente, pero sin pasar de quince; y la de Pearson y la de arseniato de amoniaco, mas útil para las personas delicadas, que se prescribe á la dosis de veinte gotas á una dracma; pero la eficacia de estos medios no se halla todavía suficientemente demostrada. Cuando nos decidimos á usar las preparaciones arseni-

cales, es preciso vigilar mucho á los enfermos. En algunos casos ha bastado cambiar de régimen, de costumbres y de clima para curarse de eczemas refractorios á los demás medios terapéuticos.

El tratamiento es el mismo, sea cual fuere la region del cuerpo ocupada por el eczema. Hay, sin embargo, algunos casos en que deben tomarse ciertas precaucines especiales. Asi, cuando la enfermedad reside por ejemplo en la oreja, y va acompañada de tumefaccion de la entrada y del conducto auditivo esterno, debe prevenirse la oclusion de esta abertura introduciendo en ella una mecha de lienzo ó un pedacito de esponja preparada. Si el eczema ataca al cuero cabelludo, puede ser necesario cortar los cabellos, á fin de facilitar la aplicacion de los tópicos; pero nunca está indicado rapar la cabeza.

Cuando el eczema es antiguo, seria tal vez peligroso suprimirlo de pronto. Deberemos, por consiguiente, establecer un exutorio, si no permanente al menos por una temporada. Por último, si el enfermo es viejo, y el eczema cuenta muchos años, y fuere, por otra parte, poco molesto, bastará prescribir medios paliativos y abstenerse especialmente de los violentos remedios que acabamos de indicar, y que pudieran ser perjudiciales.

## INFLAMACIONES FLICTENOSAS.

Las inflamaciones flictenosas de la piel están caracterizadas por tumores comunmente trasparentes, llenos de un líquido seroso ó sero-purulento derramado debajo de la epidermis, y cuyo volúmen varía entre el de un guisante y un huevo de ganso. Estos tumores, á los que se da el nombre de *ampollas* ó *flictenas*, están formadas del mismo modo que las vesículas, de las que solo se diferencian por su mayor volúmen. Ya hemos visto algunas flictenas desarrollarse en la superficie de ciertas erisipelas ó en ciertos herpes (la zona), y eczemas. El mismo efecto producen tambien los vejigatorios y las quemaduras de segundo grado. Pero aquí solo nos ocuparemos de las inflamaciones flictenosas propiamente dichas, que son dos únicamente: el *pénfigo* y la *rupia*.

### *Del pénfigo ó ponfolix.*

El pénfigo (ρυπφς *flictena*), es una enfermedad de la piel, caracterizada por la formacion de una ó muchas ampollas que se desgarran fácilmente, y terminan por la efusion del líquido que contienen, y por la formacion de escoriaciones superficiales ó de costras delgadas, á cuya caida suceden unas manchas que duran un tiempo mas ó menos largo.

*Divisiones.*—Sin razon consideran Willan y Bateman el pénfigo como una afeccion siempre crónica; pues las observaciones completas de Gilibert, autor de una escelente monografía, y las mas recientes que han publicado en sus tratados de las enfermedades cutáneas, MM. Rayer, Cazenave, Schedel y Baumes, nos inducen á admitir dos especies principales de pénfigo, una *aguda* y otra *crónica*.

1.° *Pénfigo agudo.*—El pénfigo puede ir precedido uno, dos ó tres dias de malestar, inapetencia, calentura y prurito. Despues aparecen en la superficie de la piel un número mas ó menos considerable de manchas de diversos diámetros, eritematosas y redondeadas, y en cuyo centro no tarda en elevarse la epidermis,

formando una flictena que puede ocupar toda la mancha, aunque las mas veces no llega á interesar el limbo de esta, el cual forma alrededor del tumor una areola rubicunda acompañada de calor y comezon puriginosos. Estas manchas son constantes, y no hay razon para decir (como se ha dicho) lo contrario: esta diversidad de opiniones se esplica por el curso del mal, que, en efecto, no siempre es idéntico. A veces la rubicundez y las flictenas son casi simultáneas, ó se hallan al menos apenas separadas por el intervalo de una ó dos horas, y nada tiene de estraño en estos casos que la rubicundez pase desapercibida. Aunque no todas las manchas se cubren de flictenas, tal vez nunca sucede que la epidermis deje de elevarse mas ó menos, de lo cual es fácil convencerse pasando un dedo por encima de estas placas, pues se percibe una prominencia, que si se frota ligeramente, se separa la epidermis y se humedece la yema del dedo. La flictena que caracteriza el pénfigo, es del volúmen de un guisante ó de una avellana gruesa. Cuando se reunen muchas de ellas, forman una gran ampolla que tiene la forma y el volúmen de un huevo de ganso, y á veces adquiere el mismo volúmen una sola. La flictena del pénfigo es redondeada, globulosa, trasparente, y se parece á la elevacion de la epidermis ocasionada por una quemadura de segundo grado ó por los vejigatorios. El líquido que contiene es alcalino, de color citrino, volviéndose despues rojizo, albuminoso, inodoro y fétido en algunos casos. A los dos ó tres dias, mas ó menos, las flictenas se arrugan, marchitan y desgarran; el líquido unido á la epidermis forma bien pronto costras delgadas y negruzcas; otras veces es solo la epidermis la que se desprende en láminas delgadas. En este momento, el calor, el prurito y la rubicundez van disminuyendo hasta que cesan del todo, y se reproduce, en fin, una nueva epidermis, pero quedando en el punto que ocupaba la flictena una mancha de color de heces de vino ó de un rojo oscuro, de forma irregular, la cual se esfolia de vez en cuando, y puede persistir mucho tiempo. El número de flictenas es muy variable; ocupan generalmente una gran superficie, y aun todo el cuerpo puede hallarse invadido, aunque este caso es sumamente raro; tambien algunas veces no existe mas que una sola flictena (*pomfolix solitarius* de Willan). Entonces se ve muchas veces aparecer una nueva flictena cerca de la primera, dos ó tres dias despues, y que sigue el mismo curso que ella; tambien pueden formarse de este modo erupciones sucesivas durante ocho ó diez dias. No hay parte ninguna de la piel que se halle exenta de la erupcion; rara en la cara, en los piés, las manos y partes genitales, se observa especialmente en el tronco y en los miembros superiores é inferiores.

En general el pénfigo no va acompañado de síntomas generales, ó estos son al menos muy benignos. Su duracion varía entre uno y tres septenarios, á causa de las erupciones sucesivas que se verifican; pero cada una de las flictenas dura por término medio siete dias.

*Pénfigo crónico* (*Pompholix diutinus* de Willan).—El pénfigo crónico es mucho mas frecuente que el agudo. Despues de algunos dias de malestar, de inapetencia, de calentura y prurito, y á veces sin que haya prodromos, se desarrollan como en el caso anterior, unas manchitas rubicundas sobre las cuales aparece una flictena. Esta, que tiene á los cinco dias el grosor de un guisante, adquiere bien pronto el volúmen de una avellana, de una nuez ó de un huevo, y el líquido que contiene, trasparente al principio, no tarda en volverse rojizo.

Hácia el segundo, tercero ó cuarto dia se desgarran las flictenas, la epidermis se arrolla sobre sí misma y se percibe una superficie roja y dolorosa. Las flictenas que se hallan todavía intactas en esta época, están deprimidas y arrugadas, y la epidermis opaca, macerada y reblandecida. En estos dos casos se forman costras parduscas, amarillas ó agrisadas, planas ó convexas en el centro, y cuando llegan á caerse todavía se encuentra escoriada la piel, ó solo una mancha de color de heces de vino que persiste largo tiempo. No obstante, al lado de las flictenas que terminan, nacen otras y siguen el mismo curso que las primeras; de este modo pueden verificarse un gran número de erupciones sucesivas durante meses y aun años, ora irregularmente sobre toda la superficie del cuerpo, ó bien solamente en una parte, como el tronco ó un miembro. En todas las erupciones sucesivas se reproducen los mismos fenómenos locales, aunque á veces faltan en ellas las manchas eritematosas. Estas diferentes erupciones tambien pueden verificarse sin accidentes generales; pero hay casos en que cada una de ellas va precedida y acompañada de síntomas mas ó menos agudos, como cefalalgia, inapetencia y calentura. Cuando el pénfigo está limitado á una parte, los enfermos pueden levantarse y entregarse á sus ocupaciones; pero si la erupcion es general ó al menos muy estensa, es imposible todo ejercicio, por el malestar y la comezon que existen; la mayor parte de los enfermos guardan cama aunque no tengan calentura. Cuando la enfermedad se prolonga, enflaquecen y se deterioran; los miembros se infiltran, se establece una diarrea colicuativa, y la muerte sobreviene á consecuencia de estas complicaciones. Las flegmasias de las membranas mucosas, especialmente de la gastro-intestinal, son tan comunes, que Gilibert las considera como uno de los clementos del pénfigo.

*Anatomía patológica.*—Dícese haber encontrado en los cadáveres flictenas en algunas membranas mucosas, como las de la vulva, boca y faringe; pero estas partes se hallan pálidas las mas veces; casi siempre está reblandecida la mucosa intestinal, y hasta ulcerada. Muchas veces se ha encontrado la degeneracion adiposa del hígado (Biett y Cazenave), y la sangre parecida por su aspecto á grosella subida de color (Gilibert).

*Diagnóstico.*—El pénfigo es fácil de conocer. Mas adelante veremos en lo que se diferencia de la rupia, del ectima y del impétigo. Las flictenas que se observan en la erisipela no pueden confundirse con un pénfigo verdadero, si se atiende á la naturaleza del exantema que las acompaña. Inútil es recordar aquí lo mucho que se diferencia el pénfigo del herpe; sin embargo, se han visto casos en que las flictenas del primero, que son en general gruesas y aisladas, se presentaban pequeñas, aproximadas unas á otras, y acompañadas de alguna rubicundez eritematosa, en cuyo caso seria bastante difícil distinguir al pronto esta enfermedad de un herpe, si no existiesen casi siempre algunas flictenas en otros puntos, con los caracteres propios del pénfigo.

Este no es raro en los recien nacidos, pues se desarrolla durante la vida intrauterina, ó algunos dias despues del nacimieuto, y ocupa casi esclusivamente en ellos las palmas de las manos y las plantas de los piés. Las flictenas contienen un líquido sero-purulento, y tienen una areola violácea. Algunos observadores, y especialmente M. Pablo Dubois, atribuyen á esta erupcion infantil una importancia que no tiene en el adulto; en efecto, la consideran como anuncio co-

mun de la existencia de una infeccion sifilítica. Esta opinion, espuesta tambien en 1851 á la Academia de Medicina, por este célebre catedrático de obstetricia, ha tenido algunos adversarios; esto, no obstante, cuenta en su favor con hechos bastante numerososos, para producir, sino una entera conviccion, á lo menos para escitar toda la atencion de los médicos. Apélase en defensa del orígen sifilítico del pénfigo de los recien nacidos, á muchos géneros de pruebas: primero, la coexisiencia del pénfigo en los antecedentes de infeccion en los padres, y luego la muerte frecuente de los hijos; lo cual no hallándose en armonía con la apariencia tan benigna de la erupcion, induce á creer que el organismo está profundamente alterado por una causa general. Esta, por lo demás, no siempre puede reconocerse por el estado esterior de los niños, porque si algunas veces aparecen débilmente constituidos y flacos, no es raro ver otros, que, por el contrario, presentan toda la esterioridad de una buena constitucion. Algunos de estos niños se curan por los medios mas sencillos, y nunca presentan en lo sucesivo síntoma alguno de infeccion; de esto es preciso deducir que el pénfigo en los recien nacidos no es un indicio seguro de sífilis; puede, si, inducir á sospechas, pero no suministra una certidumbre.

*Pronóstico.*—El pénfigo agudo termina siempre favorablemente, á no ser que haya alguna complicacion. El crónico anuncia por lo comun un mal estado de la economía, y aunque poco grave por sí solo, llega á serlo á causa de las afecciones viscerales que lo complican, y que se desarrollan con mayor facilidad á medida que los individuos están mas debilitados por la edad y las privaciones.

De lo que acabamos de decir resulta evidentemente que la existencia del pénfigo en un recien nacido, debe hacer formar un pronóstico grave, puesto que muchos niños sucumben.

*Etiología.*—Ignóranse casi completamente las causas del pénfigo. Aunque no sea especial de ningun país, se le tiene por mas comun en Alemania, Inglaterra y Francia. Esta enfermedad parece ser mas frecuente en el hombre que en la mujer. El pénfigo agudo ataca especialmente á los jóvenes, y no es raro observarlo, como ya hemos dicho, en los recien nacidos.

El pénfigo crónico ataca con especialidad á los viejos y á las personas debilitadas por enfermedades crónicas, por la miseria, los escesos venéreos y las privaciones. El pénfigo no es contagioso, y se le ha visto reinar epidémicamente.

*Tratamiento.*—El pénfigo agudo cede generalmente con facilidad al uso de bebidas acídulas y diluentes, al de algunos baños tibios y lociones narcóticas. La sangría rara vez está indicada; pero es ciertamente ventajoso operar una ligera revulsion en el tubo intestinal, administrando algunos minorativos.

Las aplicaciones emolientes y los baños son útiles especialmente en el primer período del pénfigo, esto es, en el período que pudiéramos llamar eritematoso. Pero cuando las flictenas están bien formadas, y la epidermis aparece tensa, debemos temer el ablandarla demasiado y operar su rompimiento prematuro, ya por este medio, ya por frotaciones intempestivas. Las costras que suceden á las flictenas ningun tratamiento especial exigen; pero si tardan en caer, si producen una tension ó una tirantez incómoda, provocaremos su caida mediante la aplicacion de cataplasmas emolientes.

Las erosiones consecutivas serán objeto de diferentes tratamientos, atendido

su aspecto y el estado constitucional de los pacientes. Cuando son simples, y no se complican con inflamacion ni dolores agudos, nos limitaremos segun el consejo de M. Baumés, á espolvorearlas con algun polvo absorbente, de harina de cebada, de trigo, etc. Si son dolorosas y están inflamadas, las curaremos con cocimientos ó con pomadas emolientes y narcóticas, y si su superficie es cárdena ó violada y sanguinolenta, se promoverá en ella una escitacion por medio de la quina pulverizada ó en cocimiento, del vino aromático, del agua clorurada, del estoraque, etc.

El pénfigo crónico suele exigir un tratamiento general; como se complica comunmente con un mal estado de la constitucion, es preciso no prodigar las emisiones sanguíneas, y recurrir con preferencia á los tónicos; el vino, la quina, el hierro y los amargos son muy útiles en semejantes casos. Los baños alcalinos están igualmente muy recomendados.

El pénfigo del recien nacido deberá hacernos examinar los antecedentes sifilíticos de los padres. Si, como sucede algunas veces, una mujer pariese sucesivamente hijos vivos ó muertos, y atacados de pénfigo, tal vez seria preciso resolverse á someter á un tratamiento anti-sifilítico el padre ó la madre, ó los dos á la vez, si habia algun motivo para creer que existia una infeccion antigua, que hubiese sido incompletamente tratada. Inútil es decir que en tal caso conviene obrar con la mayor reserva y con toda la circunspeccion posible, á fin de no causar la inquietud de las familias.

## *De la rupia.*

Dase el nombre de *rupia* (de ρυπος, *suciedad*), á una enfermedad caracterizada por la erupcion de flictenas aisladas, aplanadas y llenas de un líquido al principio seroso, y despues purulento ó sanguinolento, que se concreta en forma de costras negruzcas y gruesas, á las que suceden ulceraciones mas ó menos profundas.

*Síntomas y divisiones.*—Distínguense tres especies de rúpia, que solo se diferencian por la estension é intensidad del mal, que son: la *rupia simplex*, *proeminens* y *escarrótica*.

En la *rupia simplex* se desarrollan sin prévia inflamacion de la piel algunas flictenas, casi todas del diámetro de una peseta, aplanadas como ya hemos dicho, y llenas de un líquido seroso, el cual se vuelve bien pronto puriforme y sanguinolento, concretándose en forma de costras negruzcas ó grises, rugosas, mas gruesas en su centro, y que se continúan por su circunferencia con la epidermis, que está ligeramente elevada. Cuando se las desprende, se encuentran debajo de ellas algunas ulceraciones que se cicatrizan prontamente, y que otras veces se cubren de nuevas costras. Por último, terminada la cicatrizacion, conserva la piel por mucho tiempo un tinte rojo lívido. La *rupia simplex* ocupa casi esclusivamente los miembros inferiores, y muy rara vez el tronco ó las estremidades superiores.

La *rupia proeminens* empieza por una inflamacion circunscrita de la piel en la cual aparece la flictena. Esta forma difiere tambien de la precedente por la mayor estension de las ampollas, por el grosor y aspecto de la costra, que es de un gris negruzco, rugosa y desigual, habiendo sido comparada con razon á la es-

cama de las ostras, y á la de los moluscos univalvos llamados *lapas*. Esta costra suele adherirse íntimamente al dermis, y al separarla se encuentra una solucion de continuidad bastante parecida á las úlceras atónicas ó de mal carácter, cuya cicatrizacion tarda á veces mucho en verificarse.

Por último, la tercera variedad de la rupia es llamada por Willan *escarrótica*, y corresponde á la afeccion que otros describen con el nombre de *pemphygus gangrenosus*. Unicamente se la observa en los niños desde el nacimiento hasta la primera denticion, y empieza por manchas lívidas y prominentes en las que se forman flictenas irregulares, llenas de un líquido negruzco y rodeadas de una areola violada. Cuando estas flictenas se rompen dejan al descubierto ulceraciones dolorosas, fungosas y sanguinolentas, que suministran una supuracion fétida.

*Diagnóstico.*—Mas adelante veremos lo mucho que se parece la rupia al ectyma, pues algunos autores consideran estas enfermedades como variedades de una misma afeccion. La rupia se diferencia del pénfigo en que las flictenas rara vez contienen una serosidad trasparente, pues, en efecto, el líquido que encierran es al principio casi siempre rojizo ú opaco. En fin, las ulceraciones, y sobre todo el aspecto de las costras, establecen caracteres distintivos suficientes entre ambas afecciones.

*Pronóstico.*—La rupia no es por sí sola grave; aunque la escarrótica que ataca á los niños puede ocasionar algunos accidentes: el pronóstico por lo demás debe basarse en el estado de las fuerzas, y en el número y la estension de las ulceraciones.

*Etiología.*—Apenas suele observarse mas que en los niños ó en los viejos, y generalmente en los individuos debilitados y caquécticos.

*Tratamiento.*—La primera indicacion consiste en sostener y aumentar las fuerzas del enfermo, mejorando su constitucion. Debe procurarse la caida de las costras por medio de cataplasmas y baños; lavar despues las úlceras con líquidos detergentes clorurados, y curarlas con ungüentos digestivos. Muchas veces en fin será preciso modificar la vitalidad de las superficies por medio de la cauterizacion. Biett empleaba con buen éxito la pomada de proto y deutoyoduro de mercurio.

## INFLAMACIONES PUSTULOSAS.

Dáse el nombre de *pústulas* á unos pequeños tumores circunscritos, del diámetro de media á cuatro líneas, formados por un derrame de líquido purulento que eleva el epidermis. Este fluido puede ser reabsorbido, pero las mas veces se concreta en forma de costras, de las que muchas tienen caracteres particulares. El dermis, á cuyo nivel se ha desarrollado la pústula, puede endurecerse ó ulcerarse, resultando entonces con frecuencia manchas ó cicatrices indelebles.

Las inflamaciones pustulosas son seis, á saber: la *viruela*, la *vacuna*, el *acné*, la *mentagra*, el *impétigo* y el *ectyma*. Aquí solo trataremos de las cuatro últimas, porque ya hemos hablado de la vacuna y las viruelas, y nos ocuparemos al estudiar las afecciones virulentas, de las pústulas producidas por el virus sifilítico. Las enfermedades pustulosas pueden ser agudas y crónicas. En las

primeras, las pústulas son generalmente mas gruesas y tienen su base inflamada: á estas las llama Willan *flizacieas*; las segundas, por el contrario, son mas pequeñas, no hay inflamacion en su circunferencia, y han sido denominadas por el mismo autor *psidráceas*.

### *Del acné.*

La palabra *acné* (de ακμν *vigor*), usada por Aecio y Sauvages, fue consagrada por Willan y Biett para designar una flegmasia de los folículos sebáceos, caracterizada por pústulas poco estensas, separadas unas de otras y rodeadas de una areola rosada ó lívida, mas ó menos duras en su base, que ocupan las mejillas, la nariz, la frente, y á veces el cuello y tronco.

*Divisiones.*—Los dermatólogos admiten cuatro especies de acné, que son *simplex, indurata, rosacea* y *sebacea*.

*Síntomas.*—1.° *Acné simplex.*—En el *acné simplex* se observa al principio cierto número de puntos rojos y duros, que aumentan poco á poco de volúmen, y se vuelven pustulosos á los cuatro ú ocho dias, y algunas veces mas tarde. Una vez formadas las pústulas se elevan en punta; su base está rodeada de una areola rojiza; no hay alteracion alguna de la salud, y aun suelen no producir ningun síntoma local, á no ser en ciertos casos un ligero prurito. Su número varía mucho; pueden existir únicamente dos ó tres, ó cubrirse de ellas toda la cara ó el dorso. En su centro aparece bien pronto un punto amarillento; se desecan, y se forma una costra que deja á su caida un punto rojizo, y á veces una cicatriz blanquecina é indeleble.

En el acné *simplex* debe incluirse la forma que Willan llama *punctata*, á causa de los puntitos negros que se observan, dependientes de la acumulacion de la materia sebácea en los folículos de la piel. Por último, Biett propone referir tambien á esta especie de acné, la inflamacion simple del folículo, que produce un aumento de secrecion, la cual, ora fluye al esterior dando á la piel un aspecto oleoso, ora es retenida en el folículo, al que dilata: esta es el *acné sebacea*.

M. Cazenave ha descrito en estos últimos tiempos con algun esmero el *acne sebacea* del cuero cabelludo. Segun este inteligente observador, la enfermedad en su forma mas sencilla, solo está constituida por la secrecion de una materia grasa, que se concreta en forma de escamas amarillas ó negras, debajo de las cuales, la piel húmeda y grasienta adquiere un color ligeramente rojo. Esta concrecion es á veces en estremo compacta, y resiste á la accion del peine; circunstancia que esplica el por qué caen los cabellos, y tambien el por qué puede resultar de esto una alopecia incurable, cuando la costra, oponiéndose á la caida del cabello, concluye de este modo por ocasionar la atrofia del bulbo. El *acné sebacea* ataca pocas veces á todo el cuero cabelludo, pues casi siempre se circunscribe á ciertas regiones, especialmente á la parte anterior y media, y posteriormente en la reunion de las rayas del peinado. En una forma mas grave de la enfermedad, la materia grasa, en lugar de estenderse y endurecerse, sobre el cráneo, se derrama sobre los cabellos, los conglutina, y concluye enredándolos de tal modo, que constituye esa enfermedad tan rara, conocida con el nombre de *plica*, acerca de la cual se han publicado las mas increibles exageraciones.

2.° En el *acné indurata* las pústulas son mayores, mas numerosas y con-

fluentes que las anteriores, de forma irregular, cónicas, indolentes y de un color violado; la piel está dura en todo su espesor; la supuracion se establece lentamente, y en fin, cuando cae la costra que se ha formado, deja una induracion del dermis que á veces ocupa tambien el tejido celular subyacente; ó bien existe, en fin, un tinte lívido con una depresion que no es mas que una cicatriz generalmente indeleble.

3.° El *acné rosacea*, ó *cuperosa*, es una forma que suele observarse especialmente en las mujeres durante la época crítica, y está caracterizada por unas pústulas discretas cuya punta es poco elevada, presentando la piel que las separa un color rojo acompañado de induracion. Lo mismo que en las formas precedentes, tampoco existe aquí ningun síntoma general, ni aun casi nunca dolor alguno. Estos tumores pueden permanecer estacionarios una ó muchas semanas; la supuracion se verifica siempre con lentitud; las mas veces se forman otras erupciones de un modo sucesivo, y la piel, que se halla asi habitualmente en un estado de congestion, se inyecta al fin uniformemente, pierde bien pronto su flexibilidad, se hipertrofia, endurece y ofrece algunas desigualdades á manera de mamelones: esto es lo que se observa frecuentemente en las mejillas, por ejemplo, y sobre todo en la nariz, que puede entonces adquirir un volúmen doble ó triple, lo cual imprime á la fisonomía un aspecto repugnante.

Toda la cara puede ser invadida á la vez, resultando en tal caso una deformacion general, con tanto mas motivo, cuanto que el tejido celular participa entonces comunmente de la hinchazon de la piel. Esta presenta un color rojo en un punto, violado en otros, está surcada por venas casi varicosas, y se congestiona sobre todo durante el trabajo digestivo. Los enfermos se quejan entonces de calor, de comezon y de un prurito de los mas molestos.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico del acné es fácil de establecer. Mas adelante veremos por qué caracteres puede distinguirse del ectima, del lichen agrius, de las sifílides tuberculosas y del lupus, únicas enfermedades que pudieran confundirse con ella.

*Pronóstico.*—Aunque el acné no compromete la vida, hay sin embargo dos formas (*acné indurata* y *rosacea*); que constituyen afecciones muy incómodas, porque se resisten mucho á los medios terapéuticos. El *acné rosacea*, ademas acaba por alterar la fisonomía.

*Etiología.*—El acné casi nunca ataca á los niños. Las demás edades no están igualmente sujetas á las diversas especies de esta enfermedad: asi, pues, las *acné simplex*, *punctata* y *sebacea* son propias de la adolescencia; la forma *indurata* sobreviene en la juventud, y la *rosacea* apenas afecta mas que á los adultos. Las mujeres parecen estar mas espuestas á padecerla que los hombres, y se ven atacadas de la cuperosa, especialmente en su edad crítica. En general puede decirse que el acné coincide por lo comun con una constitucion robusta; sin embargo, la que invade el cuero cabelludo, se observa con preferencia en las constituciones débiles y linfáticas. Se ha dicho que el acné dependia muchas veces de alguna lesion visceral del abdómen (hígado, intestinos y estómago), ó de las irregularidades del flujo menstrual; pero esto no se halla demostrado. Se consideran tambien como causas activas del acné los escesos de la mesa, el abuso de los alcohólicos, el uso de manjares con especias, la falta de limpieza, las afecciones morales y el empleo de ciertos cosméticos. Pero todas estas causas que pueden

tener alguna influencia en la produccion de las acnés *indurata* y *rosacea*, carecen de ella en la *simplex*, la cual sucede únicamente á las revoluciones orgánicas que se verifican hácia la pubertad. El *acné sebacea* del cuero cabelludo reconoce la mayor parte de las veces por causa el uso de los líquidos irritantes. El acné puede producirse bajo la influencia de una disposicion hereditaria. Es un error tenerla por contagiosa, y decir que puede trasmitirse por ejemplo, con una navaja de afeitar contaminada, ó por medio de los ósculos.

*Tratamiento.*—El tratamiento varía segun las formas del mal y la constitucion del enfermo. Cuando solo haya algunas pústulas de acné *simplex*, nada hay que hacer ni aconsejar; pero si la erupcion es abundante ó se hace permanente á consecuencia de las erupciones sucesivas que sobrevienen, deben proscribirse los licores escitantes y alcohólicos, y se aconsejará un régimen suave y vegetal, los baños tibios, las bebidas diluentes, algunos laxantes, las lociones en las partes enfermas, hechas con mucílagos de goma ó membrillo, con leche, etc. Cuando hay plétora ó algun trastorno de la menstruacion, conviene combatir con energía estos estados morbosos.

En el acné *indurata* están con mas frecuencia indicadas las emisiones sanguíneas generales y locales; pero es preciso recurrir pronto á los medios que favorezcan la resolucion del infarto, aumentando la agudeza del mal. Con este objeto se aconsejan las lociones cloruradas, ó con las aguas destiladas de espliego y salvia, animadas con un poco de alcohol; una solucion ligera de sublimado (5 á 6 granos por $2^1/_2$ dracmas de agua), con adicion de alcohol ó sin ella, ó bien de una sustancia emulsiva (licor de Gowland, y las aguas minerales sulfurosas de Aix, Baréges, Enghien, Vernet, Cauterets, Allevard, etc. administradas en bebida. Tambien pueden usarse las pomadas de calomelanos, de protocloruro amoniacal de mercurio ó de yoduro de azufre (12 á 24 granos por onza de manteca). Aconséjanse igualmente con el mismo objeto los chorros de vapor acuosos, sulfurosos, aromáticos, etc. Por último, se ha propuesto tambien cambiar la vitalidad de las partes por medio de un vejigatorio, ó cauterizando las pústulas; pero este último medio parece peligroso, porque algunas veces ha producido ulceraciones y cicatrices disformes. Estos diversos medios deben usarse con prudencia; y seria preciso suspenderlos si produjesen una escitacion local demasiado viva, y reemplazarlos con los emolientes, volviéndolos despues á emplear: conviene ademas ayudar su accion con un régimen apropiado, el uso de bebidas acídulas atemperantes, y la administracion de algunos purgantes.

Hace mucho tiempo que se conoce la impotencia casi completa de la terapéutica para combatir el acné *rosacea*, en la cual debemos limitarnos á los revulsivos intestinales, á las sangrías depletorias y un régimen suave y vegetal, proscribiendo el uso de los tópicos, porque las mas veces suelen agravar el mal. Los únicos que convienen son algunas lociones emolientes practicadas muchas veces al dia.

Al acné *sebacea* del cuero cabelludo, M. Cazenave no permite que se opongan sino las lociones alcalinas y sobre todo amoniacales (20 gotas de amoniaco por 9 onzas de agua de salvado). Administra ademas los baños alcalinos, y quiere que se atormente todo lo menos posible la cabellera, y que se evite el contacto de todo cuerpo grasiento. Al mismo tiempo, si el paciente es linfático, se

adoptará el tratamiento interior conveniente para modificar el estado constitucional.

## *De la mentagra.*

SINONIMIA.—*Sycosis menti, varus, mentagra* de Alibert (de *mentum*, barba, y *αγρα afectado, ó αγριοω yo irrito, yo exaspero).*

La *mentagra* ó *sycosis* está caracterizada por la erupcion sucesiva de pustulitas piramidales, casi análogas á las del acné, que se desarrollan en la barba, en el labio inferior, en las regiones sub-maxilares y en los lados de la cara.

*Síntomas y curso.*—La mentagra es, pues, una afeccion esencialmente pustulosa. Antes de que se halle completamente caracterizada, se desarrollan de vez en cuando sobre la barba ó el labio inferior una ó muchas pústulas que duran muy poco; pero bien pronto las erupciones se suceden mas á menudo y se hacen abundantes. La erupcion pustulosa va generalmente precedida de una sensacion de tension, y á veces tambien de calor, hinchazon y rubicundez. No tardan en desarrollarse en las partes afectas cierto número de puntos rojos que se engruesan y se convierten en pústulas despues de uno, dos ó tres dias: estos tumores diseminados ó confluentes, son piramidales; la mayor parte se hallan atravesados por un pelo en su centro, y están llenos de un pus blanco amarillento, concreto. Despues de permanecer estacionarios cinco ó siete dias, se rompen y secan, y se forma una costra pardusca que cae pasados algunos dias, de modo que la erupcion recorre sus períodos en diez ó quince, aunque es raro que dejen de sucederse otras nuevas erupciones. Estas flegmasias continuas alteran al fin la piel y la engruesan; se desarrollan induraciones tuberculosas del tamaño de una avellana, que son muy difíciles de resolver: el tejido celular puede inflamarse, dando lugar á la formacion de abcesos, y los bulbos de los pelos se destruyen al fin en muchos puntos. Cuando la enfermedad termina por la curacion, las erupciones son menos frecuentes y numerosas; los tubérculos se resuelven, y cesa el desarrollo de las pústulas. La piel conserva todavía, sin embargo, por un tiempo mas ó menos considerable un color violado, y aun muchas veces se verifica de vez en cuando una esfoliacion epidérmica en su superficie. La duracion de la mentagra es indeterminada y siempre larga, y aunque llegue á curarse la primera vez, suele tener frecuentes recidivas.

*Diagnóstico.*—La sycosis es en general fácil de reconocer, y solo puede confundirse con el *impétigo figurata*, las pústulas ó los tubérculos sifilíticos; pero ya veremos al tratar de estas enfermedades, que el diagnóstico diferencial puede casi siempre establecerse con precision. Es imposible confundir la mentagra con los forúnculos que tienen una materia espesa, ni con el ectima porque muy pronto diremos que las pústulas de este son mas anchas, que su base está inflamada y las costras que sobrevienen son mas gruesas, adherentes y estensas.

*Pronóstico.*—La sycosis nunca compromete la vida; pero es una enfermedad desagradable, incómoda, y cuya duracion suele ser imposible pronosticar.

*Etiología.*—La mentagra apenas se observa mas que en los adultos y en los jóvenes; pareciendo hallarse mas espuestos los que tienen mucha barba, y los que gozan de un temperamento sanguíneo-bilioso. Se ha dicho que la falta de limpieza y que las profesiones que esponen al calor de un fuego intenso, predispo-

nian mucho á contraerla; pero es tambien demasiado frecuente en la clase acomodada y aun opulenta de la sociedad. Tambien se atribuye á los escesos de la mesa; mas aunque estos pueden agravarla cuando existe, es dudoso que la produzcan, pues casi siempre depende de un estado constitucional. Algunos hechos hacen temer que la sycosis pueda ser á veces contagiosa, y no falta quien haya dicho que habia sido trasmitida por medio de las navajas de afeitar contaminadas; pero tales hechos son puestos en duda por Cazenave, que no cree que esta enfermedad sea contagiosa en caso alguno.

*Tratamiento.*—El método curativo que hemos aconsejado en el acné *indurata*, es con escasa diferencia, el mismo que conviene aplicar á la mentagra. Asi, pues, cuando el paciente es de temperamento sanguíneo, se empezará practicándole una sangría del brazo, y si la cara está congestionada, se aplicarán algunas sanguijuelas debajo de la mandíbula ó detrás de las orejas, prescribiendo ademas pediluvios irritantes y purgantes repetidos, siempre que lo permita el estado de los órganos. El tratamiento local comprende, en el primer período, lociones y aplicaciones emolientes, y luego los diferentes medios resolutivos de que ya hemos hablado al tratar del acné *indurata*. En los casos rebeldes se ha aconsejado especialmente el vejigatorio, que solo se cura dos veces de doce en doce horas de intervalo, con una pomada de nitrato de plata (de 10 á 20 granos por ochenta de cerato). M. Baumés dice que obtuvo buenos efectos de esta medicacion. Una vez seco el vejigatorio, el médico de Lyon recurre á una compresion verificada por medio de una plancha de plomo, rodeada de un lienzo fino; y despues de haberla continuado por espacio de seis ú ocho dias, vúelve á emplear el vejigatorio, y de este modo alterna muchas veces consecutivas el empleo de estos dos medios, á beneficio de los cuales ha conseguido curaciones inesperadas.

Como la mentagra se agrava siempre con el roce de la navaja, el enfermo debe limitarse á cortarse la barba con unas tijeras corvas en su punta, ó bien dejarla crecer del todo, con cuya única precaucion hemos triunfado completamente de la enfermedad. Pero la curacion no ha sido las mas de las veces sino momentánea, pues las pústulas volvian á reproducirse tan luego como se afeitaban los individuos. En este caso, es preciso modificar profundamente la nutricion; nosotros hemos visto algunas sycosis rebeldes, que habiendo cedido momentáneamente á diversas medicaciones, desaparecieron del todo con un tratamiento mercurial; aunque era evidente que no reconocian un orígen sifilítico.

Por último, se ha aconsejado recurrir á la depilacion, ya por medio de los polvos y las pomadas de que hablaremos en el siguiente artículo, ya valiéndose de unas pinzas. Despues de haber arrancado los pelos, se ha visto muchas veces que la enfermedad se aliviaba inmediatamente y llegaba á una pronta curacion.

*Naturaleza y asiento.*—La sycosis es una afeccion esencial y primitivamente pustulosa; habiendo incurrido en error algunos médicos que negaron este hecho. Esta afeccion no tiene su asiento, como el acné, en los folículos sebáceos, sino en los folículos pilosos y los conductos pilíferos. Las induraciones tuberculosas que tan frecuentemente la acompañan, indican, segun M. Cazenave, una flegmasia del tejido celular subcutáneo. El exámen microscópico ha demostrado

ademas á algunas personas la existencia de un criptógamo especial; pero nada prueba que este parásito sea la causa de los accidentes que en este mal se observan, porque puede muy bien en efecto, no constituir sino un epifenómeno, como sucede respecto de los mucedíneos del muguete.

## *Del ectima.*

La palabra *ectima* sirve para designar una flegmasia cutánea, caracterizada por pústulas *flizácicas*, redondeadas, de un volúmen bastante considerable, comunmente discretas, y de una base roja é inflamada, que son reemplazadas por una costra pardusca mas ó menos gruesa, á la cual sucede mas tarde una mancha rojiza ó una pequeña cicatriz (1).

*Síntomas.* — El ectima solo ofrece algunos prodromos, cuando la erupcion debe ser desde luego considerable; pero estos no suelen presentarse, porque las pústulas se desarrollan las mas veces de un modo sucesivo. La enfermedad empieza por puntos rojizos, duros, circunscritos y prominentes, que tienen desde el segundo dia un color blanco, á causa del pus que contienen; al tercero y cuarto dia está bien formada la pústula, y su base dura es de un rojo vivo ó lívido; hácia el sétimo se abre el tumor, y el pus se concreta y forma costras amarillas, parduscas ó verdosas, que caen de los diez á los quince dias. La erupcion recorre en general sus períodos, sin que produzca calentura. Existen, sin embargo, con bastante frecuencia anorexia y malestar; pero hay por lo comun dolores lancinantes en la parte enferma, los cuales son bastante vivos cuando se aglomeran muchas pústulas, en cuyo caso suele observarse un infarto doloroso en los ganglios linfáticos inmediatos.

Tales son los caracteres y el curso del ectima que puede llamarse agudo; pero es raro que esto suceda asi, pues casi siempre aparecen sucesivamente grupos de pústulas por espacio de muchos meses, lo cual caracteriza al ectima *crónico*, que es la forma habitual de la enfermedad. Cada una de las erupciones va acompañada de los mismos fenómenos que dejamos enumerados mas arriba. Esta forma del ectima ofrece algunas particularidades, segun el estado constitucional de los enfermos. Cuando afecta á niños debilitados y mal nutridos, es muy desigual el volúmen de las pústulas; las unas supuran y se cubren de costras; las otras disminuyen poco á poco, presentando muchas descamaciones sucesivas, y algunas, en fin, son reemplazadas por ulceraciones profundas (*ectima infantil* de Willan). En los viejos débiles, ó en los individuos entregados á los placeres del amor, el ectima ofrece igualmente un aspecto insólito; la piel tiene una rubicundez lívida; la pústula es negruzca por la sangre que contiene, y la costra ofrece el mismo color, y se forma mas lentamente, quedándose adherida á la piel por espacio de muchas semanas ó muchos meses. Cuando cae, suele dejar á veces una ulceracion de mal carácter, cuya cicatrizacion es larga y difícil (*ecthyma cachecticum* de Willan.)

El ectima puede presentarse en casi todos los puntos de la piel; pero donde especialmente se observa es en los miembros, hombros, nalgas, cuello y pecho, siendo raro encontrarle en la cabeza. Las pústulas pueden invadir sucesiva-

(1) De εκθυειν, *romper con furor*, ó de εκθυμιαω, *yo exhalo*. Esta palabra se ha usado muchas veces, sobre todo por los latinos, como sinónima de *pústulas*.

mente muchas regiones; pero se limitan por lo comun á una sola parte, como un miembro, por ejemplo.

*Diagnóstico.*—El ectima no puede confundirse con el acné ni con el sycosis, aun cuando las pústulas tengan una base dura y rubicunda, porque en estas dos últimas enfermedades las pústulas son mas pequeñas, es lento su curso, y la induracion de la base persiste mas ó menos tiempo, mientras que las pústulas del ectima son mas anchas, mas superficiales, nunca van acompañadas de induraciones, y las costras tienen un aspecto diferente. Es fácil distinguir el ectima de la *rupia*; pero ya hemos visto que la flictena de esta era algunas veces purulenta, ó contenia sangre negruzca, como en el *ecthyma cachecticum.* Sin embargo, aun es posible conocer el carácter flictenoso, y si esto no se consiguiera, el aspecto de las costras que se parecen á las escamas de ostra, y las ulceraciones profundas que se forman, nos inducirán á determinar la verdadera naturaleza del mal. Las pústulas de las viruelas, de la vacuna y del favus, difieren del ectima en su forma umbilicada, en su curso y en el carácter contagioso. En fin, mas adelante diremos cómo se distingue el ectima del impétigo y de las pústulas sifilíticas.

*Pronóstico.*—El ectima no es por sí solo grave: únicamente es funesto por el estado de debilidad y caquéxia con que suele coincidir, y por las complicaciones intestinales que sobrevienen, especialmente en los viejos y niños. Cuando estos últimos son ya débiles y no muy sanos, por poco extenso que sea el ectima, adquiere facilísimamente gravedad, ya por la calentura que encienda, ya por el estado de insomnio que determina.

*Etiotogia.*—Parece que el ectima ataca sobre todo á los hombres, á las personas debilitadas por alguna lesion visceral, á los individuos miserables y desaseados, y á los que se entregan á la bebida, ó ejercen profesiones que obligan á la piel á estar en contacto con sustancias irritantes. Suele complicar, en fin, diversas enfermedades cutáneas especialmente las viruelas y la sarna.

*Tratamiento.*—Las bebidas diluentes, las lociones emolientes, los baños tibios y algunos laxantes, son los únicos medios que deben emplearse en el ectima simple agudo. Pero cuando se prolonga la enfermedad, es preciso modificar el estado constitucional, y hallándose comunmente los enfermos demacrados y cacoquímicos, es preciso reanimar sus fuerzas con una higiene apropiada, el uso de los baños de mar, los amargos, los tónicos y los ferruginosos. Las ulceraciones que suceden á la caida de las costras pueden hallarse tan inflamadas, que exijan una medicacion tópico-emoliente; pero en general son atónicas tales ulceraciones, y entonces conviene reanimar su superficie con lociones estimulantes, con los digestivos ó la cauterizacion.

## *Del impétigo.*

SINONIMIA.—Herpe crustáceo, melitagra de Alibert.

El *impétigo* es una enfermedad no contagiosa, caracterizada por la erupcion de pustulitas *psidrácieas*, aglomeradas ó discretas, que al desecarse forman costras amarillas, gruesas y rugosas.

*Divisiones.*—La disposicion que presentan las pústulas ha hecho que se admitan dos variedades principales de impétigo. Cuando las pústulas están aglo-

meradas en una superficie mas ó menos circunscrita, á la que puede asignarse cualquiera forma oval ó circular, Willan da al impétigo el nombre de *figurata*; pero si están aquellas esparcidas y no tienen ninguna forma regular, entonces el impétigo se llama *sparsa*: estas dos variedades pueden ser agudas ó crónicas. Por último, imitando á Biett y á MM. Cazenave, Schedel, etc., incluiremos en el impétigo las enfermedades descritas por Willan, con las denominaciones de *porrigo larvalis* y *porrigo granulata*, que otros confunden con el nombre genérico de *tiña*, palabra que ya no se usa en nuestro actual lenguaje.

*Síntomas.*—El *impétigo figurata* ocupa comunmente las mejillas, con menos frecuencia los miembros, y aun mas rara vez el tronco. En general se presenta sin prodromos. Obsérvase que uno ó muchos puntos de la piel se ponen rubicundos, y se nota en ellos un calor y prurito incómodos; sobre estas placas no tarda en desarrollarse un número mas ó menos considerable de pustulitas poco elevadas, que en treinta y seis, cuarenta y ocho ó setenta y dos horas cuando mas, se abren y dan salida á un líquido purulento que forma costras amarillas, friables, semi-trasparentes, que han sido comparadas al jugo gomoso de algunos árboles ó á la miel desecada. En la circunferencia de estas costras, que á veces invaden una parte de la cara, se encuentran generalmente tambien algunas pústulas aun intactas, y por este desarrollo de pústulas alrededor de las costras, es como la enfermedad limitada al principio, llega á ocupar mas tarde un gran espacio. El impétigo permanece asi estacionario por un tiempo que varía entre dos ó cuatro semanas; despues disminuyen el calor y el prurito, se caen las costras, y la porcion de piel que dejan al descubierto, ora está rubicunda, lustrosa y tensa, ora escoriada y agrietada. Estas superficies suministran una exhalacion abundante, que da orígen á nuevas concreciones, ó bien persiste la costra, pero se forma debajo de ella una ulceracion corrosiva que destruye la piel, y deja al curarse una cicatriz disforme (*impetigo rodens*); lo cual apenas se observa mas que en el impétigo de la nariz. Otras veces aparece una erupcion de nuevas pústulas en las superficies enfermas, y va acompañada de los síntomas locales que se notaron en la primera. Entonces pasa el mal al estado crónico, y el dermis inflamado llega á adquirir un grosor mas ó menos considerable.

El impétigo *figurata* que ocupa los miembros y el tronco, presenta los mismos caracteres que el de la cara, solo que las placas son mas anchas, lo cual sucede especialmente en las que ocupan los miembros inferiores, pues hay á veces costras bastante estensas para rodear el miembro por todas partes, y tienen una dureza muy considerable y un color gris amarillento subido. (*Impetigo scabida de* Willan). En estos casos los movimientos de la estremidad son difíciles y dolorosos; hay un prurito insoportable y edema; se caen las uñas, y cuando se desprenden algunas porciones de costra, son reemplazadas bien pronto por una nueva concrecion formada por el fluido exhalado.

Ya hemos dicho cuál era la disposicion de las pústulas en el *impétigo sparsa*, cuya variedad apenas afecta mas que los miembros, y sobre todo las piernas. Las pústulas siguen el mismo curso, y van acompañadas de la misma comezon que en el *impétigo figurata*, y tienen mas tendencia que este á pasar al estado crónico.

El impétigo, que á veces solo dura dos ó tres semanas, puede prolongarse

durante muchos años consecutivos, y debilitar al fin la constitucion, cuando es muy estenso. Si la terminacion del mal ha de ser favorable, disminuyen el prurito, el calor y la exhalacion; las costras se adelgazan y caen sin reproducirse; la superficie enferma se estrecha, y el infarto de la piel va disminuyendo poco á poco, lo mismo que el color violado, que es el fenómeno morboso que desaparece el último.

Fáltanos hablar de dos especies de impétigo, que apenas ocupan mas que la cabeza, y se observan especialmente en los niños; me refiero á los impétigos *larvalis* y *granulata*. El primero, llamado vulgarmente usagre, *ó costra de la leche* ha recibido su nombre científico por la especie de máscara que forma en la cara (*larva*, máscara) y es la *tiña mucosa* de otro tiempo. Ocupa la frente, las mejillas y la barba, en los niños de uno á cuatro años. La piel está roja é inflamada, las pústulas discretas ó confluentes, suministran un flujo abundante, viscoso y amarillento cuando se rompen, y el líquido concretándose, puede cubrir toda la cara de una especie de máscara amarillenta y húmeda, pudiéndose estender tambien al tronco y á la piel del cráneo, sin que nunca destruya el bulbo de los cabellos. Esta erupcion va acompañada de prurito, y muchas veces de dolores; asi, pues, los niños se rascan hasta el punto de hacerse mucho daño; las costras, al caer, presentan una superficie roja, húmeda y escoriada; pero aunque muchas veces está sanguinolenta, desgarrada por las uñas, y cubierta de costras gruesas, nunca, sin embargo, se advierten en ellas cicatrices. Esta erupcion puede seguir un curso agudo, y complicarse con calentura. Pero es lo mas comun que sea crónica, pues las costras caen y vuelven á formarse muchas veces antes de desaparecer definitivamente. Esta enfermedad suele tener por efecto un infarto doloroso de los ganglios cervicales y sub-maxilares.

La segunda forma del impétigo se ha llamado *granulata* (*tiña granulosa*), y se desarrolla en el cuero cabelludo de los niños de dos á ocho años, que no se cuida de limpiarlos. Está caracterizada por pústulas que suministran un líquido abundante, el cual se concreta formando costras, las que al desecarse se adhieren á los cabellos, y se parecen bastante á porciones de argamasa ó al yeso desprendido de las paredes, ensuciado por la humedad y el polvo; los cabellos nunca se destruyen, ó si es que llegan á caerse, es solo momentánea la alopecia. El impétigo granuloso rara vez dura mas de dos ó tes meses, y muchas veces se cura en algunas semanas únicamente con el aseo.

*Diagnóstico.*—El carácter pustuloso diferencia suficientemente el impétigo de las erupciones herpéticas y eczematosas. La erupcion que ocupa la barba podria confundirse con la mentagra; pero puede conocerse el verdadero carácter del mal, recordando que en el impétigo las pústulas son pequeñas y confluentes, la exhalacion abundante, las costras gruesas, amarillo-verdosas y semitrasparentes, y que no hay, en fin, callosidad alguna en la piel.

Es fácil siempre distinguir el impétigo del favus y de las sifílides pustulosas.

Entre el *porrigo scutulata* y el *impétigo figurata* existen, como veremos muy pronto, diferencias esenciales. En efecto, en el primero no hay pústulas, sino solo produccion de un líquido que se concreta con rapidez, y forma pronto costras de forma ahuecada, al paso que en el impétigo hay pústulas de cierto volúmen; y la costra, menos gruesa y negruzca, nunca presenta elevacion; en fin, el impétigo no es contagioso y no produce la alopecia.

*Pronóstico.*—Es el mismo que en el ectima.

*Etiología.*—El impétigo sucede algunas veces á la accion que producen en la piel las sustancias irritantes. Cuando sobreviene espontáneamente, se dice ser mas comun en la primavera y en el otoño, en los sugetos linfáticos ó sanguíneos, en los niños, en los viejos, y durante la edad crítica en las mujeres. Dícese tambien que las pasiones tristes, los escesos y el mal régimen, favorecen su desarrollo; pero estas opiniones no se hallan todavía justificadas por una observacion severa. Está, sin embargo, casi demostrado que el impétigo ataca con mas frecuencia á los niños pobres que á los de la clase acomodada. Esta enfermedad nunca es contagiosa.

*Tratamiento.*—En la forma aguda del impétigo deben emplearse los medios anteriormente indicados para el ectima y el sycosis en su estado de agudeza; pero luego que se hace crónico, las preparaciones sulfurosas en bebidas, baños y chorros serán muy beneficiosas. Tambien se aconsejan baños y chorros de vapor ordinarios. Si la enfermedad se resiste á estos medios, quieren algunos que se modifiquen las superficies por medio de un vejigatorio, de la cauterizacion con nitrato de plata, ó las unturas hechas con una pomada de proto-nitrato de mercurio (un escrúpulo por onza de manteca). Por último, cuando los impétigos resisten á estos medios, pueden usarse los preparados arsenicales, y especialmente la disolucion de Pearson, de la cual se darán de doce gotas á una dracma, y mas por dia.

*El impétigo larvalis* ó *usagre*, no exige comunmente mas cuidados que la limpieza, las lociones frecuentes hechas con sustancias mucilaginosas, los baños, y alguna vez los laxantes. Conviene tener presente que el *impétigo larvalis* es en ciertos casos un emunctorio útil, y que, por consiguiente, no debe suprimirse demasiado aprisa ni demasiado pronto.

En el impétigo *granulata* es preciso hacer que caigan las costras con cataplasmas emolientes; y luego que se calme la inflamacion, usar las lociones y pomadas alcalinas, y á veces las preparaciones sulfurosas, tambien en lociones y en chorros. M. Cazenave, sin embargo, no ha obtenido la menor utilidad del empleo de estos medios; por esta causa concede la preferencia á las lociones emolientes y las aplicaciones de lienzos empapados en aceite ó manteca fresca, y recomienda que despues de cada locion se limpien con suavidad con un trapo fino, y se espolvoreen las partes enfermas con almidon seco.

Muchas veces, el tratamiento general debe auxiliar el local; variándolo segun lo reclamen las circunstancias. Si, por ejemplo, se trata de un niño, podrá ser útil cambiar de nodriza ó destetarlo. Cuando la erupcion se prolonga, deben emplearse algunos depurativos, como el jarabe de Portal, los amargos, el aceite de hígado de bacalao, etc.

## INFLAMACIONES CUTÁNEAS ESPECÍFICAS.

La piel suele ser el asiento de diferentes flegmasias, que por sus propiedades contagiosas, por la causa que las produce, por su curso y su terminacion, tienen un carácter especial y deben ser estudiadas aparte. La viruela, el sarampion, la escarlatina, etc., pertenecen á este número; pero como el elemento flegmásico no constituye toda la enfermedad, debemos, atendidas las razones

que muy anteriormente dejamos espuestas, clasificarlas entre las pirexias; tambien pudiéramos tratar en este lugar de las flegmasias cutáneas sifilíticas; pero preferimos aplazar su estudio para cuando tracemos la historia de todos los demás accidentes del virus venéreo. Nos limitaremos, pues, á tratar aquí solamente de dos flegmasias específicas de la piel; el *favus*, y la *difteritis cutánea*.

## *Del favus.*

Sinonimia.—Porrigo, *tinea vera*, tiña favosa.

M. Cazenave define en estos términos el favus ó enfermedad favosa: una inflamacion especial con hipersecrecion del orificio esterior del conducto pilífero; es una enfermedad contagiosa que tiene por principal asiento el cuero cabelludo, y está caracterizada por un ligero derrame debajo de la epidermis y alrededor del cabello, de una materia amarilla que se concreta pronto y se convierte en una especie de pequeño cangilon atendida su figura redondeada con depresion en el centro: el favus tiende á producir la alopecia permanente.

El favus ha sido considerado durante mucho tiempo como una enfermedad constituida por unas pústulas muy pequeñas, cuyo líquido se concretaba desde luego y formaba costras de un aspecto particular; pero la secrecion pustulosa, negada primero por Baudelocque y por M. Gibert, acaba de serlo recientemente tambien por M. Cazenave. Hoy, en efecto, parece demostrado que el favus no empieza por una pústula, sino solo por un punto amarillo, del volúmen de una cabeza de alfiler, formado debajo de la epidermis por una materia líquida que rodea el cabello, que lo atraviesa por su centro y al cual se adhiere íntimamente. Si el favus es antiguo, y el cuero cabelludo está desprovisto de pelo, se distingue bastante bien alrededor del punto de que hablamos, una areola que no tarda en presentar un color pálido. La secrecion morbosa apenas cuenta algunas horas, ó á lo mas un dia, cuando se concreta y forma una costra que se ahueca en forma de cangilon. Este, de un amarillo sucio, mas húmedo en general en el centro que en la circunferencia, escede pronto en algunas líneas el nivel de la piel, y presenta entonces un reborde mas ó menos grueso. Estas costras unas veces están completamente aisladas; otras muchas se reunen, y el cuero cabelludo puede concluir por ser enteramente atacado por una incrustacion de un amarillo oscuro, que presenta en su superficie multitud de depresiones en forma de cangilon, cada una de las cuales corresponde al punto amarillo primitivo. No obstante, cuando la enfermedad se ha hecho tan estensa, solo observa una vasta costra sin forma determinada, abigarrada por todas partes, y otra vesada de trecho en trecho por algunos cabellos delgados y frágiles. La epidermis que cubre inmediatamente la materia favosa, escesivamente distendida, se rompe, y la concrecion morbosa, cada vez mas desecada, se quiebra y cae en pequeños fragmentos, parecidos á las partículas de sucia argamasa.

Este trabajo morboso viene siempre acompañado de un violento prurito, que llega á ser insufrible, cuando á consecuencia de la falta de cuidado, los piojos pululan en gran número debajo de las costras. La piel inmediata se presenta entonces tensa é inflamada, y casi siempre se infartan los ganglios cervicales y sub-maxilares. Los pacientes exhalan un olor nauseabundo ó fétido, parecido al de la orina del gato. Si las costras del favus se desprenden, dejan

al descubierto una superficie escoriada, desgarrada, dolorosa, sanguinolenta y deprimida en forma de cangilon, lo cual depende de la compresion ejercida sobre este punto por la concrecion favosa. Pero esta depresion se llena en pocos dias, y se forma una nueva corteza mientras subsiste el cabello. Si algunas cortezas se separan de las restantes, muchas, y aun la mayor parte, permanecen bastante adheridas á la piel, por espacio de muchos meses, y aun de muchos años. En estos casos se desecan, se rompen y desgastan en su superficie, ó bien se separan en fragmentos. En los enfermos de que hablamos, los cabellos están adelgazados, aparecen ténues y descoloridos, y caen ó ceden á la mas ligera traccion, y la piel concluye por quedar desprovista de ellos. Esta alopecia suele durar toda la vida; otras veces los cabellos vuelven á crecer, pero son delgados y lanuginosos. En algunos casos raros, la inflamacion del dérmis puede propagarse hasta el tejido celular, y aun hasta los huesos.

La tiña favosa es una enfermedad apirética, y por lo regular no se complica con síntomas generales; no obstante, cuando es estensa, y se prolonga por mucho tiempo, se advierte que la nutricion disminuye; los niños quedan debilitados, su inteligencia es obtusa, y muchos presentan los caracteres propios de la constitucion escrofulosa.

*Duracion y terminaciones.*—El favus tiene una duracion indefinida, y nada es mas comun que verle durar durante años enteros, pues ofrece poca tendencia á terminar espontáneamente. Cuando el enfermo se cura, el cuero cabelludo conserva por mas ó menos tiempo un color rojizo; muchas veces este tegumento es el asiento de cicatrices irregulares; por último, hay una alopecia parcial ó general, y cuando los cabellos vuelven á crecer, tardan mucho tiempo en recobrar su antiguo vigor. Esto no es decir que el bulbo esté destruido, puesto que por el contrario está intacto, y muchas veces puede verse despues de la curacion, el cabello que continúa siendo segregado al través de la cicatriz; pero no pudiendo brotar al esterior, se replega sobre sí mismo. Lo que se opone á la salida del cabello, es la alteracion, la erosion de que ha sido asiento el conducto pilífero, y que habiendo terminado por una cicatriz, le opone un obstáculo insuperable: en semejante caso la alopecia es incurable, y el bulbo, cuyas funciones han cesado, concluye por atrofiarse.

*Variedades.*—Lo que acabo de decir se aplica especialmente al favus; pero hay una variedad de la enfermedad en la que los *favi* tienen una disposicion particular: esta es la variedad que Biett llamaba *pórrigo scutulata*, que M. Cazenave ha descrito bajo el nombre de *favus en círculos*, y que otros autores denominan *nunmular* ó *en anillos*.

Segun dice M. Cazenave, empieza presentando unas placas bastante regularmente redondeadas, y unas comezones mas ó menos intensas. Adviértese desde luego un infarto inflamatorio de la estremidad de los conductos pilíferos; el cuero cabelludo está granugiento', y su superficie imita algo á la de la lija; fórmanse escamas como en la pityriasis; pronto se dejan ver unos puntitos amarillos salientes, formados por una materia mas ó menos líquida, y que se deprimen en forma de cangilones; pero no se estienden hasta el punto de tomar la forma de esas especies de roscas que constituyen el favus tipo. Los *favi* del *porrigo scutulata* son mas pequeños y están menos engastados en la piel, que los del favus; son mas numerosos en la circunferencia de la placa, que en

el centro; las costras que se forman tienen tambien menos espesor; los cabellos están mas profundamente alterados, resisten mas tiempo, y por lo regular la alopecia no se presenta sino en pequeños espacios. El favus en círculos puede durar mucho tiempo, presentando alternativamente el estado pityriásico y el estado favoso que acabo de describir. (Cazenave.)

*Diágnostico.*—La existencia de costras secas, amarillas y ahuecadas en forma de cangilon, en el cuero cabelludo, los cabellos delgados y escasos, y las cicatrices mas ó menos estensas, son caracteres que distinguen el favus de cualquiera otra afeccion. Las dos variedades del porrigo se diferencian entre sí por la disposicion de las costras. Si estas son discretas, ó bien si, estando reunidas, no afectan ninguna forma regular, debemos diagnosticar un favus; pero la acumulacion de las costras, su disposicion regular en anillos, y la posibilidad, cuando se han reunido muchas de estas placas, de poder determinar ademas la forma primitiva de cada una de ellas, caracterizan el *pórrigo scutulata.*

Nada es mas fácil que el no confundir las dos variedades del favus con el eczema, ó la tiña mucosa. En efecto, el eczema no presenta costras, ni cangilon, ni alopecia, sino tan solo una superficie roja, que exhala con abundancia un líquido que humedece y conglutina los cabellos entre sí, y solo se observan escamas. En la tiña mucosa se advierten unas pequeñas pústulas que suelen atacar toda la cara, dando lugar á la formacion de algunas costras, ó mas bien á unas laminillas delgadas, y dejando al descubierto superficies rojas; finalmente, el cabello no está alterado, y la enfermedad no es trasmisible. La pityriasis, por sus escamas delgadas, que caen y se renuevan prontamente, y por la falta de todo infarto de la piel, nunca puede inducir á error, ni aun respecto del *pórrigo scutulata.* Lo mismo decimos relativamente al herpes tonsurante, tan notable por su forma, su circunscripcion, sus laminillas furfuráceas, y el aspecto de los cabellos que están secos y se quiebran, pero que no caen.

Solo el impétigo podria engañarnos, y dar lugar á un error de diagnóstico. No obstante, en él hay unas pústulas que faltan en el favus. Las costras del primero nunca son umbilicadas, y no solo no produce alopecia, sino que los cabellos conservan su vigor y aspecto; el cuero cabelludo nunca presenta cicatriz, y en ningun caso es contagiosa la enfermedad. Sin embargo, cuando el impétigo es muy antiguo, y especialmente si los enfermos descuidan las reglas de la limpieza, puede formarse una cubierta gruesa, seca y hedionda; pero si entonces se ve que las costras son negras, sino en su totalidad, á lo menos en algunos puntos, y que en ninguna parte se encuentran mas ó menos perfectos, ni esos puntos amarillos que presentan los favus mas inveterados; y si, en fin, se nota ademas la integridad de los cabellos, no será posible abrigar la menor duda acerca del carácter de la enfermedad.

*Pronóstico.*—El pórrigo es una afeccion grave á causa de su duracion, siempre larga, de la peligrosa influencia que ejerce sobre ciertas constituciones, y á causa tambien de la alopecia que puede ocasionar; es siempre mas grave y rebelde cuando ocupa el cuero cabelludo, que cuando tiene su asiento en cualquiera otra region del cuerpo. Es asimismo, en igualdad de circunstancias, mas rebelde, y por lo tanto, mas grave en los niños y los sugetos debilitados. El favus es mas peligroso que el pórrigo scutulata; este, en efecto, es menos tenaz, y no va seguido con tanta frecuencia de la alopecia, como el primero.

El pórrigo siempre es un mal; y seria un error suponer como algunos lo han hecho, que puede en algun caso ser crítico, y que es respecto de ciertos individuos un exutorio que es preciso respetar; lejos de esto, la enfermedad concluye en virtud de su persistencia, alterando la constitucion de los que la padecen.

*Etiología.*—El pórrigo puede atacar en todas las edades, pero se le observa con mas frecuencia en la segunda infancia y en la juventud. Su desarrollo espontáneo es raro en las clases acomodadas, pues es una enfermedad casi especial de las pobres, y que reconoce por causas todas las circunstancias capaces de deteriorar la constitucion, como la miseria, las privaciones y las viviendas insalubres. Los individuos de temperamento linfático, son atacados mayor número de veces por la enfermedad, y la costumbre de vivir en medio de la suciedad favorece mucho su desarrollo. El favus y el pórrigo scutulata son esencialmente contagiosos: la enfermedad puede trasmitirse de un individuo á otro por el contacto inmediato, ó por medio de los objetos que han servido para el aseo de los enfermos, como las tohallas, las esponjas, los peines, los cepillos, etc. En fin, en el mismo enfermo el pórrigo solo se presenta en ciertas partes, como en los miembros, á consecuencia de una inoculacion directa. No obstante, la trasmision no es tan fácil como algunos creen, puesto que resulta de una serie de esperiencias hechas á principios de este siglo por M. Gallot, que la inoculacion del favus no se ha verificado sino una vez sobre ocho.

*Tratamiento.*—Prescindiendo de los casos en que conviene sostener ó reanimar las fuerzas, y fortificar la constitucion de los enfermos, puede decirse que el tratamiento del favus es enteramente local. Sin embargo, á causa de las peligrosas condiciones en medio de las cuales se desarrolla mas comunmente, el tratamiento general, es casi siempre un complemento indispensable; los amargos, la quina, el hierro, el aceite de hígado de bacalao, el aceite yodurado, una alimentacion nutritiva, etc., formarán la base de la medicacion.

Por lo que respecta al tratamiento local, es preciso antes que todo que los enfermos estén rodeados de la mayor limpieza posible. Se procederá á cortar los cabellos, y se determinará la caida de las costras reblandeciéndolas por medio de lociones, ó aun mejor, mediante la aplicacion de cataplasmas emolientes y muy húmedas. Despues que las costras hayan caido, se lavará con frecuencia el cuero cabelludo con agua alcalina, por ejemplo, la de jabon. Es raro, no obstante, que la enfermedad ceda á estos sencillos medios, y por esta razon los autores se han esforzado en todos tiempos por hallar algun remedio mas eficaz. Casi todos recomiendan cortar los cabellos, pues estos, en efecto, favorecen la formacion de las costras y se oponen á su caida. A fin de llenar esta indicacion capital, se ha cubierto durante mucho tiempo la cabeza de los tiñosos con un gorro de pez muy aglutinante; y despues de haberlo llevado tres ó cuatro dias, se quitaba de golpe y á contrapelo, de modo que arrancase violentamente los cabellos. Inmediatamente despues volvia á aplicarse otro emplasto; y este suplicio, que ha costado la vida á muchos niños, se repetia por espacio de uno ó muchos meses consecutivos. Actualmente no se usa este medio bárbaro, ó por lo menos, adoptando un procedimiento descrito ya por Heliodoro, y seguido por Richerand, se estiende la pez en pequeñas tiras que se arrancan por separado; ó bien, á ejemplo del doctor Evens, cirujano hannoveriano, se reemplaza

la pez con la goma amoniaco, y no se arrancan las tiras sino despues de seis semanas. Ignoro si esta modificacion del tratamiento por el gorro, tiene la eficacia que se le atribuye. Como quiera que sea, tambien se ha tratado hace mucho tiempo de obtener la caida de los cabellos por medio de diferentes polvos ó pomadas. Asi, pues, podemos servirnos de una pomada hecha con una á dos gramas de sub-carbonato de potasa ó sosa por onza y media de manteca, y se untan con ella dos ó tres veces al dia las partes enfermas, ó bien estas se lavan con la solucion de sulfuro de sosa (una dracma en libra y media de agua). Biett se felicitaba mucho del uso de la pomada de yoduro de azufre (dos dracmas por una onza de manteca); y M. Cazenave preconiza otra pomada de sulfuro de cal (dos dracmas por onza de manteca); pero todos estos remedios parecen inferiores en virtud al polvo y á la pomada de los hermanos Mahon, que gozan de una merecida celebridad. Aunque es todavía un secreto, todo, sin embargo, induce á hacernos creer que la preparacion usada por los espresados facultativos es probablemente una mezcla de cal apagada y casi carbonatada, de sub-carbonato de potasa, de carbon, y tal vez de cenizas de ciertos vegetales, que segun se dice, son sarmientos de viña. Habiéndose cortado los cabellos á cerca de dos líneas, se untarán todas las noches las partes enfermas con una pomada que contiene el polvo epilatorio; y como el cuerpo graso reblandece las costras, como lo verificaria una cataplasma, se las separará todas las mañanas con un peine con la mayor suavidad, y sin ocasionar tirantez alguna. Estos cuidados se renovarán diariamente, y de tiempo en tiempo se espolvorearán las partes enfermas con el polvo epilatorio. Poco despues de estas operaciones caen los cabellos; esta caida, el esmero relativamente al aseo, y la precaucion diaria que debe tenerse de limpiar con el peine el cuero cabelludo, hacen que este se desembarace de toda suciedad y se cicatrice; y por lo comun, despues de cuatro meses de este tratamiento seguido con perseverancia, se consigue curar los favus mas graves. Hay, no obstante, algunos que exigen cuidados mas prolongados. El método epilatorio, tal como lo practican MM. Mahon y Vanconsin, es escelente, pues no ocasiona dolor alguno; asi es que puede adoptarse respecto de los niños mas tiernos. Habiendo tenido á mi cargo durante un año entero, por órden de la administracion de los hospitales, la vigilancia del tratamiento de la tiña, he podido asegurarme de los buenos resultados de este método. M. Cazenave ha dado el mismo testimonio, despues de haber empleado de antemano todos los recursos que la terapéutica podia ofrecer, y despues de haber reconocido la eficacia casi constante de estos medios.

*Asiento, naturaleza de la enfermedad, y esplicacion de sus principales fenómenos.*—Háse generalmente admitido durante mucho tiempo, de acuerdo con Underwood, Duncan y Alibert, que los *pórrigo favosa* y *scutulata* estaban constituidos por una erupcion pustulosa, cuyo asiento eran los bulbos de los cabellos. No obstante, Sauvages, Murray y Mahon consideran esta enfermedad como una alteracion de los folículos sebáceos. Mahon especialmente impugnó la idea, tan generalmente admitida, de que el favus estaba constituido primitivamente por una pústula. Baudelocque, en un trabajo publicado en 1831 en la *Revue medicale*, insistió en este punto, y lo estableció de una manera mas exacta; pero incurrió en error al colocar en el mismo folículo el orígen de la secrecion especial que produce la concrecion favosa.

Tal era el estado de la cuestion en 1836, cuando M. Letenneur, á la sazon interno aventajado de los hospitales, dió á luz en su tesis inaugural el resultado de nuevas observaciones, y estableció que el asiento del favus no era el folículo, sino la estremidad del canal pilífero. Cree que los órganos primitivamente enfermos son las pequeñas criptas dispuestas alrededor de la entrada del folículo, y que están destinadas á lubrificar el cabello. Estas criptas, á consecuencia de un trabajo probablemente de naturaleza inflamatoria, segregan entonces una materia que, atendida su consistencia, constituye las costras favosas acerca de cuya formacion hemos hablado estensamente. La localizacion de la enfermedad en el orificio del canal pilífero, esplica la alteracion constante de los cabellos, la facilidad con que se arrancan, y la alopecia incurable que con tanta frecuencia sigue á la enfermedad. Por otra parte, tenemos la demostracion de que el folículo permanece ageno á la afeccion, cuando vemos que los cabellos continúan siendo segregados.

¿Por qué toma la forma de cangilon la concrecion favosa? Esta figura tan notable é insólita, tiene su razon anatómica en la adherencia del cabello á la epidermis. En efecto, á medida que la materia favosa se acumula y concreta, la epidermis cede, se distiende y ensancha en la circunferencia, mientras que retenida en el centro por la resistencia del cabello, forma necesariamente en dicho punto una depresion en forma de cangilon, que persiste despues, á pesar de la caida del cabello, porque la materia favosa concluye concretándose y conservando su primitivo sello.

Habiendo sometido la materia favosa á la inspeccion microscópica, los autores han deducido de ella una teoría que aun no ha recibido el asentimiento de los patólogos. Schoenlein y Remack en Berlin, y MM. Gruby (1), Lebert (2) y Robin (3) en París, han sostenido que el favus estaba constituido por un cuerpo enteramente estraño á la piel, que no era otra cosa que vegetal parásito; pero M. Cazenave ha refutado estensamente esta doctrina (4). No obstante, no es dudoso para mí que en el favus haya como hongos ó plantas mucedíneas especiales, y solo lo es que estas constituyan el elemento esencial de la afeccion, puesto que probablemente no son sino un accidente de ella. Mientras este punto se aclara, deduciremos con M. Cazenave: 1.° que el favus es una lesion secretoria; 2.° que tiene su asiento en la estremidad del conducto pilífero; 3.° que está constituido por una hipersecrecion del líquido contenido en las criptas y destinado á lubrificar el pelo; 4.° que se presenta acompañado de fenómenos inflamatorios; 5.° que solo hay favus donde hay pelos.

## DE LA DIFTERITIS CUTÁNEA.

M. Bretonneau ha dado el nombre de *difteritis* á la inflamacion peculiar del tejido mucoso, es decir, á esa inflamacion contagiosa anatómicamente caracterizada por la formacion de una falsa membrana que tiende sin cesar á invadir nuevas superficies, y cuyas especies mas graves y mas frecuentemente obser-

(1) *Comptes rendus des seances de l'Academie des sciences*, p. 72, année 1841.
(2) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 477.
(3) *Des vegetaux qui crois sent sur l'homme et les animaux*. Paris, 1847.
(4) *Traité des maladies du cuir chevelu*, p. 224.

vadas son el crup y la angina lardácea ó diftésica. No obstante, la piel puede, á semejanza de las mucosas, ser el asiento de iguales concreciones. El catedrático Trousseau ha llamado la atencion de los médicos sobre este punto, primero en los *Archives*, y mas tarde en el *Dictionnaire de Médecine* (1).

Vamos á presentar en las siguientes líneas un breve análisis de su trabajo.

Una condicion que parece esencial para que desarrolle la difteritis cutánea, es que la piel esté desnuda de su epidermis, dilacerada, y mas ó menos ulcerada. M. Trousseau dice haber visto en el curso de una epidemia, que las picaduras de las sanguijuelas, las cortaduras ligeras, los herpes consecutivos á un acceso de fiebre, los vejigatorios, las grietas del seno, las escoriaciones del escroto, de las orejas, del cuero cabelludo, de la nariz y del ano, y diferentes úlceras degeneraban en causa del desarrollo de la difteritis cutánea.

Una solucion de continuidad cualquiera de la piel, se convierte en asiento de una concrecion difterítica, y se observa que su superficie se vuelve roja ó lívida, y se cubre en breve de una concrecion oscura, blanda y de un grosor variable; los bordes de la úlcera no tardan en elevarse, y á veces se estiende una erisipela en su deredor; la epidermis puede levantarse en muchos puntos sobre la superficie de esta erupcion; y si se rebientan las vesículas se ve la superficie del dermis recubierta ya con una costra oscura; de esta manera la enfermedad puede estenderse de trecho en trecho sobre grandes superficies; por esta causa ha visto M. Trousseau empezar la difteritis por una ligera escoriacion del cuero cabelludo ó de la parte posterior de la oreja, é invadir la piel progresivamente hasta los lomos. Las concreciones de que hablamos son al principio bastante delgadas, pero adquieren pronto un espesor que puede llegar á cinco ó seis líneas. En este caso ha habido secrecion sucesiva de muchas falsas membranas que se han sobrepuesto unas á otras; la mas interna está íntimamente unida al dermis; pero las mas superficiales, bañadas por la serosidad y en contacto del aire, se reblandecen, ennegrecen, caen en forma de detritus, y exhalan un olor tan pestífero, que al momento ocurre la idea de que puede existir allí una gangrena; pero por lo regular no sucede esto. Sin embargo, M. Trousseau ha visto en un caso esfacelarse una porcion circunscrita de la piel del brazo.

La difteritis cutánea puede, pues, permanecer circunscrita al punto primitivamente atacado, y quedar indefinidamente concentrada en él, ó bien estenderse de trecho en trecho, como ya hemos dicho, y casi siempre entonces de alto á abajo; ó en fin, se la ve presentarse en puntos muy distantes entre sí sobre todas las partes de los tegumentos accidentalmente denudados, y sobre algunas mucosas, como en la garganta, la laringe, la boca, la nariz y el conducto auditivo.

Fácil es comprender que el estado general está en razon directa de la estension de la enfermedad. Cuando esta se halla circunscrita, hay pocos desórdenes funcionales, y la fiebre sobre todo falta generalmente; mas no sucede lo mismo cuando la concrecion invade muchas ó estensas superficies, pues en tal caso la fiebre puede ser intensa, los pacientes están aniquilados, y no tardan en presentar el conjunto de síntomas propios de las fiebres graves, ó bien, adquiriendo la enfermedad un curso crónico, se demacran, enflaquecen, y caen en una espe-

(5) *Archives générales de médecine*, t. LXXI, p. 541; y *Dictionnaire de medicine*, t. X, p. 388.

cie de caquexia. Puede tambien decirse de una manera general, que esta afeccion, cuando se limita á la piel, es casi siempre benigna, y que si algunas veces es rebelde, muy pocas tiene una terminacion funesta. No obstante, indica una disposicion peligrosa de la economía, una infeccion especial; y como la misma produccion puede repetirse en la faringe ó en las vías aéreas, el médico debe someter al enfermo á una observacion severa, y no aventurar un prónostico demasiado favorable.

Las causas de la difteritis cutánea son en general muy oscuras: la miseria y las malas condiciones higiénicas de todo género, favorecen ciertamente su produccion. Nadie pone en duda el carácter contagioso de la enfermedad; no obstante, M. Trousseau, que por otra parte cree trasmisible esta enfermedad, no ha obtenido ningun resultado de una prueba de inoculacion practicada en sí mismo.

*Tratamiento.*—La medicacion tópica es la que conviene usar desde el principio. Ademas, deberá procurarse modificar las superficies enfermas mediante la cauterizacion con el nitrato de plata, con el nitrato ácido de mercurio, ó con el ácido clorhídrico fumante. M. Trousseau tiene tambien gran confianza en las preparaciones mercuriales; por esto aconseja espolvorear las superficies con los calomelanos, ó con una mezcla de once partes de azúcar por una de precipitado rojo. El tratamiento general debe, ademas, auxiliar el local; asi, pues, cuando la difteritis se estiende y se generaliza, ó bien cuando resiste y las fuerzas se estenúan, es preciso recurrir á los ferruginosos, la quina, los amargos y el vino.

---

# CUARTA CLASE DE ENFERMEDADES.

## DE LAS HEMORRAGIAS.

Entiéndese por *hemorragia* todo flujo de sangre fuera de los vasos que están destinados á contenerla, ora se derrame el líquido en una superficie libre, ora en lo interior de un órgano ó de un tejido. En este último caso suele darse á la hemorragia el nombre de *apoplegía*.

*Historia.*—Los autores antiguos conocieron las principales especies de hemorragias. Hipócrates habla de ellas en muchas de sus obras, y apenas las estudió sino con relacion á la práctica; pero sus sucesores, lejos de imitarle, descuidaron la observacion, y quisieron esplicar, por medio de las teorías reinantes, la causa próxima de las hemorragias y el mecanismo de su produccion. Preocupados con sus vanas ficciones, casi todos despreciaron lo que habia de positivo en la historia de estas enfermedades. Debemos, no obstante, hacer una escepcion en favor de F. Hoffmann, y sobre todo de Stahl. Este, en su *Traité de médecine* (1) y en muchas disertaciones (2), estudió con gran ingenio, y resolvió muchas veces cuestiones de un interés eminentemente práctico, trazando un cuadro fiel, no solo de los fenómenos que acompañan á las hemorragias, sino

(1) *Theoria medica vera.*

(2) *De motu tonico vitali;—De mecanismo motus progresivi sanguinis;—De morbis ætatum;—De motu hemorrhoidalis et fluxus hemorrhoidum diversitate bene distinguenda.*

tambien de los esfuerzos orgánicos que las preparan y anuncian, y examinando ademas las causas que las provocan y las alteraciones que resultan de su supresion ó de sus anomalías. Al hablar de Stahl, es justo citar los nombres de Alberti, Juncker y de Carl, que han defendido con talento las ideas de su maestro, aunque tambien algunas veces las han exagerado. A pesar de todos estos trabajos, la historia de las hemorragias presentaba muchas lagunas y grandes imperfecciones, siendo fácil convencerse de esta verdad por la lectura de las obras de Lordat y Latour, publicadas á principios de este siglo. Pero luego que se han hecho numerosas observaciones cadavéricas, y se ha dado mejor direccion al estudio de los fenómenos morbosos, se ha ilustrado mucho la historia de esta clase importante de enfermedades. Al hablar de las hemorragias en particular, citaremos los nombres de los médicos que mas han contribuido con sus trabajos á perfeccionarla, y solo diremos aquí que puede consultarse con fruto el escelente resúmen que hace Chomel sobre las hemorragias en general, inserto en el tomo XV del *Diccionario de Medicina*.

*Divisiones.*—Las hemorragias que son del dominio de la patologia médica, se han llamado *espontáneas*, en oposicion á las traumáticas, que pertenecen á la cirujía, porque las causas que producen las primeras son siempre oscuras, y aun muchas veces completamente desconocidas. Las hemorrugias espontáneas se han distinguido en *sintomáticas* y *esenciales*. Las primeras se refieren á una enfermedad anterior, y constituyen uno de sus síntomas; las segundas, por el contrario, no dependen de una afeccion preexistente apreciable, siendo la hemorragia la única que constituye toda la enfermedad. Los autores dividen tambien las hemorragias en *activas* ó *esténicas*, en *pasivas* ó *asténicas*, en *constitucionales*, *accidentales*, *sucedáneas*, *críticas*, y en *internas* ó *esternas*, palabras cuyo valor fijaremos mas adelante. Por último, ya he dicho antes que las hemorragias son unas veces *intersticiales*, y que otras se forman en las *superficies libres*: á estas últimas son especialmente aplicables las generalidades que vamos á presentar.

*Anatomía patológica.*—Cuando se examina en el cadáver un órgano que durante la vida ha padecido una hemorragia esencial, no se encuentra en su estructura ninguna modificacion apreciable; y se equivocaban, por consiguiente os antiguos al suponer, que en estos casos existia siempre alguna erosion manifiesta de las venas y arterias: opinion que ha sido victoriosamente refutada por las observaciones necroscópicas de Morgagni, y especialmente de Bichat. Tal vez podria creerse que, mediante la inyeccion artificial de los vasos, deberiamos descubrir los que han dado salida á la sangre; pero no es asi, pues las inyecciones no producen resultado sino en tanto que el vaso roto tiene cierto calibre; en todos los demás casos son ineficaces, ora porque la hemorragia se haya verificado por simple exhalacion, ora porque siendo los vasos de un volúmen muy pequeño, y hallándose obstruidos por los coágulos de sangre, se hayan hecho impermeables al líquido de la inyeccion.

El órgano ó el tejido, en cuya superficie se ha verificado la hemorragia, está las mas veces pálido y descolorido, y otras se halla mas rojo, húmedo y equimosado; comprimiéndolo, rezuma sangre ó una serosidad rojiza; los vasos sanguíneos están ingurgitados hasta cierta distancia, y existen, en una palabra, todos los caracteres de una congestion muy viva, y en algunos casos, especialmente

si los órganos tienen una testura blanda ó frágil, la sangre puede estravasarse en los tejidos.

Cuando, despues de una hemorragia de los tejidos membranosos, no se puede descubrir erosion alguna, debemos admitir que la sangre ha sido exhalada por una verdadera secrecion, y en virtud de un mecanismo análogo al que produce el moco, la serosidad ó el fluido perspiratorio. Pero es absolutamente imposible determinar la causa íntima de semejante fenómeno; y todo lo que se ha dicho sobre esta materia, ni aun siquiera merece llamar la atencion de los hombres instruidos.

Cuando la muerte ha sido producida por la abundancia de la hemorragía, se encuentra el sistema circulatorio casi vacío, la sangre que contiene es pálida y serosa, el corazon se halla retraido sobre sí mismo, y todos los órganos están descoloridos. M. Beau eseguró al contrario en un trabajo publicado en 1845 en los *Archivos*, que en las personas que sucumben despues de haber sufrido repetidas hemorragias, se hallaba el corazon hipertrofiado y dilatado; pero este hecho, lejos de apoyarse en pruebas positivas, apenas tiene en su favor, á lo menos hasta el dia, sino algunas esperiencias verificadas en animales.

Si la sangre que procede de una hemorragia se ha acumulado en una cavidad ó el interior de los tejidos, sufre en ellos diferentes cambios que mas adelante tendremos ocasion de estudiar detenidamente. Aquí diremos tan solo que la sangre que ha salido de sus vasos no tarda en coagularse, ni mas ni meno que lo haria en una taza. El suero es absorbido al principio, pero el coágulo tarda mucho mas en desaparecer. Derramada en el interior de los tejidos, la sangre provoca algunas veces en su derredor, ya una flegmasia, ya diferentes alteraciones de nutricion, y especialmente un reblandecimiento. Con frecuencia se rodea de un quiste; y este tejido de nueva formacion no solo la aisla, sino que favorece su reabsorcion (Véase mas adelante *Hemorragia cerebral*).

*Prodromos.*—Muchas hemorragias vienen precedidas de signos de plétora, y aun mas frecuentemente de congestion mas ó menos fuerte, en el órgano que debe ser el asiento de la exhalacion sanguínea. La condicion patológica que provoca esta congestion, y el conjunto de los fenómenos que entonces se observan, caracterizan el estado morboso que Sthal denomina *molimen hemorrhagicum* ó el *esfuerzo hemorrágico*. El flujo de sangre puede sobrevenir súbitamente; pero muchas veces viene precedido de un estado de malestar, horripilaciones, frio en las estremidades, y una sensacion de calor ó pesadez en la parte que va á ser el asiento de la hemorragia. Háse dicho tambien que el pulso era frecuente, duro, apretado ó discreto, pero la observacion moderna no ha confirmado semejantes asertos; pues nada en efecto, es mas variable que el estado de la circulacion general en los prodromos de las hemorragias.

*Síntomas.*—Los síntomas de las hemorragias difieren mucho, segun el órgano por donde se verifican y la mayor ó menor cantidad de flujo sanguíneo. Si la hemorragia se verifica con rapidez y es considerable, sobrevienen horripilaciones, la cara y todo el hábito esterior se ponen pálidos, se enfrian las estremidades, hay tendencia á las lipotimias, el pulso se acelera y deprime y la respiracion se debilita. En un grado mayor todavía se observan esfuerzos de vómitos, evacuaciones alvinas involuntarias, movimientos convulsivos, una especie de delirio ó de coma vigil (Marshal-Hall) y sobre todo síncopes que detienen ó moderan la

hemorragia. En fin, si la pérdida de sangre es escesiva, puede sobrevenir la muerte en algunos instantes.

Los fenómenos inmediatos de la hemorragia son los mismos, ora se derrame la sangre al esterior inmediatamente despues de haber salido de los vasos (*hemorragia esterna*), ora se vierta y permanezca mas ó menos tiempo en una cavidad ó en el intersticio de los tejidos (*hemorragia interna*). No obstante, importa tener en cuenta, que en igualdad de circunstancias, el síncope es mas rápido en la hemorragia esterna que en la interna; en estos casos la pérdida del conocimiento es muchas veces, no tanto efecto de la hemorragia, cuanto del terror de los enfermos, en cuya mayor parte la vista de la sangre despierta siempre la idea de un peligro mas ó menos inmediato.

Cuando la hemorragia es esterna, la sangre puede ser roja ó mas ó menos descolorida, fluida ó coagulada, y en fin, segun la naturaleza de los órganos que la han exhalado, sale pura ó mezclada con diversas sustancias sólidas, líquidas ó gaseosas.

La cantidad de sangre que pierden los enfermos, varía desde algunas gotas hasta muchas libras. Se ha calculado la cantidad de sangre que un animal ó un hombre podian perder mas ó menos repentinamente, sin sobrevenir la muerte; pero no se ha obtenido respecto del particular ningun resultado exacto. Sábese únicamente que cuando la sangre fluye de una manera brusca y á borbotones, produce el síncope y la muerte con bastante prontitud; seis ú ocho libras pueden bastar para ocasionarla, al paso que si la pérdida es mas lenta, y si especialmente presenta algunas intermitencias, se ve que los pacientes resisten á hemorragias dos ó tres veces mas considerables.

Cuando los enfermos atacados de síncope, recobran el conocimiento, se desarrolla con mas ó menos rapidez un estado de reaccion que ha sido bien descrito por un grande observador el doctor Marshal-Hall de Londres (1). Esta reaccion se halla caracterizada por el calor de la piel y por el desarrollo del pulso, que suele hacerse dilatado, duro y dicroto; al mismo tiempo es fuerte el impulso del corazon, y se siente en él un ruido de fuelle ó de escofina, la respiracion es frecuente, hay sed, y la orina es escasa y rubicunda. Estos fenómenos de escitacion ceden generalmente á las doce ó treinta y seis horas, y rara vez duran mas de dos dias. Cuando la hemorragia no se reproduce, y no ha sido muy copiosa, entran los enfermos en convalecencia; pero tardan mucho en recobrar sus fuerzas y quedan descoloridos. Si la hemorragia es por el contrario poco abundante, apenas hay convalecencia, y aun muchas veces va seguido el flujo sanguíneo inmediatamente de una sensacion de bienestar, como sucede por ejemplo en las hemorragias por plétora (2).

La sangre retenida en los tejidos puede ocasionar accidentes especiales, porque puede oponer un obstáculo mecánico al cumplimiento de ciertas funciones;

(1) *Transactions of the medic. and surg. Society*; vol. XIII, p. 121.

(2) M. Beau publicó en los *Archivos* de 1845, un trabajo en que emite ideas que no podemos adoptar. Pretende, en efecto, que solo en las primeras horas que siguen á la hemorragia, es cuando el pulso está débil y pequeño, pero que despues de algunas horas se repara prontamente la sangre por la absorcion del líquido de las bebidas, y el pulso se dilata mas que antes de la hemorragia. Su desarrollo es tanto mas notable cuanto mas á menudo se reproducen las emisiones; y añade que solo entonces es cuando se manifiestan los ruidos arteriales, cuyo desarrollo esplica dicho autor por la poliemia serosa que supone debe existir. No nos es posible admitir ninguna de estas proposiciones; nos parece se hallan en contradiccion con lo que diariamente se observa.

asi, pues, acumulada en los uréteres, en la vejiga ó la uretra, se opone á la escrecion de la orina; derramada en ciertos órganos delicados, los dislacerá, los comprime y produce síntomas que están en relacion con estas lesiones, como lo veremos especialmente al tratar de las hemorragias cerebrales. Esta sangre, en fin, puede esperimentar diferentes trasformaciones, y escitar en su derredor desórdenes mas ó menos graves: esto es lo que espondremos al tratar de las apoplegías.

*Curso.*—El curso de las hemorragias varía mucho. Unas veces aparecen de pronto y se contienen despues de algunos minutos; pero otras persisten sin interrupcion por espacio de muchos dias, semanas ó meses, y entonces los enfermos arrojan, ya una sangre que presenta todas sus cualidades, ya una especie de serosidad saniosa. Cuando las hemorragias persisten mucho tiempo ó están sujetas á frecuentes repeticiones, los enfermos se vuelven anémicos y esperimentan todos los accidentes que hemos descrito mas arriba: esto es, la decoloracion de los tejidos, las palpitaciones, los ruidos de fuelle en el corazon y las arterias, las lipotimias, los dolores neurálgicos de la cabeza, las alteraciones digestivas y la debilidad. Su sangre es notable por la disminucion de los glóbulos, que es la primera y muchas veces la única lesion que presenta este líquido: pero si la hemorragia continúa ó ha sido desde luego escesiva, disminuyen á su vez la fibrina y los materiales sólidos del suero, como lo ha establecido perfectamente M. Andral en sus *Investigaciones hematológicas.* (Véase *Anemia*).

Aquí únicamente añadiremos que si el paciente es jóven y robusto, se ve muchas veces desaparecer esta anemia con una rapidez asombrosa, sin mas medicacion que el mero régimen. Pero si aquel es viejo ó débil, las consecuencias de la hemorragia desaparecen con mucha lentitud; digamos tambien que el estado anémico no solo no impide la manifestacion de una nueva hemorragia, sino que algunas veces parece que la provoca ó la hace mas rebelde.

*Variedades.*—Los autores admiten muchas especies de hemorragias, segun las condiciones en que se manifiestan y los síntomas generales que las acompañan. Asi se dice que la hemorragia es *activa*, cuando presentándose en un individuo fuerte y pletórico, se anuncia por los fenómenos propios del *mólimen hemorrhágicum*, y va acompañada de un estado de reaccion casi febril que cesa con el flujo sanguíneo. La sangre presenta entonces un color bermejo y es concrescible. Esta especie de hemorragia se cura por sí sola, luego que ha salido cierta cantidad de sangre (Chomel).

Stahl, llamaba *pasivas* las hemorragias, producidas por una violencia esterior, y que pertenecen al dominio de la cirujía; pero no es este el sentido que se da hoy á esta palabra. En efecto, por hemorragias *pasivas* entendemos las que atacan á las personas débiles y caquécticas: por lo regular no tienen prodromos ni se complican con ninguna reaccion; la sangre fluye por sí misma sin impulso, es serosa, negruzca y se coagula dificilmente. Estas hemorragias tienen poca tendencia á detenerse.

Ya hemos dicho que la recidiva es muy frecuente en las hemorragias, pues hay individuos en quienes se reproducen con intervalos mas ó menos largos y á veces regulares. Cuando faltan en las épocas en que suelen presentarse de costumbre, pueden sobrevenir algunos accidentes mas ó menos graves; por lo cual

se ve que la hemorragia constituye entonces una necesidad de la economía, una especie de funcion suplementaria que conviene respetar. Estas hemorragias se llaman *constitucionales*, y tienen la misma importancia que la menstruacion. A veces se las observa en los individuos de una misma familia, aunque estén dotados de diferente constitucion, y tienen mucha analogía con las hemorragias activas. Cuando son periódicas casi siempre se verifican por el mismo órgano; pero hay casos en que aparecen por otro, y entonces se dice que la hemorragia es *desviada* ó *supletoria* ó *sucedánea*. Por último, la hemorragia puede ser *crítica*, cuando sobreviene en el curso de una enfermedad ordinariamente aguda, y va seguida de un cambio ventajoso en el estado del enfermo.

*Diagnóstico.*—Galeno, Solano de Luque, Fouquet, Bordeu, etc., decian que puede anunciarse la aparicion próxima de una hemorragia por los caracteres del pulso; decíase tambien que este estaba lleno y dicroto, que la palpacion de la arteria sadial daba la sensacion de pequeños glóbulos que parecian recorrerla en el sentido de su longitud (Fouquet), etc.; pero hoy es inútil discutir unas opiniones que se hallan hace mucho tiempo terminantemente desmentidas por los hechos mejor observados. Los únicos signos por los que puede sospecharse la inminencia de una hemorragia; son los que mas arriba hemos dicho que caracterizan la hiperemia local. Cuando la hemorragia se ha verificado, no hay dificultad alguna en conocerla si es esterna; pero podrá ser difícil precisar su orígen cuando la sangre se exhala en un órgano profundo y tiene que atravesar largos conductos para llegar al esterior. Cuando la hemorragia es interna y algo abundante, puede diagnosticarse por los escalofríos, la palidez, la pérdida del calor, los bostezos, las lipotimias, y toda la serie de síntomas que hemos dicho sobrevienen en las pérdidas de sangre algo considerables. La mayor dificultad que ofrece el diagnóstico de las hemorragias, es el determinar si son *esenciales* ó *sintomáticas*: problema que procuraré resolver al hablar de cada una de ellas en particular; bastándome decir aquí de un modo general con el catedrático Chomel, que á escepcion de la epistaxis y del flujo hemorroidal, todas las hemorragias que se verifican por las membranas mucosas son casi siempre sintomáticas.

*Pronóstico.*—La gravedad del pronóstico varía en virtud de muchas circunstancias. Asi, pues, un síncope prolongado, si no depende de la impresion producida por la vista de la sangre, es un indicio peligroso. Los movimientos convulsivos son un accidente aun infinitamente mas grave, pues por lo general son signos precursores de la muerte. La hemorragia es tanto mas peligrosa cuanto mas abundante, y mas sujeta á recidivas. La sintomática es infinitamente mas peligrosa que la esencial. La edad de los enfermos es una condicion que tiene tambien un gran valor, pues no puede establecerse samejanza alguna entre la hemorragia que ataca á un adulto vigoroso, y la que acomete á un viejo. En fin, el pronóstico debe variar segun el órgano que sirve de asiento á la hemorragia, y segun que esta solo consista en un flujo esterior, ó acarree alguna grave lesion de testura. ¡Cuánta diferencia no existe, por ejemplo, entre una epistaxis, aunque sea muy abundante, y una hemorragia cerebral, siquiera sea muy escasa! En algunas personas la hemorragia es útil; pero los casos en que es perjudicial son muy superiores en número. No podemos, pues, ver, á ejemplo de Stahl, en las hemorragias una funcion esencialmente dirigida por un poder inteligente, para desembarazar la economía de una sangre superabundante, y

que, á no ser espulsada en tiempo oportuno, podria en lo sucesivo producir los mas graves accidentes.

*Etiología.*—Apenas hay un tejido en la economía que se halle exento de hemorragia; pero donde se observa especialmente es en los órganos y tejidos mas vasculares, en aquellos que tienen una trama blanda y una testura delicada, lo cual esplica probablemente la disposicion especial que se nota en las membranas mucosas á padecer esta especie de flujos. Las hemorragias sobrevienen en todas las edades; pero la adolescencia y la edad madura son los períodos de la vida en que las pérdidas de sangre son mas frecuentes; la edad es tambien, como veremos, lo que mas influye sobre la determinacion del sitio de las hemorragias. Estas son en general mucho mas comunes en las mujeres que en los hombres, y en las primeras son las mas veces suplementarias del flujo menstrual.

Los temperamentos sanguíneo y pletórico y los sugetos nerviosos é irritables son los que están mas dispuestos á las hemorragias esenciales. Tambien es una causa poderosa la trasmision hereditaria. Hay ademas algunos individuos tan predispuestos á los flujos sanguíneos, que basta la causa mas leve para que los padezcan: la mas ligera solucion de continuidad, como la picadura de una sanguijuela, produce á veces en ellos un flujo considerable é interminable de sangre. Estas hemorragias se verifican otras veces espontáneamente por una ó muchas partes á la vez y sin prévia solucion de continuidad, constituyendo una verdadera diatesis que puede llamarse hemorrágica, y que mas adelante describiremos como una enfermedad especial. En vano se ha procurado hasta el dia averiguar la condicion orgánica que hace trasudar la sangre en ciertos individuos con tanta facilidad. ¿Podrá decirse que la atonía en que se encuentra su sistema capilar le priva de la fuerzas necesaria para contener la sangre? Esta es una hipótesis que no puede justificarse. ¿Admitiremos que se halla alterada la composicion de la sangre? Esto paréceme mas probable; ¿pero en qué consiste semejante alteracion? ¿Estará modificada la testura de los glóbulos, ó bien debe suponerse que es menor la proporcion de la fibrina? Hasta ahora nada sabemos. Es sin embargo innegable, como lo ha demostrado Andral, que la defibrinacion de la sangre es muchas veces la causa ó por lo menos la lesion concomitante de muchos flujos sanguíneos de carácter pasivo: pues el mayor número de las hemorragias pasivas sobrevienen en las enfermedades donde se halla destruida la fibrina. Esto es lo que hemos visto anteriormente en las piréxias, sobre todo en la calentura tifoidea y amarilla, en las viruelas y en la escarlatina. La influencia de la defibrinacion de la sangre en la produccion de las hemorragias se halla ademas demostrada por los esperimentos de M. Magendie. Todas las sustancias virulentas, pútridas, miasmáticas ú otras, que introducidas en la sangre la hacen menos coagulable, son, pues, causas poderosas de las hemorragias. Las perturbaciones profundas del sistema nervioso pueden tal vez producir el mismo efecto, pero nada sabemos aun de positivo sobre esta materia. El estado opuesto, es decir, una sangre rica en glóbulos, como se encuentra en la plétora, es tambien una causa de hemorragias; pero entonces estas se presentan siempre con el carácter esténico. La mayor parte de las hemorragias constitucionales coinciden probablemente con este estado de la sangre; pero seria un grave error el creer que todas las hemorragias activas dependen del aumento de los glóbulos, porque hay muchas donde esta alteracion no existe, ni siquiera es

probable: tales son, por ejemplo, las que sobrevienen á causa de la impulsion demasiado enérgica que recibe la sangre de un corazon hipertrofiado; las que resultan de la esposicion á un frio demasiado intenso, como se vió en la campaña de Rusia, ó á un calor muy considerable, ó bien de las variaciones repentinas de la temperatura y de la presion atmosférica, como se observa en los que se elevan rápidamente á grandes alturas. Estas condiciones generales climatéricas nos esplican por qué ciertas hemorragias reinan epidémicamente de tiempo en tiempo, como se vió en 1699 en Breslaw, ó aun endémicamente, como pareció suceder con la hematuria observada en la antigua montaña de la Isla de Francia. La defibrinacion y la escesiva liquidez de la sangre no pueden, sin embargo, esplicar todas las hemorragias pasivas, pues muchas dependen, en efecto, de causas completamente locales; tales son, por ejemplo, las producidas por un obstáculo á la circulacion, ora resida en el corazon, en las arterias y sobre todo en las venas; tales son tambien esas hemorragias fulminantes que sobrevienen despues del parto, cuando los vasos del útero se hallan abiertos, á causa de la atonia del órgano, etc. Diremos, en fin, que hay hemorragias del carácter de las que se llaman sintomáticas, producidas manifiestamente por la lesion material de un sólido, sin que pueda determinarse el cómo obra para producir la hemorragia, pues es imposible demostrar la accion que ejercen algunos tubérculos formados en los pulmones, ó un escirro muy limitado del estómago ó del útero, para producir hemorragias muy abundantes, y que á veces son muy rebeldes. Suponer que hay aquí rotura de un vaso, es emitir una opinion que desmiente la anatomía patológica. Solo hablo del primer período de las lesiones orgánicas, pues mas tarde, cuando los productos accidentales se han reblandecido y ulcerado, se encuentra algunas veces en la destruccion de un vaso, la causa material de las hemorragias observadas durante la vida.

*Tratamiento.*—Es caso poco comun que debamos respetar una hemorragia, y lo es aun menos que debamos escitarla; estos son hechos escepcionales de que mas adelante nos ocuparemos. En la casi totalidad de los casos la hemorragia constituye, por consiguiente, una enfermedad que reclama un tratamiento activo, porque han pasado ya los tiempos en que, á ejemplo de Stahl, creian los médicos que generalmente era preciso favorecer las hemorragias, escitarlas algunas veces, y nunca suprimirlas, á no ser que llegasen á un grado considerable, ó se manifestasen en parte en que pudieran ser peligrosas. El tratamiento de las hemorragias varía mucho segun su naturaleza, su asiento y causas que las han determinado.

Si la hemorragia es activa y poco abundante, es preciso limitarse á prescribir la quietud del cuerpo y del espíritu, una temperatura suave, y remover todo lo que pueda hacer que afluya la sangre hácia el órgano por donde se verifica la hemorragia. Pero cuando el flujo se verifica por un órgano importante y se observan al mismo tiempo todos los signos de un estado pletórico ó de una fuerte hiperemia local; ó bien cuando la hemorragia es tan abundante que debilita á los enfermos y amenaza durar mucho tiempo, es preciso practicar una ó muchas sangrías. La flebotomía es generalmente preferible á las sangrías locales, pues estas obran con mas lentitud, y lejos de desinfartar los tejidos, los predisponen algunas veces á nuevos flujos. Para evitar este grave inconveniente, será preciso aplicar un número bastante considerable de sanguijuelas, á fin de operar un desinfartamiento rápido; pero no procederíamos del mismo modo si nos propu-

siésemos un efecto revulsivo, porque en tal caso las sanguijuelas deberian aplicarse en escaso número y distantes del asiento de la congestion. Como complemento de todo esto, se someterá á los enfermos á una dieta mas ó menos severa, y se les darán bebidas aciduladas, frescas y hasta heladas. Tambien se aconseja en estos casos la digital, para moderar los latidos del corazon, los purgantes, los diuréticos y los revulsivos cutáneos, sinapismos, maniluvios, pediluvios y ventosas, para producir una derivacion del estado fluxionario, siempre que no haya alguna causa que contraindique el uso de estos medios. Cuando se trata de fluxionar la piel para destruir una hipiremia hemorrágica, es preciso obrar bastante lejos del órgano enfermo, á fin de que la congestion que se provoca no se estienda hasta él. Para moderar el aflujo de sangre hácia los órganos que son el asiento de hemorragias, se ha aconsejado colocar las partes en una posicion tal, que la sangre afluya á ellas lo menos posible, y salga de ellas fácilmente. Opondremos tambien ciertos obstáculos á la circulacion, para mantener la mayor cantidad posible de sangre en un punto distante: de este modo obran la compresion arterial y la compresion circular de los miembros, por medio de ligaduras, y de las grandes ventosas de Junod, á beneficio de las cuales pueden sustraerse á la presion atmosférica uno ó dos miembros á la vez.

Cuando la hemorragia se prolonga, suelen obtenerse buenos efectos de la aplicacion del frio. No solo deben darse los alimentos y las bebidas en el mayor grado posible de frialdad, sino que se aplicarán compresas empapadas en agua muy fria, ó bien el mismo hielo, al órgano que suministra la sangre. Esta aplicacion deberá prolongarse bastante tiempo; pues sin esta precaucion podríamos ver duplicarse la pérdida á consecuencia de la reaccion consecutiva á la aplicacion del frio. En fin, en algunos casos la accion de este se hará estensiva á toda ó casi toda la superficie del cuerpo, ya recurriendo á las afusiones, ya á una inmersion en un baño frio: medios que obran como sedativos, y acaso tambien á título de agentes perturbadores.

Inútil es decir que siempre que el estado de las partes lo permita, conviene emplear la compresion y el taponamiento.

En las hemorragias muy rebeldes y que van acompañadas de una gran debilidad, como en las primitivamente pasivas, deben usarse ademas los medicamentos que gozan de propiedades hemostáticas, tales son en particular los astringentes, ora se apliquen sobre el órgano mismo de la hemorragia, ó se administren al interior. En estos casos puede recurrirse principalmente á las limonadas sulfúricas, á los cocimientos de nuez de agalla, de corteza de encina, cáscara de granada, de catecú, á las preparaciones de hierro, al acetato de plomo, al polvo de sangre de drago, al aceite de trementina, al per-cloruro de hierro y al estracto de ratania. Los médicos italianos preconizan mucho el cornezuelo de centeno, no solo en la metrorragia, sino tambien en todos los demás flujos sanguíneos, pues le tienen por un poderoso hemostático, y aun aconsejan administrarlo en las hemorragias activas. M. Arnal, que ha defendido en Francia esta opinion, la ha apoyado en hechos bastante numerosos, y hasta cree que el cornezuelo de centeno tiene un efecto mucho mas seguro en las hemorragias activas que en las pasivas, ó que afectan á personas primitivamente débiles ó estenuadas por largas enfermedades. (1)

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XIV.

Cuando á pesar de estos medios se prolongan las hemorragias, es útil muchas veces establecer un punto permanente de supuracion, por medio de un vejigatorio ó cauterio, colocado á mas ó menos distancia del centro hemorrágico.

Cuando sobreviene un síncope en el curso de una hemorragia grave, conviene muchas veces respetarlo, pues el flujo cesa frecuentemente mientras él dura; y muchos heridos abandonados en los campos de batalla, han llegado á salvarse de este modo. No obstante, por poco que el síncope se prolongue, debe combatírsele poniendo en juego los medios de que trataremos cuando hagamos la historia de este accidente.

En el intervalo de las hemorragias pasivas debe prescribirse un régimen tónico y el uso de los ferruginosos, que son los medios mas eficaces para evitar que se reproduzcan. Las hemorragias constitucionales deben respetarse, aunque conviene sin embargo moderarlas cuando son muy considerables. Cuando se verifican por un órgano importante, debemos procurar alejarlas de él, provocando periódicamente hácia otro punto un movimiento fluxionario. Por último, cuando la hemorragia es supletoria, casi siempre es ventajoso restablecer la primitiva.

Es casi inútil decir que en las hemorragias pueden muchas veces presentarse diversas indicaciones que conviene satisfacer. Si hay por ejemplo embarazo gástrico é intestinal, deben administrarse los evacuantes, pues suele bastar esta prescripcion algunas veces para contener hemorragias rebeldes, en cuyo caso se ha supuesto que eran sintomáticas de la alteracion de los órganos digestivos. Si la hemorragia coincide con una calentura intermitente, ó bien si se reproduce de un modo periódico, constituyendo asi una forma de calentura larvada, deben administrarse los febrífugos. Cuando se presenta acompañada de dolores vivos, no debe titubearse en administrar el opio, pues Young y Dumas han demostrado la utilidad de este medicamento en las pérdidas uterinas, y Hoffmann y Bennet en las hemoptisis dolorosas.

En las hemorragias intersticiales debe llenarse como indicacion especial el favorecer la absorcion de la sangre derramada y la cicatrizacion del foco, y prevenir ó moderar la flegmasia que algunas veces se apodera de los tejidos que rodean el coágulo; la sangria general y local, los revulsivos y la dieta son los principales medios que deben aconsejarse. Si la hemorragia ocupase un asiento superficial, se podria ademas favorecer la reabsorcion de la sangre por medio de las aplicaciones resolutivas.

Cuando las hemorragias se prolongan mucho tiempo, ó bien cuando de repente se hacen muy abundantes, y no queda ya en los vasos la sangre necesaria para el sostenimiento de la vida; cuando se prolonga el síncope y los enfermos están próximos á espirar, creo que no debe vacilarse en estos casos estremos en practicar la trasfusion, pues aunque nos esponemos de este modo á ejecutar una operacion inútil en un caso desesperado, tenemos la probabilidad aunque débil, de que los enfermos vuelvan á la vida. Los hechos favorables á la trasfusion, referidos por algunos médicos ingleses, y especialmente por Brundell, Brown, Klett, etc., nos autorizan, y aun diré que casi nos obligan á no diferirla cuando siendo inútiles los demás medios, se hace inminente la muerte.

Puede leerse en la *Fisiologia* del catedrático Berard (1), el resúmen de quince

(1) T. III, p. 219.

observaciones de trasfusiones practicadas con buen éxito por diferentes médicos y los anales de la ciencia contienen ademas un número mucho mayor. Bien sé que estos hechos no han convencido á todos, y que algunos espíritus en demasía escépticos, se han aventurado á decir que los enfermos á quienes se habia hecho la trasfusion se hubieran curado sin ella: suposicion enteramente gratuita, y que por otra parte está en contradiccion con los esperimentos que sobre el particular se han hecho. En efecto, los animales que habian llegado á un estado de muerte aparente, á consecuencia de una hemorragia, no se restablecieron sino mediante la trasfusion (Berard). Otros han creido presentar una objecion grave contra la trasfusion, y se han creido autorizados para poner en duda sus efectos, porque la cantidad de sangre inyectada ha estado siempre en una proporcion infinitamente menor que la cantidad de sangre perdida. Mas ¿qué importa? No tenemos la pretension de restablecer inmediatamente al enfermo en sus condiciones normales, por medio de la trasfusion, sino que procuramos únicamente impedir que muera al instante. Pues bien: una cantidad mínima de sangre rica en glóbulos, debe bastar muchas veces para reanimar la circulacion y las funciones orgánicas.

Para la práctica de la trasfusion, es preciso elegir una sangre rica, suministrada por una persona sana y bien constituida. No es necesario, sin embargo, que existan relaciones de edad y sexo entre el que da la sangre y el que la recibe. Pero conviene saber, como lo han demostrado los esperimentos de Blundell, que en el hombre se debe inyectar sangre humana, y no la de otro mamífero: desatendiendo este precepto, la operacion se desgracia casi siempre.

La sangre se inyectará en especie con todos sus elementos: no obstante, algunos observadores, especialmente Muller y Dieffenbach, han propuesto que no se inyecte sino una sangre desfibrinada. Pero, como lo hace observar M. Berard, ¿quién puede responder de que, con la operacion necesaria para hacer perder á la sangre su fibrina, no se le robarán tambien algunas de sus propiedades vivificantes?

Para operar la trasfusion se coloca primero una ligadura en el brazo del enfermo, como cuando va á practicarse una sangría, á fin de hacer resaltar las venas, y se pone al descubierto por medio de una incisíon longitudinal, el vaso que está mas grueso y visible; se corta y se comprime inmediatamente la estremidad inferior, á fin de evitar todo derrame sanguíneo, mientras que en la estremidad superior se introduce una canulita de plata ó de goma elástica. Al mismo tiempo una persona jóven y vigorosa es sangrada en una vena del brazo con una ancha cisura, y la sangre va á parar á una geringa sumergida en agua caliente, cubierta de una compresa embebida de este líquido á la temperatura de treinta y seis grados del termómetro centígrado. No bien se han recogido tres ó cuatro onzas de sangre, se inyecta sin pérdida de tiempo en la vena, teniendo la precaucion de echarla muy lentamente, pues sin este requisito pudiera causarse la muerte del enfermo. Tambien se evitará con gran cuidado el inyectar alguna burbuja de aire. (1).

(1) Véase una tesis de M. Perrier. París, 1851, núm. 195.

## *De la epistaxis.*

SINÓNIMIA.—Flujo de sangre y hemorragia nasal, rhinorragia; *stillicidium* ó *stillatio sanguinis a naribus*, etc.

Llámase epistaxis la hemorragia que se verifica por la superficie de la membrana pituitaria.

*Síntomas, curso, duracion y terminaciones.*—Las epistaxis suelen anunciarse por algunos prodromos, como cefalalgia, pesadez de cabeza, somnolencia, rubicundez de la cara, sensacion de tension, de sequedad y de prurito en la nariz, lagrimeo, zumbidos de oidos, latidos molestos de las arterias temporales y á veces malestar general. Estos fenómenos precursores no duran en la mayor parte de los casos, sino una ó muchas horas, y aun uno, dos ó tres dias, y luego se presenta la hemorragia, la cual se verifica rara vez á un mismo tiempo por ambas aberturas nasales. La sangre sale casi siempre á gotas, que se suceden mas ó menos pronto, y en algunos casos forma un caño ó un chorrito contínuo, como si se hubiese practicado una vasta abertura en un vaso. Háse dicho que inclinando hácia atrás la cabeza del paciente suele descubrirse el punto de la pituitaria que suministra la hemorragia; pero esto me parece casi imposible, y es fácil adivinarlo. La sangre esen general roja y concrescible: esto es probablemente lo que ha hecho decir á Ettmuller que era arterial; y pierde á veces su calor con tanta rapidez, que algunos autores han dicho que estaba casi fria. Si el enfermo está sentado, el líquido fluye por la abertura anterior de las fosas nasales; y por las posteriores, sobre la pared correspondiente de la faringe, si se halla acostado; luego, una parte sale por espuicion y otra es tragada y cae en el estómago. Si la hemorragia es muy abundante puede salir á la vez por las ventanas nasales anteriores y posteriores. La duracion del flujo sanguíneo, varía desde algunos minutos hasta uno ó muchos dias; la cantidad de sangre perdida es tambien muy variable, y por lo regular oscila entre media onza y tres ó cuatro onzas si bien en algunos casos, por fortuna muy raros, la sangre se derrama en tan enorme proporcion, que puede sospecharse haya habido alguna exageracion por parte de los autores que han citado estos hechos. Rodius vió perder á un enfermo mas de diez y nueve libras de sangre en treinta y seis horas. Amato Lusitano, Bartholin y otros muchos, citados por J. Frank, han sido testigos de pérdidas mucho mas considerables todavía.

La hemorragia cesa generalmente poco á poco; á medida que va disminuyendo, la sangre se concreta en las fosas nasales; el coágulo suele comprimir entonces la parte de la mucosa que suministra la hemorragia, y se convierte de este modo en un agente hemostático: asi es que muchas veces basta desprender ó separar el coágulo cuando se le quiere tocar, ó bien cuando los enfermos se suenan ó estornudan, para que en el acto se renueve lahemorragia: esta suele reproducirse espontáneamente con la mayor facilidad. Las recidivas de las epistaxis son muy irregulares y á veces periódicas, pudiendo constituir verdaderos accesos de una calentura larvada. En general, la epistaxis hace que desaparezca inmediatamente la pesadez de cabeza y todos los desórdenes que se observaban durante los prodromos. Cuando son copiosas ó demasiado frecuentes, pueden ocasionar como todas las demás hemorragias, un estado anémico, pero es muy raro que esto suceda. Cítanse casos de epistaxis mortales; pero esta terminacion ape-

nas tuvo lugar sino cuando la hemorragia se complicaba con un estado general, como especialmente sucede en la diatesis hemorrágica, ó bien en la púrpura.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la epistaxis solo ofrece alguna dificultad cuando es poca la cantidad de sangre y fluye por las aberturas posteriores, pues arrojándola en seguida por espuicion, podria simular una hemoptisis, ó bien si cae en el estómago y mas tarde es espelida por vómitos ó cámaras, pudiera creerse que provenia de algunos puntos de los órganos digestivos, de lo cual me ocuparé mas tarde.

*Pronóstico.*—Este solo es grave cuando la epistaxis es muy abundante ó sobreviene en individuos muy debilitados. Muchas veces se presenta como crítica, y algunas como suplementaria, en cuyos casos debe respetarse si no es demasiado considerable. Hay tal vez demasiada tendencia, aun entre los médicos á considerar la epistaxis como útil en los jóvenes; pero hallándose este accidente muy sujeto á repeticiones, concluye en definitiva por ser mucho mas nocivo que útil.

*Etiología.*—Las epistaxis atacan generalmente á los niños desde el décimo año, y á los adultos; pero las que son bastante graves para comprometer la vida, se han observado quizá mas en los adultos y los viejos que en los jóvenes. Los individuos del sexo masculino están ciertamente mas espuestos á esta hemorragia. La plétora, el temperamento sanguíneo-linfático, las variaciones atmosféricas, las temperaturas estremadas, especialmente el calor, aunque Sydenham haya dicho lo contrario, y una disposicion hereditaria especial, son otras tantas causas predisponentes; muchas veces sucede á una contusion de la nariz, á la irritacion de la pituitaria por un cuerpo estraño, á los esfuerzos, estornudos violentos y á los accesos de coqueluche. Las epistaxis pueden tambien ser sintomáticas de varias alteraciones de las fosas nasales, como las úlceras y los pólipos; se ha dicho igualmente, pero sin aducir pruebas, que se observaban con frecuencia en las enfermedades encefálicas y en los infartos de los órganos viscerales: opinion profesada por Morgagni. El flujo sanguíneo nasal suele observarse en los períodos de la menstruacion, al principio de las fiebres eruptivas, y en el primer período de las tifoideas; ataca especialmente á las personas debilitadas y caquécticas; y en estos casos es con bastante frecuencia sintomático de la alteracion de la sangre. La epistaxis es una de las hemorragias mas comunes en la diatesis hemorrágica y en la *púrpura hemorrágica*, enfermedades que tienen su razon de ser en un estado constitucional de los pacientes. Háblase tambien de una epistaxis epidémica: esta seria aquella que, segun el testimonio de Morgagni, reinó en 1200 en la Etruria y la Romanía, causando terribles estragos (1): es en alto grado probable que en este caso la hemorragia nasal era sintomática de un estado general.

*Tratamiento.*—La mayor parte de las epistaxis se detienen con la quietud. Cuando es tal su gravedad que exigen algun tratamiento, deben seguirse las reglas trazadas mas arriba, pues aquí solo indicaré lo que es especial de esta hemorragia. Cuando es preciso contenerla inmediatamente, basta algunas veces, siempre que la sangre proceda de un punto próximo á las ventanas de la nariz, introducir el dedo ó un lechino de hilas para que cese al momento. Tambien se ha aconsejado inyectar en las fosas nasales líquidos frios y dotados de propiedades

(1) Carta XIV, §. 25.

estípticas, como una solucion de acetato de plomo, de sulfato de zinc ó de cobre, un cocimiento de nuez de agallas, una solucion de tanino, etc. Suelen aplicarse paños frios alrededor de la cabeza; pero es mejor colocar los sedantes de esta especie en partes donde su contacto produzca un estremecimiento de todo el organismo, lo cual detiene muchas veces inmediatamente la hemorragia. De este modo es como obran las lavativas frias (Sydenham), y las aplicaciones de igual clase al dorso ó el escroto (Fernel). En general es útil sorprender á los enfermos aplicándoles este remedio cuando menos lo esperan. Estos medios son mas eficaces, y de todos modos preferibles á ciertas prácticas caprichosas y á veces perjudiciales, que se indican en las obras antiguas, tales como la constriccion violenta de ambas orejas, ó de los testículos ó las mamas, que deben obrar en virtud del sacudimiento y de la revulsion ocasionados por el dolor. Pero entre los medios revulsivos á que podemos recurrir con buen éxito, citaremos los pediluvios irritantes, y las ventosas secas, que Fernel aplicaba á la region del hígado, Riviere á entrambos hipocondrios, y otros á la espalda; pero es preferible, para lograr una revulsion mas poderosa, servirse de las ventosas de Junod, que se aplican á los miembros inferiores. Hay otros medios que obran en virtud del trastorno que causan en la circulacion, y que son mucho menos eficaces; tales son las ligaduras de los miembros y la compresion de la carótida correspondiente al lado de la hemorragia. En fin, M. Negrier ha dicho hace algunos años, que se podia detener fácilmente la epistaxis levantando repentinamente el brazo correspondiente á la abertura nasal por donde fluye la sangre, y manteniéndolo algun tiempo en esta posicion. Por mi parte confieso que siempre que he puesto en juego este medio, he sido menos feliz de lo que parece haberlo sido el sabio médico de Angers.

Si estos medios son inútiles y peligra la vida, ó hay por lo menos grave inconveniente en dejar que la hemorragia se prolongue, se practicará el doble taponamiento de las fosas nasales. A este efecto nos serviremos de la sonda de Belloc, que se compone de una cánula de plata que encierra un estilete adaptado á un resorte de reloj que termina en un boton de plata, atravesado por un agujero. Este instrumento se introduce por la abertura nasal por donde fluye la sangre, y cuando ha penetrado hasta la faringe se coloca el estilete, y á medida que se va introduciendo, el resorte de reloj se despliega y penetra en la boca. Si no se tiene á mano una sonda de Belloc, se empleará una de goma elástica blanda y flexible, que se introduce del mismo modo; pero para hacerla llegar á la boca es preciso introducir el indicador en la faringe: maniobra desagradable; y á veces difícil de ejecutar en los niños. Como quiera que sea, se ata á la estremidad de la sonda que sale por la boca, un hilo doble que sostiene un lechino de hilas bastante grueso para poder obturar la abertura posterior de la fosa nasal. Habiéndose retirado la sonda de la nariz, se tira del hilo, el lechino se adapta al orificio que debe obturar, y se mantiene allí, por medio de una traccion bastante fuerte. Separando despues los dos hilos, se colocan en su intermedio y hasta la ventana de la nariz, algunos lechinos de hilas untados en colofonia, y se les sostiene por medio de dos nudos. Si ambas aberturas nasales suministran sangre, se taponarán sucesivamente una y otra. En general conviene dejar el aparato en su puesto durante tres, cuatro ó cinco dias. Para levantarlo se corta el nudo, y el tapon posterior es comunmente

espelido por la mera contraccion de la faringe. A fin de facilitar su estraccion, algunos facultativos atan al lechino un hilo que atraviesa la boca, y que se sujeta al gorro del enfermo; pero como se reblandece por la saliva, no tarda en ser cortado por los dientes, por mas precauciones que se adopten para evitar este inconveniente. M. Martin Saint-Ange se sirve, para taponar las fosas nasales, de un procedimiento ingenioso que consiste en un saquito de baldés adaptado á una cánula que termina en una espita. Introdúcese el aparato hasta la faringe, y se hace llegar por la cánula aire ó agua cuyas cantidades varían discrecionalmente, de manera que dilaten el saquito que comprime las paredes nasales, y se opone de este modo á la salida de la sangre. En fin, si careciésemos de todos estos instrumentos para practicar el taponamiento de las fosas nasales, podríamos valernos, segun los consejos de MM, Lay y Calvi (de Tolon), de un cilindro de esponja preparada, de longitud y grosor convenientes, que se dobla en forma de sonda, y se introduce hasta el orificio posterior. Tambien podría reemplazarse la esponja por un cono de yesca, como ha aconsejado practicarlo el doctor Morand, en una de las sesiones de la Sociedad médica de Indre-et-Loire.

Sea cual fuere el procedimiento que se emplee, el enfermo deberá permanecer inmóvil y con la cabeza muy alta, antes de la operacion. La coagulacion de la sangre en las fosas nasales suele producir una sensacion penosa de distension ó molestia. Una vez levantado el aparato, los coágulos salen poco á poco; pero si han sufrido un principio de alteracion, los enfermos se sienten incomodados durante algunos dias por un olor fétido, y muchos se ven atacados consecutivamente de una coriza, que por lo demás nada presenta de particular y digno de mencion.

Hay epistaxis crónicas que se renuevan en breves intervalos, y que al parecer no se reproducen con tanta frecuencia sino en virtud de una especie de hábito morboso que contrae la pituitaria, cuyos capilares adquieren algunas veces un desarrollo casi varicoso. Entonces conviene modificar la superficie de esta membrana, haciendo que tome el enfermo un polvo astringente, tal como el alumbre mezclado á igual porcion de magnesia, ó bien el polvo de bistorta: tambien suele ser ventajoso en estos casos el uso del tabaco. Finalmente, si es accesible el punto alterado de la mucosa, se cauteriza con el nitrato de plata para modificar su vitalidad.

Creemos inútil decir que si la epistaxis está sostenida por una causa constitucional, deberá prescribirse un tratamiento general apropiado. Siendo los individuos débiles y anémicos, deberá recurrirse á los ferruginosos, los tónicos, los amargos, y á una alimentacion rica en principios azoados, para contener las hemorragias que la dibilidad reproduce y agrava sin cesar.

## HEMOPTISIS.

Sinonimia.—Esputo de sangre, neumorragia, bronco-hemorragia; *sanguinis sputum* (de αἷμα, *sangre*, πτύω, *escupir.*)

La palabra *hemoptisis* sirve para designar una enfermedad caracterizada por la espectoracion de una cantidad mayor ó menor de sangre exhalada por la

membrana mucosa de las vias aéreas, desde la laringe hasta las últimas ramificaciones bronquiales.

La hemoptisis, mas bien sospechada que realmente conocida por Hipócrates, Galeno y Celso, no ha sido bien descrita hasta despues de los trabajos de Stahl y Federico Hoffmaim. Esta es una de las hemorragias que suelen observarse con mas frecuencia en la práctica, y que la mayor parte de las veces se complica con las mas graves alteraciones. Aunque en la hemoptisis pueden hacerse todas las divisiones que hemos establecido mas arriba para las hemorragias en general, importa, sin embargo, declarar que son sumamente raras las hemoptisis esenciales, hasta el punto que algunos autores casi han negado su existencia; pero esta opinion es sin duda alguna demasiado esclusiva, aunque no hay duda que casi todas las hemoptisis, al menos cuando ofrecen cierta abundancia, son sintomáticas de una enfermedad orgánica del pulmon ó de un órgano inmediato, como la aorta ó el corazon.

*Anatomía patológica.*—Infiérese de lo que acabo de decir que, en la autopsia de los individuos que mueren durante una hemoptisis, se encontrarán una ó muchas de las diversas lesiones orgánicas de que la hemorragia es el síntoma ordinario. En algunos casos se conoce que la hemoptisis ha sucedido á la rotura de un vaso mas ó menos voluminoso, tal como la aorta aneurismática, y con mas frecuencia todavía á la de un vaso del pulmon, que, situado alrededor de los tubérculos ó de una gangrena, es invadido por el mal sin obliterarse de antemano. Para descubrir en este caso la rotura, es necesario muchas veces inyectar y examinar el pulmon sumergido en agua; pero estos hechos son muy raros, porque los vasos próximos á los tubérculos, á las cavernas ó los puntos gangrenosos, se obliteran casi siempre á causa de una inflamacion adhesiva; asi puede decirse que en todas las hemoptisis esenciales y en la casi totalidad de las sintomáticas, la sangre es simplemente exhalada por la membrana mucosa. Esta se encuentra algunas veces parcialmente inyectada ó equimosada, pero no se advierte en ella ninguna erosion ni dilatacion varicosa, como se supuso durante mucho tiempo; en ciertos casos, por el contrario, la mucosa se presenta mas bien pálida y descolorida. El pulmon está á veces edematoso é infiltrado de un líquido seroso y rojizo, lo que se esplica por la acumulacion y por el éxtasis de la sangre en el parenquima del órgano; algunas veces tambien se encuentran en él núcleos negros y duros de apoplegía. Si la hemoptisis ha ocasionado la muerte por su abundancia, es muy comun ver los principales bronquios obstruidos por una sangre negra y coagulada, que ha producido un color rojo uniforme de la mucosa bronquial que está en contacto con él. La inspeccion cadavérica prueba ademas que la exhalacion sanguínea se verifica en el mayor número de los casos, en un solo pulmon.

*Síntomas.*—La mayor parte de las hemoptisis van precedidas de malestar general, de opresion y calor en el pecho, de disnea, tos seca, palpitaciones, de un gusto salado ó de sangre, de horripilaciones, y de un enfriamiento sensible en los piés y las manos. La mayor parte de estos accidentes solo duran algunas horas, pero pueden preceder á la hemorragia en muchos dias, aunque no es raro que invada esta repentinamente sin prodomo alguno apreciable.

Los individuos, entonces, obedeciendo á la necesidad de toser, arrojan las mas de las veces con asombró y á veces con espanto una cantidad de sangre

mas ó menos considerable, la cual sale al esterior del mismo modo que las mucosidades, á causa de la tos que provoca luego que es exhalada en los bronquios. Pero cuando el líquido llega á acumularse de pronto en mucha abundancia, impide el paso del aire y produce una grande ansiedad; los músculos espiradores entonces se contraen con fuerza por una especie de instinto de conservacion, y comprimiendo los pulmones por todas partes obligan á que salga la sangre á borbotones por la boca y narices á la vez. En algunos de estos casos, el cosquilleo que la sangre produce al atravesar la faringe, produce esfuerzos de vómito, el cual suele á veces verificarse, y las materias que contenia el estómago salen mezcladas con sangre. Cuando, por el contrario, se exhala el líquido muy lentamente y es corta su cantidad, llega poco á poco á la faringe sin provocar la tos, y es arrojado por un simple movimiento de expuicion.

La sangre que ha sido exhalada en las vias aéreas, es casi siempre de un rojo bermejo y espumoso, á causa de su íntima mezcla con el aire. Sin embargo, cuando está muchas horas en los bronquios antes de ser espelida, suele adquirir un color negro subido. La cantidad de sangre espelida varía mucho; en general es de 3 á 4 onzas, pero hay enfermos que solo echan dos ó tres esputos de sangre, pura ó mezclada con mucosidades; otros, por el contrario, pierden hasta muchos cuartillos en algunas horas. Laennec ha visto un jóven que arrojó dos azumbres y media en cuarenta y ocho horas, y J. Frank cita casos en que la hemorragia fue de 12 y aun 28 cuartillos en solas tres horas. Pero estos casos, casi siempre mortales, son felizmente muy raros.

En los individuos que padecen una hemoptisis simple, el pecho está tan sonoro como de costumbre; pero la auscultacion revela á veces menos amplitud y claridad en el ruido respiratorio, y todavía se distingue mas á menudo en los dos tiempos respiratorios un estertor mucoso de burbujas muy húmedas y gruesas, que tienen su máximum de abundancia en la raiz de los bronquios, aunque pueden ocupar una gran superficie.

Cuando la hemoptisis es grave, va acompañada ademas, de los síntomas generales que se observan en todas las hemorragias algo abundantes. Hay, sin embargo, bastantes individuos que aunque no arrojen mas que dos ó tres esputos sanguíneos, se ponen pálidos, esperimentan escalofríos, una gran postracion, enfriamiento y aun pierden por completo el conocimiento. Pero estos accidentes apenas sobrevienen sino á consecuencia del susto que reciben muchos enfermos al ver la sangre, sobre todo si les parece que proviene del pecho.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la hemoptisis es muy variable, pues hay personas que esperimentan de pronto una pneumorragia considerable que cesa definitivamente en pocas horas; en otras, el flujo se reproduce con algunos dias de intervalo, y puede prolongarse con estas mismas intermitencias muchas semanas ó muchos meses. En la mayor parte de los casos sucede que el esputo sanguíneo es mas ó menos abundante por espacio de algunas horas, y disminuye despues de un modo espontáneo; la sangre espelida se hace al fin completamente negruzca, y á los dos ó tres dias no espelen los enfermos mas que algunos esputos completamente mucosos. Sin embargo, aunque la hemorragia llegue á cesar persisten á veces por mucho tiempo la disnea, la tos y el calor del pecho.

La hemorragia del pulmon puede matar en algunos instantes, cuya terminacion, que es muy rara, es debida, menos á la pérdida de sangre que á la obstruccion que este líquido produce, acumulándose en los bronquios, y que, impidiendo la entrada del aire, determina la muerte por asfixia.

Es raro que no se esperimente sino un ataque de hemoptisis, pues, en efecto, este accidente se reproduce al cabo de un tiempo mas ó menos largo. Los intervalos que separan los diferentes ataques, son comunmente irregulares, á no ser que la hemorragia sea suplementaria de la menstruacion, pues entonces puede presentarse tan periódicamente como el mismo flujo menstruo que reemplaza ó suple. Muchas personas se restablecen completamente, pero otras muchas gozan de una salud valetudinaria, sobre todo cuando la hemoptisis se reproduce de tiempo en tiempo, y en fin, casi todas llegan tarde ó temprano á morir tísicas.

*Formas.*—La hemoptisis puede ser *activa* ó *pasiva*. Tambien se describen hemoptisis *constitucionales*; pero la mayor parte de los hechos de este género creemos deben considerarse como ejemplos de tisis de curso lento, ó curadas por la trasformacion cretácea de las masas tuberculosas. Los casos de hemoptisis succedáneas están por el contrario bien averiguados. Los dos hechos mas notables los refieren Brioude en la *Enciclopedia metódica* y Pinel. El primero habla de una mujer de sesenta años, que no habia tenido mas que una sola vez sus reglas por las vias ordinarias, pues las habia reemplazado siempre una hemoptisis. El segundo ha visto igualmente en la Salitrería una mujer cuya menstruacion se suprimió repentinamente, y fue reemplazada durante cuarenta y dos años por una hemoptisis muy considerable, á la cual precedian todos los prodomos de la erupcion menstrual. La hemoptisis ha parecido tambien, en algunos casos muy raros, ser una forma de calentura larvada, y ha cedido á los antiperiódicos; no obstante, debemos desconfiar siempre de hechos de este género, y no admitirlos á la ligera, puesto que la hemoptisis es una de esas afecciones que las mas de las veces cesan y se renuevan bajo *una apariencia* intermitente, sin que por esto haya en la naturaleza de la afeccion indicio alguno que revele el carácter periódico. En ciertas circunstancias la pneumorragia ha parecido hallarse manifiestamente bajo la influencia de un estado bilioso. Stoll, durante las constituciones de 1777 y 1778, y Finke, en la epidemia de Mecklemburgo, han visto hemoptisis que se complicaban con los síntomas del embarazo gástrico, en las que les bastó administrar los evacuantes para curar á la vez la hemorragia y los trastornos digestivos.

*Diagnóstico.*—En el diagnóstico de la hemoptisis es preciso determinar: 1.° si la sangre arrojada proviene realmente de las vias aéreas; 2.° el punto de la mucosa respiratoria que la exhala; 3.° si la hemorragia es esencial ó sintomática.

La sangre espelida por la boca puede provenir de esta cavidad, del estómago, del pecho ó de las fosas nasales.

Muy pronto diremos los signos con que puede distinguirse la hemoptisis de la hematemesis. La simple inspeccion de las partes basta para conocer facilmente cuando la sangre procede de las encías; el líquido ademas es entonces negruzco, y si á veces es rojo, no tiene á lo menos el color bermejo, ni es espumoso, como la sangre de los pulmones (Véase mas adelante *Estomatorragia*). En las epistaxis poco abundantes, cuando solo fluye el líquido por la

abertura posterior de las fosas nasales, y, llegando hasta la faringe, sale en seguida por espuicion, podria muchas veces creerse que existe una hemoptisis; pero en este caso la sangre es negruzca, no aireada, faltan los signos torácicos propios de las hemoptisis, y examinando la garganta, se encuentran en la faringe algunos coágulos negruzcos. En fin, en la mayor parte de los casos, la esploracion de las ventanas de la nariz nos demuestra la presencia en estas partes de concreciones sanguíneas, ó bien los enfermos arrojan al sonarse, coágulos semejantes á los que salen por espuicion. Todas estas circunstancias reunidas bastan para establecer el diagnóstico. En cuanto á la determinacion del punto de la mucosa aérea que exhala la sangre, lo creo casi imposible de fijar: asi es que la distincion que se hace de las hemoptisis en *laríngea*, *traqueal* y *bronquial*, no me parece fundada en la observacion; creo tambien que no es posible determinar el sistema de vasos que ha suministrado la sangre, á pesar de los esfuerzos hechos en otro tiempo por Goltzius (1), y en nuestros dias por el catedrático Graves. Los dolores mas ó menos agudos que los enfermos esperimentan, la mayor ó menor abundancia de la hemorragia, y hasta el color mas ó menos bermejo ó negruzco de la sangre, son otros tantos caracteres que pueden inducirnos á error; por otra parte, en mi concepto, no tendria gran utilidad semejante exactitud en el diagnóstico.

Uno de los puntos mas importantes de este es establecer si la hemoptisis es idiopática ó sintomática, lo cual podrá conseguirse esplorando atentamente los órganos torácicos y el estado general del enfermo. Cuando la hemoptisis resulta de la ruptura de un aneurisma, importa muy poco establecer el diagnóstico, porque la muerte es casi instantánea. Si la hemorragia depende de la presencia de tubérculos, y estos se hallan ya reblandecidos, ninguna dificultad puede ofrecer el diagnóstico; pero si están simplemente en el estado miliar, solo pueden tenerse algunas presunciones, y es preciso atenernos á los signos conmemorativos, y sobre todo á los fenómenos ulteriores, para fijar una opinion definitiva. (Véanse *Tisis* y *Aplopegía pulmonar*).

*Pronóstico.*—La hemoptisis es una enfermedad siempre grave, no tanto por sí misma, como por constituir las mas veces un síntoma de afecciones orgánicas casi siempre incurables. La hemoptisis succedánea, la que sucede á una violencia esterior, y la que, mucho mas rara, forma la crisis de una enfermedad grave, no ofrece generalmente ningun peligro. Pero estos hechos son escepcionales, y creemos que la existencia de una hemoptisis, sea cual fuere su orígen, debe en todos los casos llamar mucho la atencion del médico, pues casi todos los enfermos que la padecen mueren tarde ó temprano tísicos; no, como se ha creido durante mucho tiempo, porque la pneumorragia sea la causa de los tubérculos, sino porque estos productos morbosos son los que la determinan. Los casos parecidos á los observados por J. Frank, y sobre todo por Schmidtmann, de hemoptisis que duraron impunemente por espacio de veinte, cuarenta y cincuenta años, son en estremo raros. Por otra parte, me opongo á que se abrigue demasiada confianza respecto de las hemoptisis que parecen haberse hecho constitucionales, pues vemos muchas veces que los sujetos que las padecen engendran hijos que sin escepcion se vuelven tísicos; y aun ellos mismos,

(1) *Dissertatio de hemoptysi*; 1690.

cuando mueren á una edad avanzada, á consecuencia de alguna afeccion estraña á los pulmones, presentan, no obstante, casi siempre en estos órganos tubérculos crudos ó cretáceos. Este es un hecho que he observado á la par de otros médicos.

*Etiologia.*—Ningun ejemplo tenemos de hemoptisis en los niños, lo cual depende tal vez de que no espectoran y tragan los esputos. Cuando esta hemorragia suele ser mas comun, es de los quince á los treinta y cinco años; es algo mas frecuente en las mujeres que en los hombres, y predisponen á ella el temperamento sanguíneo, la constitucion débil ó irritable, y la disposicion hereditaria. Todas las profesiones que obligan á los que las ejercen á tener el pecho inclinado sobre el vientre, y á ejercer una compresion que dificulta la circulacion, como la de sastre, zapatero, ó de vaciador, se consideran como causas predisponentes de la hemoptisis, pero esto no se halla bastante probado. Entre las causas ocasionales citaremos como mas frecuentes los esfuerzos violentos, el cansancio de los órganos respiratorios en la accion de cantar, declamar, ó tocar instrumentos de viento; las contusiones del tórax, las heridas penetrantes, la inspiracion de vapores irritantes y una disminucion considerable y repentina de la presion atmosférica. Por último, ya he citado mas arriba las enfermedades del corazon y de los grandes vasos, y especialmente los tubérculos pulmonares, que son las causas de la mayor parte de las hemoptisis que se observan. Algunos autores, como Stoll y Zimmermann, dicen que la hemorragia pulmonar puede ser sintomática de diversas lesiones abdominales, ó de la presencia de entozoarios en el tubo digestivo; pero los hechos referidos por estos autores no son concluyentes. ni despues de ellos ha llegado á mi noticia que se haya citado ninguno que pueda justificar esta opinion.

*Tratamiento.*—Cuando somos llamados para asistir á un individuo que escupe sangre, es preciso ante todo tranquilizar su ánimo, asegurándole el buen éxito de su enfermedad. Conviene darle una posicion medio sentada, quitarle los vestidos que pudieran comprimir el tórax, se le encarga que no se mueva, que guarde el silencio mas completo, y que se abstenga cuanto pueda de toser. Por poco intensa que sea la hemorragia conviene practicar una ó muchas sangrías. Las emisiones sanguíneas están indicadas tambien aun cuando esté pálida la cara, frias las estremidades y pequeño el pulso, siempre que los enfermos sean vigorosos ó no haya sido mucha la cantidad de sangre perdida. Si el enfermo fuese débil debe reemplazarse la flebotomía con algunas sanguijuelas al ano. En todos los casos conviene aplicar cataplasmas sinapizadas á los miembros inferiores; ventosas secas á estas mismas partes, al abdómen y aun á la base del pecho; tambien pueden rodearse las estremidades con algunas ligaduras. A estos medios conviene agregar el uso de las bebidas frescas. Si la hemoptisis se prolonga á pesar de todo esto, deben prescribirse interiormente las bebidas acídulas y heladas; dícese tambien que debe aplicarse el hielo al pecho; pero no debemos recurrir á este medio sino con mucha prudencia, y cuando todos los demás recursos hayan sido ineficaces: lo mismo digo respecto del consejo de Mertens, de que se aplique un ancho vejigatorio entre las escápulas. Tambien pueden emplearse los astringentes, especialmente el estracto de ratania á la dosis de 1, 2 ó 3 dracmas en pólvo; píldoras, ó mejor todavía suspendido en una pocion gomosa. Este medicamento me parece muy preferi-

ble al alumbre, á la goma quino, al acetato de plomo, al sulfato de hierro, al estracto de monesia (20 granos al dia) y aun al tanino preconizado recientemente por un médico distinguido, M. A. Latour, contra la hemoptisis (tanino 2 granos, goma arábiga 8; para 4 píldoras, de las que se tomará una cada tres horas). La utilidad del centeno de cornezuelo, y aun mejor de la ergotina, parece demostrada por algunos hechos. Tambien se elogian el nitrato de potasa y la digital, ya sea como diuréticos, ya como sedantes y contra-estimulantes en altas dosis; pero la eficacia de estos agentes no se halla bastante demostrada; yo, sin embargo, los creo ventajosos. He prescrito muchas veces los purgantes, siguiendo el consejo de Sydenham, pero no me han parecido ni útiles, ni dañosos. Por último, aunque el opio no sirve para destruir la hemorragia, tiene la ventaja de moderar ó impedir los accesos de tos y calmar los vivos dolores que á veces acompañan la hemorragia, y debe por lo tanto administrarse.

Todo lo que acabo de decir se aplica igualmente asi á las hemoptisis idiopáticas como á las sintómaticas. En las primeras hay algunas circunstancias que modifican el tratamiento, tales como el provocar una flusion hácia el útero cuando la hemoptisis reemplaza á los menstruos, ó el prescribir un emético, segun aconsejan Stoll y Finke, cuando va acompañada de síntomas biliosos. Este es, por otra parte, un medio perturbador decisivo contra ciertas hemoptisis sintomáticas y rebeldes á todos los tratamientos. Las sacudidas ocasionadas por el vómito no tienen en este caso los peligrosos resultados que pudieran temerse en teoría. El catedrático Graves, en lugar de hacer vomitar, se limita á prescribir la ipecacuana en dosis que solo produzca náuseas, es decir, que propina dos granos de este medicamento y los repite tres ó cuatro veces de cuarto en cuarto de hora.

## *De la estomatorragia.*

La estomatorragia es la hemorragia que tiene su orígen ya en la cámara anterior, ya en la posterior de la boca. Es muy raro que esta enfermedad sea primitiva ó esencial, y cuando tiene este carácter apenas se la observa mas que como hemorragia suplementaria en las mujeres, durante sus reglas ó despues que estas se suprimen. Pero la estomatorragia es casi siempre sintomática de una desfibrinacion de la sangre, del estado fungoso de las encías, de las heridas de la mucosa bucal, de la avulsion de un diente ó de un carcinoma de la lengua. La afeccion de que hablamos es benigna, pues en ella no hay, en la generalidad de los casos, sino un ligero flujo de sangre. Debe, sin embargo, esceptuarse la que depende de una degeneracion ó alteracion de la sangre, y que por su abundancia ha comprometido muchas veces la vida de los enfermos. La sangre cae muchas veces en la faringe y en el estómago, cuando se exhala lentamente en la cámara posterior de la boca y el enfermo guarda habitualmente el decúbito dorsal. Espelida despues por el vómito ó las deposiciones, ó bien por las sacudidas de tos que provoca, podria simular una hemoptisis ó una hematemesis; pero el exámen de la boca, préviamente limpiada con un gargarismo, nos permite siempre descubrir el sitio de la hemorragia y las mas veces la causa orgánica que la produce. En todos los casos podemos asegurar fácilmente que la sangre proviene del interior de la boca, cuando inclinando la cabeza del paciente hácia delante, cesan la tos y el vómito, aunque el flujo sanguíneo continúe (P. Frank). La sangre en la estomatorragia sale por

espuicion, y es generalmente roja, no espumosa y pura, ó á lo menos no está mezclada íntimamente con saliva ni moco.

Esta hemorragia debe combatirse con los colutorios frios y astringentes; y cuando reconoce por causa la erosion de un vaso, puede hallarse indicado el cauterio actual. Si la sangre proviniese de un alvéolo y no se contuviera con los estípticos, deberia hacerse una compresion directa con el dedo, ó mejor todavía introduciendo en el alvéolo una bolita de cera ó papel mascado y cubierto de alumbre ó de colofonia, etc.

## *De la gastrorragia y hematemesis.*

Sinonimia.—Vómito de sangre, gastro-hemorragia; *vomitus cruentus, melæna*, etc.

La *gastrorragia* es la hemorragia que se verifica en la cara interna del estómago, y la *hematemesis* es la espulsion por medio del vómito, de la sangre exhalada ó derramada en esta víscera.

*Anatomia palológica.*—En la autopsia, el estómago contiene una cantidad de sangre mas ó menos considerable, y yo le he visto enormemente distendido por un solo coágulo negro; pero las mas veces únicamente se encuentran algunos cuajarones negruzcos, ó bien una sangre negra, fluida y mezclada con moco y alimentos, de la cual existe tambien mas ó menos en el resto del tubo intestinal. Unas veces la mucosa se presenta uniformemente roja ó azulada, como si la materia colorante de la sangre derramada la hubiese penetrado; otras está verdaderamente inyectada, y otras equimosada á trechos. Los vasos inmediatos pueden estar mas ó menos manifiestos, pero no se observan las dilataciones varicosas, de que tanto se ha hablado en otro tiempo; y es tambien raro que la membrana mucosa presente la mas pequeña solucion de continuidad. En la inmensa mayoría de casos la sangre ha sido, pues, únicamente exhalada.

Como la gastrorragia es casi siempre sintomática, se encuentran comunmente en los cadáveres diversas lesiones orgánicas, entre otras los aneurismas de la aorta, del tronco celíaco, etc., que se rompen en el estómago; enfermedades orgánicas del corazon, que han ocasionado un gran entorpecimiento en la circulacion. Algunas veces se observan una ó muchas ulceraciones que interesan simultáneamente la mucosa y el tronco, ó una de las ramificaciones principales de las arterias coronarias estomáticas. En el estómago se encuentra casi siempre un tumor escirroso ó un cáncer ulcerado, ó bien algunas lesiones orgánicas de la misma índole ocupan algunas veces el hígado ó el bazo, que llega á adquirir un enorme volúmen, y los pulmones, de lo cual refieren algunos ejemplos Bang, Morgagni y J. P. Franck, y nosotros hemos observado muchos.

*Síntomas, curso y terminaciones.*—La gastrorragia va precedida, en la mayor parte de los enfermos, de una sensacion de malestar y de un trastorno en las funciones del estómago. Un calor ó dolor en el epigastrio, acompañado de una sensacion como de quemadura, las tiranteces en los lomos, la sofocacion, el enfriamento del cuerpo, la palidez de la cara y las lipotimias anuncian que se efectúa la hemorragia. Bien pronto sobrevienen ganas de vomitar, y la sangre es espelida por la boca en medio de una ansiedad y malestar inesplicables, en cuyo caso se dice que hay *hematemesis*. Muchas veces encuentran alivio los enfermos

despues de este vómito; pero todavía conservan pesadez epigástrica, sed viva y un sabor desagradable; el pulso es frecuente, y la debilidad estremada, que no guarda proporcion alguna con la cantidad de sangre perdida.

Este líquido no tiene siempre el mismo aspecto. Cuando se arroja á poco tiempo de exhalado, ofrece una rubicundez mas ó menos arterial, y es unas veces fluido, y otras forma coágulos voluminosos. Si permanece por el contrario algun tiempo en el estómago, tiene un color negro mas ó menos intenso, y suele despedir un olor agrillo. Es raro que los enfermos arrojen menos de 10 á 12 onzas de sangre; con bastante frecuencia llega á tres cuartillos, en cuyo caso sale por oleadas, y cuando es menos abundante solo llega á la boca por regurgitacion; en ambos casos, sale pura, ó mas ó menos mezclada con moco, bebidas y diversos alimentos.

Cuando la hemorragia es muy considerable, ademas de los síntomas generales que acompañan á toda hemorragia algo intensa, como horripilaciones, palidez de la piel, aceleracion del pulso y lipotimias, se observa una gran tension en el epigastrio, ya durante la hemorragia, ya antes de ocurrir esta, acompañada muchas veces de un sonido macizo en dicha region; lo cual depende de la acumulacion de la sangre en la cavidad estomacal. Se ha dicho tambien que el hígado y el bazo aumentan en ciertos casos de volúmen durante el período congestivo, y que esta tumefaccion cesaba despues del vómito; pero todavía no hemos podido justificar esta asercion. Es raro que no haya mas que un solo vómito, pues la hemorragia casi siempre se reproduce con otros nuevos, despues de haber estado al parecer detenida durante algunas horas. Estas alternativas pueden verificarse por espacio de muchos dias, y despues disminuye poco á poco la hemorragia, dejando una debilidad estremada.

No se vomita toda la sangre exhalada en el estómago, pues una porcion de este líquido franquea el píloro; asi es que, examinando las materias fecales del enfermo á las seis, doce, veinte y cuatro, treinta y seis, ó cuando mas cuarenta y ocho horas de la invasion de la gastrorragia, se hallan formadas en gran parte por una materia pultácea, negruzca, que se reconoce fácilmente ser sangre alterada. Estas cámaras negras, espelidas sin dolor, ó bien con algunos cólicos y un poco de tumefaccion abdominal, son un síntoma que creo casi constante, pues todavía es mas raro que falte, que el mismo vómito. En los casos de gastrorragia sin hematemesis, se observan tambien, como anteriormente, los mismos dolores, el mismo calor epigástrico, la sed, los escalofríos y las lipotimias: fenómenos que aunque en sí mismos nada tienen de característico, deben, no obstante, hacernos sospechar la naturaleza de la afeccion, sobre todo cuando el enfermo ha tenido anteriores hematemesis; pero no podemos tener la certidumbre hasta el siguiente dia, cuando se encuentra sangre en las cámaras.

La hemorragia del estómago puede matar rápidamente despues de uno ó muchos vómitos, lo cual sucede algunas veces, de un modo impensado en algunos instantes, y sin que se pueda sospechar la causa; pero luego se esplica en la autopsia por el coágulo sanguíneo que se halla dilatando enormemente el órgano. Yo he observado un hecho de este género; P. Franck refiere tambien otro, y un tercero se halla en los *Bulletins de la Societé anatomique* (año 1833).

En el mayor número de casos, sin embargo, suelen curarse los enfermos,

pero su convalecencia es larga, pues no hay, como he dicho, ninguna hemorragia que destruya tanto las fuerzas como la hematemesis. Añádase á esto que el trastorno de los órganos digestivos, consecuencia muy frecuente, tiende á prolongar la debilidad, impidiendo la alimentacion. Aquí supongo que la hemorragia es idiopática, pues cuando es sintomática no llegan á restablecerse los enfermos, si la afeccion que la produce es incurable. La hematemesis suele entonces renovarse de vez en cuando y sigue un curso crónico. A esta forma debe referirse lo que llamaban los antiguos *morbus niger* ó *melæna.*, accidente que daré á conocer de un modo mas completo al tratar del cáncer del estómago.

*Diagnóstico.*—La gastrorragia en que no se vomita la sangre, podria fácilmente desconocerse. Sin embargo, casi siempre, á medida que se efectúa la exhalacion sanguínea, se observan la palidez de la cara, el enfriamiento, el malestar y las lipotimias, que indican la existencia de una hemorragia en cualquiera parte. Si interrogamos entonces á los enfermos, y sabemos que estos accidentes van acompañados de calor, dolor y pesadez epigástrica, es racional *sospechar* que sea en el estómago donde se verifica la hemorragia. El exámen de las cámaras es el único que puede hacernos establecer el diagnóstico, aunque de un modo mucho menos exacto que en el caso de presentarse la hematemesis.

Esta puede confundirse con una hemoptisis, pues ya he dicho en efecto, hablando de la última, que la sangre al llegar á la faringe provoca á veces esfuerzos de vómitos, pudiendo hacernos creer que proviene del mismo estómago. Lo que suele aumentar todavía mas la incertidumbre, es que habiendo sido tragada cierta cantidad de sangre, sale despues negra y alterada por vómitos ó cámaras, como en una verdadera gastrorragia. En estos casos se establecerá el diagnóstico segun lo que den de sí el estudio y la comparacion de los síntomas de una y otra: en la hemoptisis los enfermos sienten calor en el pecho, dolores en el dorso, disnea, y la sangre sale casi siempre con los esfuerzos de tos, mientras que en la hematemesis falta esta, y los enfermos esperimentan en el epigastrio la incomodidad y el dolor. El aspecto de la sangre difiere tambien en ambas enfermedades: en la hemoptisis es roja, bermeja, rutilante y fluida, y en la hematemesis es menos roja, tiene muchas veces un negro subido y se halla en gran parte coagulada. También se atenderá á la cantidad de sangre espelida: esta es, en general hablando, mayor en la hematemesis que en la hemoptisis; añadamos, finalmente, que en la pneumorragia la auscultacion suele revelar en el pecho ronquidos y diferentes alteraciones del ruido respiratorio: fenómenos que faltan en la otra, á no ser que exista alguna complicacion torácica.

La sangre exhalada por las mucosas bucal y pituitaria puede, como ya hemos dicho bajar al estómago durante el sueño, sin saberlo los enfermos, y salir despues por vómitos y cámaras, haciéndonos creer que se habia exhalado en el estómago; pero en estos casos la escasa proporcion de sangre, el exámen de la boca, de la faringe y de las fosas nasales, y la presencia en estas partes de algunos coágulos, son otras tantas circunstancias que, con la falta de los signos locales propios de las hematemesis, nos permitirán establecer nuestro juicio acerca de la naturaleza del mal.

Un punto capital del diagnóstico es el determinar si la hematemesis es *esencial* ó *sintomática.* Puede sospecharse que es esencial cuando sobreviene repentinamente en medio de una perfecta salud, sobre todo si es sucedánea de

alguna hemorragia constitucional, y cuando los enfermos se restablecen completamente y de un modo duradero. Pero una hematemesis que ha sido precedida, por mas ó menos tiempo, de anorexia, de dificultad de digerir, y sobre todo de enflaquecimiento, debe inspirarnos alguna inquietud y hacernos temer la existencia de una lesion orgánica del estómago, especialmente si el individuo se halla en ese período de la vida en que suelen declararse estas enfermedades. En cuanto al conocimiento del sitio y la naturaleza de la lesion de que la hematemesis es un síntoma, puede obtenerse examinando atentamente todos los órganos del abdómen, y teniendo en cuenta la naturaleza de las alteraciones funcionales.

Para completar el diagnóstico diferencial, deberia hablar de la hematemesis simulada, es decir, de esos bellacos que beben sangre humana ó de algun animal y la arrojan despues provocando artificialmente el vómito; pero un médico sagaz puede descubrir fácilmente el engaño por la falta de los síntomas propios de las hematemesis, y por un interrogatorio hábilmente dirigido.

Cuando la hematemesis se observa en un niño de pecho, es preciso saber que la sangre no solo puede haber sido exhalada en la boca, sino proceder de la madre y haber sido chupada con la leche; este segundo caso es el mas comun, segun J. Frank; pero no nos parece demostrado suficientemente.

*Pronóstico.*—M. Chomel ha dicho con justa razon que son muy pocos los casos en que la gastrorragia no es una enfermedad grave, y que todavía son mas raros aquellos en que pueda considerarse como saludable. Los casos menos funestos son cuando la enfermedad es idiopática y suplementaria. Sin embargo, aun entonces suele reproducirse muchas veces, debilita considerablemente á los enfermos, y produce un gran trastorno en las funciones digestivas, por cuya razon debe considerarse como peligrosa. Por último, la gravedad del pronóstico será relativa á la cantidad de sangre exhalada, y á la mayor ó menor incurabilidad de la afeccion de que casi siempre es sintomática la hematemesis.

*Etiología.*—Las causas de la gastrorragia idiopática son muy oscuras: como tales pueden considerarse todas las que presiden al desarrollo de la plétora y al de las hemorragias activas en general. En la mayor parte de los casos, esta especie de gastrorragia es suplementaria, y suele por lo tanto observarse en la mujer especialmente, y en la edad media de la vida.

Las causas mas comunes de las gastrorragias sintomáticas son el escirro ó el cáncer; y despues de estas dos, los tumores que ocupan el bazo, el hígado y el páncreas, cuya poderosa influencia en la produccion de la hemorragia se esplica sin duda por la dificultad que oponen á la circulacion abdominal; esplícanse igualmente por algun obstáculo á la circulacion en la vena porta, y esto por una causa que no siempre es muy apreciable, esas gastrorragias que sobrevienen algunas veces durante los ocho ó diez dias posteriores al nacimiento.

Despues de las lesiones que acabo de enumerar, mencionaré entre las causas orgánicas de la gastrorragia, las enfermedades de los vasos esternos ó propios del estómago, ya sea que afectados de aneurisma se rompan en esta víscera, ó bien que se perforen por un trabajo ulcerativo que empieza en la membrana mucosa. La gastrorragia es tambien un accidente del envenenamiento por los corrosivos, ora se manifieste inmediatamente despues de la ingestion del veneno, ora resulte de la viva inflamacion que produce, ó bien sobrevenga mas tarde

al desprenderse las escaras. Finalmente, la gastrorragia puede ser sintomática de una enfermedad general, como sucede tan fijamente en el curso de la calentura amarilla, y en algunos casos de escorbuto y de púrpura. Sea cualquiera la causa que la produce, casi siempre se declara espontáneamente; y otras veces sucede á los golpes, á una emocion moral, á las indigestiones, á un esceso alcohólico ó á un enfriamiento. Estas últimas causas pueden producir la gastrorragia, independientemente de toda lesion orgánica; pero semejante caso es muy raro. Se han hecho algunas descripciones de hematemesis verminosas; pero nada aparece demostrado todavía acerca del particular. Tambien se ha dicho que las sanguijuelas tragadas podian causar una hemorragia grave del estómago; mas nada de esto sucede, porque el citado anélide ingerido en el estómago, tarda poco en morir. Cuando se ha vomitado sangre en tales circunstancias, no puede dudarse que procede de la faringe ó del esófago, partes en las cuales la sanguijuela prende casi siempre.

*Tratamiento.*—La mayor parte de lo que dejo dicho en la terapéutica de las hemorragias activas, pasivas y suplementarias, es igualmente aplicable á la gastrorragia. Hay, sin embargo, que satisfacer aquí algunas indicaciones especiales, y de ellas me ocuparé mas particularmente.

Cuando el vómito anuncia que se ha verificado la hemorragia, es preciso moderar y suspender la exhalacion sanguínea, para lo cual debe sangrarse al enfermo, si el estado del pulso lo permite, aplicando en todos los casos revulsivos permanentes á los miembros rodeándolos de ligaduras, y poniendo en la espalda grandes ventosas. Conviene administrar ademas, las bebidas ligeramente aciduladas, como el agua de grosella ó de limon helada. J. Frank elogia mucho una tisana preparada con la goma y la pulpa del tamarindo; estas diferentes bebidas se tomarán en pequeña cantidad, y á cucharadas solamente, con intervalo de diez minutos. Si la hemorragia continuase, se aplicará sin dilacion una vejiga llena de hielo al epigastrio é hipocondrios, prescribiendo al mismo tiempo la limonada sulfúrica. Es preciso que el enfermo guarde la posicion horizontal y la quietud mas completa. Si sobreviniese algun desmayo, deberá examinarse con la vista ó el tacto la faringe, porque puede suceder que, subiendo la sangre á la garganta, ocasione la asfixia, ya introduciéndose en las vias aéreas, ya formando un coágulo que obstruya el orificio superior de la laringe. Este consejo se halla justificado por un hecho que refiere P. Frank. Estos medios deben continuarse durante muchos dias y aun algun tiempo despues que cese la hemorragia. Los astringentes, aconsejados por muchos facultativos, pueden emplearse si aquella continua; pero es preciso administrarlos con prudencia y no darlos de repente porque se obtendrian resultados opuestos á los que se trata de conseguir: la limonada sulfúrica, el agua de Rabel, la ratania, el catecú, un cocimiento de corteza de granada y una solucion aluminosa, merecen una justa preferencia. El cornezuelo del centeno, y aun mejor su principio activo ó sea la ergotina, han sido tambien eficaces para moderar y detener la exhalacion sanguínea.

Inútil es decir que los enfermos guardarán una dieta severa, mientras dure la hemorragia; pero atendiendo á la estremada facilidad con que se reproduce, sobre todo cuando el estómago está anteriormente escitado por los alimentos, debe continuar la abstinencia hasta despues de muchos dias de suprimido el flujo sanguíneo. Debe empezarse con los caldos emolientes, la leche, yemas de

huevos desleidas en agua hirviendo, y prescribir despues el caldo ordinario, cuyas bebidas las tomarán frias y en corta cantidad cada vez. Pueden luego permitirse las gelatinas vegetales y animales; se procurará que los enfermos lleguen muy lentamente al uso de sus alimentos ordinarios, y empezando por aquellos cuya digestion es mas fácil y contienen en poco volúmen muchos principios nutritivos. Cuando quedan en el estómago indicios de alguna congestion persistente, conviene, si no lo contraindica el estado de las fuerzas, aplicar algunas sanguijuelas al ano mas bien que al epigastrio, y prescribir los revulsivos en los hipocondrios. Tambien debe procurarse mantener libre el vientre por medio de lavativas simples ó de laxantes.

Si el vómito de sangre es consecutivo á la ingestion de una sanguijuela, se ha aconsejado administrar sin pérdida de tiempo una solucion de sal marina.

El tratamiento de la hematemesis que algunas veces ataca á los recien nacidos, presenta grandes dificultades; creemos que si el niño es robusto y se advierte alguna señal de congestion, deben aplicarse al ano una ó dos sanguijuelas. Pero insistiremos especialmente en los revulsivos cutáneos, y se administrará interiormente una bebida dulce, ligeramente acidulada y fria.

Es preciso que las personas que han padecido de gastrorragia guarden por mucho tiempo un régimen severo, á causa de lo frecuente que son las recidivas.

## *De las hemorragias intestinales.*

Con los nombres de *hemorragia intestinal*, de *enterorragia* y de *enterohemorragia*, comprendo todas las hemorragias que se verifican por la mucosa intestinal, desde el duodeno hasta el recto. Sin embargo, á imitacion de todos los autores, estudiaré por separado, con los nombres *hemorroides* y *flujo hemorroidal*, ciertas hemorragias que se verifican por la última porcion del intestino grueso, y que comunmente coinciden con los tumores que en ella se forman. Las hemorragias intestinales, mucho mas raras que todas las descritas hasta aquí, pueden dividirse tambien del mismo modo, es decir, que pueden ser activas ó pasivas, esenciales ó sintomáticas, etc.

*Anatomía patológica.*—En las hemorragias esenciales ó en las que son sintomáticas de una lesion situada fuera del tubo digestivo, se encuentra á veces la porcion de mucosa por donde se ha verificado la exhalacion sanguínea, tumefacta, piqueteada, inyectada, de un color rojo subido, equimosada y esceptuando este último caso, basta por lo regular comprimir entre los dedos la mucosa, y lavarla con un chorrito de agua para que recobre su color, su grueso y su consistencia normales. Es mas frecuente que en vez de hallarse asi fuertemente congestionada, la membrana mucosa esté por el contrario pálida y como exangüe. Ademas de esto, si la hemorragia ha sido sintomática, se encuentran diversas alteraciones, ora en los intestinos, y consisten en ulceraciones y degeneraciones escirrosas; ora en otros órganos mas ó menos distantes, sobre todo en el hígado y bazo; ora en fin se observan varias lesiones que han llegado á estrechar ú obliterar algunos vasos abdominales, especialmente uno ó muchos troncos venosos considerables.

*Síntomas y curso.*—Algunos enfermos esperimentan durante uno ó muchos

dias antes de la hemorragia una sensacion incómoda, ó bien algunos dolores y picotazos en el vientre ó los lomos, y á veces un meteorismo mas ó menos notable. Sin embargo, en el mayor número de casos no existe ningun prodromo. Los enfermos sienten de pronto un dolor obtuso en el ombligo, seguido inmediatamente de todos los accidentes que acompañan á las hemorragias internas. Asi es como se han visto algunos individuos como heridos, digámoslo asi, por el rayo, caer repentinamente en un síncope y morir sin que la sangre haya sido evacuada. No obstante, por lo comun, los síncopes y las lipotimias tienen una duracion bastante corta; pero se reproducen á veces á breves intervalos, sobre todo cuando se imprimen movimientos á los enfermos; mas cuando son completamente espontáneas, indican por lo comun que se efectúa una nueva hemorragia. Sin embargo, poco tiempo despues de recobrar sus sentidos, muchos enfermos sienten una necesidad imperiosa é irresistible de defecar, y arrojan despues de algunos escrementos sólidos, una cantidad mas ó menos considerable de sangre líquida ó coagulada, pura ó mezclada con las materias intestinales y en mayor ó menor grado de alteracion, segun el punto donde ha sido exhalada y el tiempo que ha permanecido en el tubo digestivo. La sangre en general es espelida poco tiempo despues de su extravasacion, siempre que se haya exhalado en grande abundancia, ó bien cuando la exhalacion, aunque poco considerable, se verifique en un punto próximo al recto. En el caso contrario, la sangre no se escreta hasta pasadas doce ó veinte y cuatro horas; entonces muchas veces no llega á conocerse, y si por ser la hemorragia poco abundante, faltan los síntomas generales, la enfermedad puede pasar desapercibida.

*Duracion y terminaciones.*—La hemorragia intestinal dura generalmente poco; á veces es *efímera*, es decir que, verificada brúscamente la exhalacion, se detiene casi al punto y no se reproduce. Pero en el mayor número de casos, hay muchas hemorragias sucesivas, variables en abundancia, ó bien una hemorragia intensa al principio, que se convierte despues en una especie de exudacion sanguínea. Los enfermos arrojan entonces sangre durante muchos dias, y con frecuencia durante una semana, ó aun mas tiempo. La cantidad de líquido sanguíneo que se pierde en la mayor parte de las enterorragias, puede evaluarse por término medio en dos ó tres vasos. Sin embargo, esta cantidad puede ser menor, y muchas veces considerablemente mayor, pues hemos visto individuos que han espelido en algunas horas hasta ocho ó diez cuartillos de sangre, sucumbiendo á consecuencia de la rebeldía de la hemorragia.

Las hemorragias intestinales acarrean todos los accidentes que hemos descrito en los demás flujos sanguíneos. Cuando son idiopáticas, los enfermos se restablecen generalmente con bastante prontitud, y no están mas espuestos que otros á los trastornos de las funciones digestivas, pero el mal suele reproducirse en ellos con una facilidad estremada.

*Diagnóstico.*—En el diagnóstico de las hemorragias intestinales es preciso determinar: 1.° si existe la hemorragia; 2.° en qué punto del intestino se ha exhalado la sangre; 3.° cuál es la causa del flujo.

Mientras que la sangre no ha llegado á escretarse, es imposible asegurar por los síntomas generales si ha habido hemorragia, y si esta se ha verificado en el tubo digestivo; pero cesa la duda cuando se evacua el líquido sanguíneo. Sin embargo, conviene no tomar entonces por deposiciones hemorrágicas las

materias fecales, que son únicamente negruzcas. Esta confusion solo es posible en los casos en que siendo muy débil la hemorragia, la sangre está íntimamente combinada con escrementos. En el caso contrario se encuentra siempre en el fondo del vaso alguna sangre poco alterada, formando cuajarones negruzcos, ó bien una especie del polvo gris ó negro parecido al del tabaco ó al poso del café, el cual se halla igualmente diseminado en la superficie y el espesor de las materias fecales.

Cuando se ha comprobado la existencia de la sangre en las heces, falta determinar si este fluido ha sido realmente exhalado en los intestinos, ó si proviene por el contrario del estómago, de las fosas nasales ó del interior de la boca. Los síntomas de congestion en el epigastrio, y especialmente los vómitos de sangre que preceden algunas horas, ó uno ó muchos dias á las cámaras sanguinolentas, deben hacernos creer que ha existido una gastrorragia, aunque en rigor no es absolutamente imposible que la sangre exhalada en la primera corvadura del duodeno refluya al estómago, como lo hace la bilis. Sin embargo, la hemorragia del duodeno es tan rara, que puede muy bien escluirse, por decirlo asi cuando se trata del diagnóstico. Si la gastrorragia se verifica sin producir casi ningun síntoma local, y no existen vómitos, evacuándose toda la sangre por cámaras, no hay medio alguno para distinguir la gastrorragia de la enterorragia. En cuanto á la suposicion de que la sangre pudiera provenir de una epistaxis ó de una estomatorragia, no creo que sea posible nunca cometer semejante error. El diagnóstico diferencial debe ademas establecerse aquí con los mismos datos que cuando se trata de averiguar si la sangre de una hematemesis ha sido exhalada por el estómago, por la pituitaria ó por la mucosa bucal. (Véase mas arriba).

Cuando estamos seguros de que la sangre ha sido exhalada por la mucosa intestinal, es preciso tratar de precisar el punto del intestino donde se ha verificado esta exhalacion, segun los resultados que suministren la inspeccion, palpacion y percusion del vientre, y el tiempo mas ó menos largo que ha trascurrido entre los primeros síntomas de la hemorragia y las primeras cámaras sanguinolentas. Sin embargo, es muy raro que pueda darse tanta precision al diagnóstico, y entonces conviene no descuidar jamás de practicar el tactar rectal, á fin de asegurarnos de que la sangre no proviene de una hemorroide interna ulcerada, ó que la hemorragia no es sintomática de alguna lesion orgánica, ni de una degeneracion del tejido, ni de un estado fungoso de la mucosa rectal: muchas hemorragias intestinales muy rebeldes dependen, en efecto, de esta causa. Cuando esto ocurre, la sangre escretada es pura, roja, bermeja, y enteramente distinta de las materias fecales; y si el enfermo hace entonces esfuerzos de defecacion, suele provocar la salida de uno ó muchos tumores hemorroidales, fungosos y ulcerados.

Para determinar si la hemorragia es idiopática ó sintomática, es preciso tener en cuenta su modo de manifestacion, los conmemorativos y el estado actual de los individuos. El valor semeiótico de las hemorragias intestinales difiere segun que sobrevengan en medio de una salud perfecta, en el curso de una afeccion crónica, ó en el de una enfermedad aguda febril. En el primer caso son probablemente idiopáticas; en el segundo, son casi siempre el síntoma de una lesion orgánica, como un cáncer; y en el tercero, son casi características de la lesion de las placas de Peyero.

*Prónostico.*—La hemorragia intestinal es siempre un accidente grave, á no ser que sea suplementaria. Por lo demás, su prónostico debe fundarse en los mismos elementos que el de la gastrorragia. Añadiremos que, como la enterorragia idiopática es escepcional, debemos no aventurar demasiado nuestro pronóstico, aun cuando ataque á una persona que disfrutaba de buena salud, puesto que la hemorragia es algunas veces el primer signo de una lesion orgánica de los intestinos.

*Etiología.*—Nada sabemos todavía de cierto sobre las causas predisponentes y eficientes de las enterorragias idiopáticas. Todas las que yo he observado recayeron en sugetos sóbrios, de temperamento linfático y muy irritables, que seguian un buen régimen y tenian de veinte á cuarenta años de edad; la hemorragia en un caso fue sucedánea de las reglas, y se presentó con mucha rebeldía. La enterorragia puede ser producida por causas directas que determinen una flógosis viva y súbita del tubo digestivo, como los venenos corrosivos y los purgantes drásticos, especialmente la coloquíntida y el aloes. Háse atribuido el mismo efecto á los entozoarios, lombrices ó ténia; pero nada positivo sabemos acerca de esto. La mayor parte de las hemorragias sintomáticas dependen de una lesion material de las túnicas intestinales, la cual consiste en ulceraciones, como sucede en la disenteria, y especialmente en la calentura tifoidea; este efecto es mucho mas raro en los tísicos. La degeneracion escirrosa y encefaloides de los intestinos es una causa no menos comun de enterorragia; aunque me ha parecido sin embargo, que la hemorragia intestinal faltaba con mas frecuencia en el cáncer del intestino, que la gastrorragia en el del estómago. Todas las lesiones que dificultan la circulacion de la vena porta, como la compresion de este órgano ó de sus ramos principales, por un tumor, ó por el desarrollo insólito del hígado, del bazo ó del páncreas, son causas muy poderosas para la produccion de las hemorragias intestinales. Tambien debe esplicarse el desarrollo de esas enterorragias pasivas que se presentan muy á menudo en los niños de uno á diez dias, por la dificultad que esperimenta la circulacion hepática; de lo cual Billard, y los doctores Kiwisch y Rahn-Escher presentan algunos ejemplos. Por último, las hemorragias intestinales son á veces sintomáticas de una desfibrinacion de la sangre: esto es lo que se observó en 1803 en los trabajadores de las minas de Anzin, y tambien se ha notado lo mismo en algunas otras enfermedades, como la *púrpura hemorrágica*, el escorbuto, la calentura amarilla, el tifus y las demás fiebres graves. Finalmente, la sangre contenida en el intestino puede provenir de la rotura de un tumor aneurismático de la aorta; pero esto ha de ser sumamente raro.

*Tratamiento.*—Todo lo que he dicho mas arriba sobre el tratamiento profiláctico y curativo de la gastrorragia, se aplica exactamente á las hemorragias intestinales. En cuanto á las enterorragias constantemente graves de los recien nacidos que dependen de una congestion pasiva en los vasos meseráicos, aconseja Billard que se apliquen dos sanguijuelas al ano, ó que se haga sangrar el cordon. M. Rahn-Escher recomienda los astringentes unidos á los mucilaginosos, al paso que M. Kiwisch concede la preferencia á los revulsivos aplicados á la piel, y sobre todo á los baños calientes.

## *Del flujo hemorroidal y de las hemorroides ó almorranas.*

La palabra *hemorroide* (de αἷμα *sangre* y de ῥεω *flujo*), usada al principio como sinónimo de hemorragia, sirve para designar en la actualidad ciertos tumores sanguíneos que se forman en la parte inferior del recto, ó bien los flujos de sangre que se verifican por el mismo punto, aunque es mas propio llamarlos *flujos hemorroidales*.

*Historia.*—Las hemorroides han representado un papel muy importante en la patología, y son pocos los autores que no hayan hablado de ellas en sus obras; pero á escepcion de Hipócrates y Galeno, que empleaban la palabra *hemorroide* para designar un flujo de sangre por las venas del intestino recto, todos los demás han dado mayor estension á esta palabra, pues describen hemorroides de la vejiga, de la boca, del útero, etc. Esta confusion, introducida en la ciencia por Aristóteles, se ha perpetuado hasta nuestro dias, de lo cual podremos convencernos leyendo el tratado de Montegre. Hoy sin embargo se ha llegado á fijar definitivamente el sentido de la palabra *hemorroide*. Este punto de la ciencia ha sido objeto de un gran número de investigaciones, y citaremos especialmente la disertacion de Alberti, uno de los discípulos de Stalb; las tesis inaugurales de MM. Recamier (1800) y Jovert (1828); el tratado de M. Larroque y el de Montegre, trabajos que han sido perfectamente analizados por dos sabios médicos M. Raige-Delorme y el catedrático Bérart, en el tomo XIII del *Diccionario de Medicina*.

*Anatomía patológica.*—En la forma de la afeccion hemorroidal constituida solo por un flujo sanguíneo, no sabemos el estado en que se encuentra la membrana mucosa; pero no debe ofrecer mas que las modificaciones de color y de inyeccion que existen en la enterorragia idiopática. En la mayor parte de los casos la afeccion hemorroidal está caracterizada por la presencia de ciertos tumores. Estos son violados y mas ó menos hemisféricos, unos pediculados, y otros de base ancha; se distinguen poco unos de otros, y apenas se percibe entre ellos un surco poco profundo. Su superficie es lisa ó desigual, tienen un volúmen que varía entre el de una lenteja y el de un huevo de ganso (P. Franck), y están mas ó menos flácidos y deprimidos; unos ocupan la márgen del ano y se llaman *hemorroides esternas* y otros *hemorroides internas*, porque están situados en el mismo intestino por encima del esfinter interno. (Almorranas esternas é internas.) Rara vez se prolongan en el recto á mas de una profundidad de dos ó tres pulgadas, aunque se han visto muchos en la S. ilíaca (J. L. Petit).

Los autores que han estudiado la estructura de los tumores hemorroidales, emiten casi todos opiniones esclusivas; pues unos las consideran como várices, y otros los creen formados por hemorragias intersticiales ó por un tejido eréctil de nueva formacion. Pero la divergencia que reina sobre esta materia proviene de que los autores han disecado las hemorroides en diferentes épocas de su evolucion, y cuando ya habian sido el asiento de muchas lesiones consecutivas.

Despues de haber hecho algunas investigaciones, he adoptado la opinion de los que creen que el tumor hemorroidal en su estado de simplicidad está forma-

do únicamente por la dilatacion de una vena : esta verdad ha sido puesta fuera de duda especialmente por las hábiles disecciones de MM. Jobert y Blandin, En efecto, si á ejemplo de Brodie y Smith, se inyecta la vena porta ó la mesentérica inferior, llega el líquido libremente al tumor, y cortando este, es fácil conocer que hay continuidad de tejido y una estructura idéntica entre él y la vena. Pero cuando las hemorroides son antiguas y han sido asiento de congestiones é inflamaciones repetidas, no es tan marcada esta disposicion, y aun muchas veces es imposible comprobarla. Las paredes de los tumores hemorroidales se engruesan é hipertrofian unas veces, y otras se adelgazan, se reblandecen y perforan; la sangre se extravasa en el tejido celular inmediato, lo cual ha inducido á algunos autores á considerar las hemorroides como esencialmente constituidas por una hemorragia intersticial; pero esta no es, como se ve, otra cosa que una lesion secundaria. Otras veces se reunen muchos tumores, sus paredes se adhieren, se confunden y perforan, y si entonces se les divide se cree encontrar en ellos un tejido areolar. Las hemorroides en ciertos casos tienen una dureza considerable, como si estuviesen formadas por un tumor sólido, lo cual depende, ora de que la sangre contenida en el tumor llega á concretarse, ora de que el tejido celular, crónicamente inflamado, forma una especie de envoltura á la vena dilatada. Por último, las inflamaciones repetidas del tejido celular, el desarrollo insólito de la red capilar y los derrames sanguíneos dan á ciertas hemorroides, cuando se cortan, el aspecto de un tejido cavernoso; disposicion que ha inducido á algunos médicos á considerar los tumores hemorroidales, incurriendo en grave error, como un tejido eréctil de nueva formacion. Las disecciones han demostrado ademas que en estos tumores existe muchas veces una espansion de las fibras de los esfínteres, hallándose unas adelgazadas y otras hipertrofiadas; tambien suelen encontrarse una red arterial considerable y algunos filamentos nerviosos. Cuando las hemorroides son antiguas, se observa una red venosa muy desarrollada en toda la circunferencia del orificio anal; y muchas veces, dividiendo el recto, se ve que los troncos venosos que parten de él y que serpean debajo de la mucosa, tienen en la estension de 10 á 12 pulgadas, un calibre bastante considerable.

Diremos en resúmen con MM. Bérard y Raige-Delorme, que los tumores hemorroidales están casi siempre constituidos al principio por una dilatacion venosa, y que los cambios anatómicos que se verifican por los progresos del mal, ofrecen la mayor analogía con los que las mismas causas desarrollan en los tumores varicosos de las piernas. En suma, las hemorroides no son otra cosa que várices que se forman á espensas de las venas de la estremidad inferior del recto, y habiamos pensado colocarlas en otra clase; pero como casi no podríamos separarlas del flujo sanguíneo sin tumores, y como estos no son muchas veces mas que una lesion consecutiva de la congestion, he creido mas conveniente describir las hemorroides al hablar de las otras hemorragias intestinales.

*Síntomas.*—La aparicion de los tumores hemorroidales va precedida en el mayor número de individuos, de un estado congestional ó fluxionario hácia la estremidad inferior del recto. Los enfermos esperimentan un dolor gravativo hácia el sacro, y calor y prurito en el ano; las defecaciones son difíciles y dolorosas, y muchas mas sobreviene una pequeña exudacion serosa, blanquecina ó mucosa. Estos síntomas suelen acompañarse de lumbago, disuria, dolores

abdominales, pérdida de apetito, náuseas y una sensacion de malestar, y pueden no persistir sino durante muchas horas, pero generalmente duran de uno á tres dias; algunas veces se prolongan por mas de un septenario, y terminan, ora por una exudacion sanguínea, ora sin evacuacion alguna de sangre. Por último, en muchos casos vemos presentarse como fenómenos consecutivos uno ó muchos tumores hemorroidales, los que muchas veces no se forman sino despues de congestiones repetidas, y otras por el contrario, se desarrollan lentamente, de un modo oscuro, y parece que preexistian manifiestamente á la fluxion sanguínea, que provocan ó activan.

Cuando los tumores hemorroidales se hallan congestionados, forman alrededor del ano una ó mas elevaciones que presentan los caracteres anteriormente descritos, y son ademas dolorosos, pulsativos y renitentes; algunos, mas blandos, se deprimen con la presion. El ano está rojo é inyectado; hay ganas continuas de defecar, el enfermo se queja de tiranteces en el vientre y los lomos. Estos síntomas se aumentan con la estacion y posicion vertical; la progresion es penosa, dolorosa, y á veces imposible. El número de los tumores es variable, pues á veces no existe mas que uno, y otras, por el contrario, hay muchos; frecuentemente, por último, forman un rodete desigual en toda la circunferencia del ano. Si se practíca el tactar rectal, que siempre es muy doloroso y muchas veces imposible, se reconoce que existen comunmente en el intestino tumores de igual naturaleza; y hay casos en que todos ellos están situados en el recto, sin que haya ninguno al esterior (*hemorroides ó almorranas internas*). El enfermo esperimenta entonces una sensacion molesta y casi dolorosa de plenitud y distension; los cólicos, los dolores renales y la disuria son mas fuertes; á veces hay hasta completa retencion de orina, á consecuencia de la compresion que el rodete hemorroidal ejerce sobre el cuello de la vegiga; la necesidad de defecar es continua, porque los tumores obran como un verdadero cuerpo estraño. Estos tumores son á veces bastante voluminosos para obliterar casi completamente el intestino, y en estos casos la defecacion es poco menos que imposible. Cuando esto sucede, el malestar es mayor, hay meteorismo, náuseas y á veces vómitos. Si algunos enfermos consiguen defecar, es solo á costa de vivos sufrimientos, y despues de esfuerzos considerables que arrastran al esterior no solo los tumores, sino tambien una porcion de la membrana mucosa del recto. Finalmente, en algunas mujeres las hemorroides internas determinan diferentes accidentes que podrian referirse á un sufrimiento uterino, como lumbago, pesadez en el ano, leucorrea; y W. Cookburn cita el ejemplo de una mujer que no podia cohabitar con su marido sin esperimentar vivos dolores, á consecuencia de la compresion ejercida sobre los tumores hemorroidales al través del tabique recto-vaginal (1).

*Curso, duracion y terminaciones.*—Despues de un tiempo que varía entre uno ó dos dias y muchas semanas, se ve á los tumores deprimirse y marchitarse, y muchas veces desaparecer sin que se observe ninguna exudacion sanguínea; en cuyo caso se dice que las hemorroides son *secas ó no fluentes*. Pero en el mayor número de casos, la depresion de los tumores va precedida de un flujo mas ó menos considerable de sangre (*hemorroides fluentes*), que casi siempre

(1) *Essai de médecine*, p. 2.

depende de una simple exhalacion, y otras veces de la rotura de las várices, la cual es debida, ora á la distension escesiva de los tumores, ora á la presion que ejercen sobre ellos los esfínteres contraidos y las materias estercoráceas durante la defecacion.

Concluido el flujo, es raro que los tumores desaparezcan completamente, pues casi siempre continúan formando en el contorno del ano pequeñas prominencias flácidas é indolentes, que se aumentan mas tarde, haciéndose tensas y dolorosas, cuando se verifica una nueva congestion; es en efecto en estremo raro que solo haya un ataque hemorroidal. Los flujos se repiten por el contrario, á intervalos mas ó menos largos, que las mas veces son irregulares y algunas periódicos. Hay individuos en quienes las hemorroides se presentan á la entrada de ciertas estaciones, y pueden persistir asi toda la vida, agravándose progresivamente á medida que se repiten. No obstante, en la mayor parte se observa que los ataques escasean cada vez mas á medida que viene la vejez, es decir, hácia los sesenta años; en muchos individuos dejan espontáneamente de reproducirse, y entonces pueden persistir alrededor del ano pequeños tumores duros, semejantes á un pliegue cutáneo, y se les da el nombrs de *mariscos*. Estos tumores no son mas que hemorroides curadas por la formacion de un coagulo ó por la adhesion de las paredes venosas. En otros casos no queda ningun vestigio de la enfermedad.

Cuando la afeccion hemorroidal sigue este curso, y sus accesos, haciéndose cada vez menos intensos, se verifican en intervalos cada vez mas distantes, y concluyen por cesar completamente, no sobreviene por lo regular ningun accidente, á consecuencia de esta supresion. Pero es fácil comprender que no sucederia lo mismo si las hemorroides, sobre todo en los individuos pletóricos, despues de haber fluido copiosamente en épocas próximas entre sí, se suprimiesen repentinamente: cítanse, en efecto, muchos casos de hemorragias, y sobre todo de apoplegías, que al parecer han sido provocadas por esta supresion del flujo hemorroidal.

*Complicaciones.*—Los tumores hemorroidales pueden presentar diferentes complicaciones y ocasionar diversos accidentes, mas ó menos funestos. Asi es que las hemorroides internas que salen al esterior con una porcion de la membrana mucosa durante la defecacion, pueden hacerse irreducibles y estrangularse por la compresion que el esfinter, espasmódicamente contraido, ejerce sobre ellas. Entonces se aumenta el volúmen y la tension de los tumores, y estos adquieren un color violado, los enfermos esperimentan la mayor parte de los síntomas que acompañan á las hernias estranguladas, y los tumores pueden llegar á gangrenarse. Otras veces la inflamacion se propaga desde las hemorroides al tejido celular ambiente, y produce supuraciones difusas en la márgen del ano, abcesos estercoráceos, denudaciones del intestino, y mas tarde fístulas. Las fisuras del ano, el prolapsus de la membrana mucosa, las estrecheces del intestino, un flujo habitual purulento ó mucoso, la degeneracion cancerosa del recto, dolores de naturaleza neurálgica, y una dificultad habitual en la defecacion, son tambien otros tantos accidentes ó enfermedades que pueden resultar de las hemorroides. Hay, en fin, enfermos que conservan por muchos años un flujo sanguíneo habitual, del que resulta, ó un simple estado anémico, ó una postracion gradual, un enflaquecimiento mas ó menos notable, y una alteracion mas ó me-

nos profunda de las funciones digestivas. Este fatal estado de la economía es el que muchos autores designan con el nombre inexacto de *tisis hemorroidal.*

*Diagnóstico.*—Cuando los tumores hemorroidales están congestionados, no pueden confundirse con ninguna otra enfermedad, porque ningun tumor se presenta con los mismos caracteres. En el estado de flacidez, por el contrario, pudieran ser tomados por un pólipo, y todavía mejor por ciertas escreciones sifilíticas, especialmente *condilomas* y *crestas de gallo.* Pero estas vegetaciones son aplanadas y ofrecen en su borde libre recortaduras trasversales, descansan sobre un fondo duro, y coinciden con otros síntomas consecutivos de la sífilis. Por último, se desarrollan con lentitud, aumentan poco á poco de volúmen, y nunca presentan esas alternativas de congestion y de presion que se observan en los tumores hemorroidales. Tambien se distinguen fácilmente de los pólipos del recto, los cuales son generalmente pediculados, blandos, como esponjosos ó fungosos, y á veces parecen estar formados de muchos lóbulos.

El diagnóstico de las hemorroides internas es mucho mas difícil. Si los tumores están cerca del esfinter, se reconocerán por su color azulado ó violáceo, siempre que los enfermos defecan. No obstante, cuando están situados mas arriba, es preciso practicar, para reconocerlos, el tactar rectal; y mediante esta esploracion, y atendido el curso que sigue la enfermedad, no atribuiremos á una afeccion del útero, de la vejiga ó de la próstata unos accidentes que únicamente dependen de la presencia de los tumores hemorroidales en el interior de recto.

Los hemorroidarios esperimentan muchas veces pujos, y sus deposiciones son frecuentes y en escasa cantidad, mucosas y sanguinolentas; pero no puede creerse en estos casos que haya una disenteria crónica, cuando el exámen de las partes hace descubrir rodetes hemorroidales mas ó menos sanguinolentos, y una mucosa roja y fungosa á causa de la repeticion ó la persistencia de las congestiones.

Tampoco debe confundirse el flujo hemorroidal con los demás flujos sanguíneos que se verifican por el ano. Para aclarar el diagnóstico en estos casos, se estudiarán cuidadosamente los síntomas, y esplorará con atencion el intestino por medio del tactar, ó aun con el speculum, si fuese necesario.

*Pronóstico.*—Los médicos antiguos, especialmente los de la escuela stalhiana, y aun la mayor parte de nuestros contemporáneos, consideran la afeccion hemorroidal como saludable, como una especie de funcion accesoria que debe siempre respetarse; pero esta opinion es exagerada. Nadie duda que algunos individuos se libertan de síntomas mas ó menos graves despues de establecidas las hemorroides, pues en muchos terminan efectivamente los accidentes pletóricos con la aparicion del flujo hemorroidal, y aun con la produccion de una congestion simple de los vasos hemorroidales; pero estos hechos son escepcionales, y por poco que quiera estudiarse esta cuestion, nos convenceremos fácilmente de que las hemorroides son casi siempre una afeccion, por lo menos muy incómoda, y que seria ventajoso el no tenerlas. Si presentan alguna complicacion, pueden ocasionar ademas graves inconvenientes. Cuando un rodete voluminoso se estrangula y se esfacela, es fácil conocer que la muerte puede ser el resultado de todo esto. Por otra parte, las repetidas hemorragias producen un estado anémico. Las grietas, las fístulas anales, el prolapso del recto, etc., son ademas accidentes

muy incómodos, y que suceden frecuentemente á las hemorroides. En igualdad de circunstancias, las internas son mas peligrosas que las esternas.

Preciso es, sin embargo, confesar que cuando las hemorroides son muy antiguas, y la economía esta habituada á un flujo sanguíneo, seria espuesto suprimirlo de pronto, como ocurre respecto de otros muchos hábitos morbosos, sobre todo si se presentasen casi periódicamente. Lo que acabo de decir del flujo sanguíneo, es igualmente aplicable á la simple congestion, que puede ser un medio útil de derivacion para los individuos predispuestos, por ejemplo, á las congestiones cerebrales.

*Etiología.*—Las hemorroides se han observado desde el primer año de la vida hasta la vejez mas estremada; pero el mayor número de ellas suele manifestarse en la edad media, es decir, entre los treinta y cuarenta años. Es incontestable que las hemorroides son mas frecuentes en la mujer que en el hombre: esta opinion está de acuerdo con lo que Cullen ha observado en Escocia, y Bosquillon en París; á pesar de esto, los stalhianos sustentan lo contrario. Este predominio de la afeccion hemorroidal en la mujer es debido á los embarazos y la menstruacion; en efecto, en muchas mujeres cada período menstruo se anuncia por la hinchazon de uno ó muchos tumores hemorroidales. La influencia hereditaria no está aun demostrada, y sin embargo, es probable; tampoco conocemos la influencia recíproca de los diferentes temperamentos. Se ha considerado como mas particularmente predispuestas á las personas de temperamento bilioso, sobre todo cuando en ellas existia al mismo tiempo un predominio pletórico. La enfermedad parece ser desigual en cuanto á su frecuencia en los diversos paises, si bien nada sabemos de cierto en este punto; dícese que es mas comun en el Mediodia de Francia que en el Norte, y en París (Delarroque); Stahl asegura que es muy frecuente en Venecia y en Hamburgo; las cuatro quintas partes de los naturales de la Lituania se ven atacados del mal, segun Schultzius; pero esta proposicion es aventurada. Por otra parte, cuando vemos que la enfermedad predomina de este modo bajo tan diferentes latitudes, debemos atribuirla menos al clima que á los hábitos, las costumbres, y sobre todo al régimen. Una alimentacion muy animalizada, el hábito de montar á caballo, todas las profesiones que obligan á estar sentado, el viajar en carruajes, el estreñimiento, los esfuerzos que se hacen para defecar, los tumores de la pelvis, y especialmente la dilatacion del útero en el embarazo, son las causas cuyo efecto es menos dudoso: muchas de ellas obran de un modo puramente mecánico, dificultando la circulacion en las venas hemorroidales. Créese generalmente que las enfermedades del bazo y del hígado, y algunos piensan tambien que las de la vejiga y la próstata, son causas poderosas de las hemorroides. Pero nada hay demostrado acerca del particular, y todo esto no pasa de meras aseveraciones que esperan confirmacion; y si podemos fiarnos de nuestras impresiones y nuestros recuerdos, no vacilamos en decir que semejante modo de ver las cosas está destituido de todo fundamento. A estas causas deben agregarse tambien todas las que provocan alguna fluxion activa hácia el recto, como la aplicacion repetida de sanguijuelas al ano, los purgantes drásticos, especialmente el aloes, la presencia de oxiuros en la parte inferior del intestino grueso, etc.

*Tratamiento.*—Este puede ser paliativo, curativo ó profiláctico.

Tan luego como haya síntomas de congestion en los vasos hemorroidales, y

con mas motivo si empiezan ya á manifestarse los tumores, debe administrarse sin pérdida de tiempo una lavativa para evacuar las materias fecales que contenga el recto, ó bien un laxante muy suave, porque la acumulacion de las materias fecales aumentaria la congestion, y esta haria la defecacion muy difícil y dolorosa. Debemos limitarnos á esta sencilla precaucion, si el flujo hemorroidal ataca á un sugeto pletórico, propenso á las congestiones cerebrales y que padece desde mucho antes este hábito morboso. Si, no obstante, la congestion fuese muy intensa, deberiamos oponernos á su incremento, y aconsejariamos ademas las lociones frias, ó las aplicaciones permanentes de compresas frias sobre el tumor, el periné y el sacro. Tambien pueden usarse con ventaja las medias lavativas y los baños de asiento frios, pues calman las punzadas, disminuyen el volúmen de los tumores y aceleran su resolucion.

Cuando las hemorroides son muy dolorosas y tensas, y cuando son el asiento ostensible de una inflamacion que ocupa ya el tejido celular circunyacente, se aconseja cubrirlas con tópicos emolientes, sedantes y aun de sanguijuelas. Otros quieren que estas se coloquen en las partes inmediatas, como por ejemplo en las nalgas y la region sacra. Pero estos medios no me han parecido ventajosos, y rara vez he visto que los tumores se desinfarten aun cuando se apliquen muchas sanguijuelas. Prefiero desde hace mucho tiempo practicar estensas incisiones en los tumores, y colocar en seguida al enfermo en un baño tibio para facilitar la deplecion de las partes. Estos profundos desbridamientos son con mucho preferibles á las picaduras y escarificaciones superficiales que algunos aconsejan, pues aumentan la congestion en vez de disminuirla. En un grado mas grave, cuando los tumores se estrangulan por la contraccion espasmódica del esfinter, conviene apresurarse á reducirlos por medio de una compresion metódica, y una vez repelidos hácia el intestino, se impide que vuelvan á salir colocando en el ano un tapon de hilas que se mantiene por medio de un vendaje de T. Cuando es imposible la reduccion, es preciso desinfartar los tumores con los medios anteriormente indicados.

Hay tumores hemorroidales que son muy dolorosos, sin que pueda esplicarse este esceso de sensibilidad por el estado inflamatorio. Entonces conviene untarlos con sebo ó ungüento populeon, con lo que el enfermo debe cubrir todas las superficies enfermas, y si puede, introducirlo en el recto por medio del índice. Estos vivos dolores los producen algunas veces las pequeñas erosiones ó ulceraciones que se forman en la superficie de las hemorroides; y comprobada que sea la lesion, es preciso, en vez de los narcóticos, que son aquí de poca utilidad, tocar las partes con el nitrato de plata.

La accion de estos medios debe favorecerse con un régimen apropiado. Cuando hubiese calentura, podria estar indicada la dieta y aun á veces la sangría general; pero en el mayor número de casos basta disminuir la cantidad de alimentos, eligiendo los que no sean cálidos, y que, siendo ricos en principios nutritivos, dejen poco residuo. Los enfermos deben hacer uso de bebidas emolientes y atemperantes, y procurarán mantener libre el vientre por medio de lavativas ó de algunos laxantes suaves. Es raro que el flujo sanguíneo sea tan considerable que exija un tratamiento especial. No obstante, si llegara á presentarse este caso, deberia insistirse en las bebidas y lociones frias, y aun las lavativas con hielo.

Hay algunos enfermos que llegan á demacrarse por una exudacion sanguínea interminable, la cual suele depender de la ulceracion, ó la erosion superficial, ó el estado fungoso de los tumores. Siempre hemos combatido estas lesiones de una manera tan rápida como eficaz, tocando las partes con el nitrato de plata, lo cual es una operacion escesivamente dolorosa. Es raro que baste una sola cauterizacion, pues lo mas regular es que sea preciso practicarla dos y tres veces, dejando trascurrir entre ellas de ocho á diez dias. En los dos ó tres primeros que siguen á la cauterizacion, acostumbramos á introducir en el recto una mecha untada en una pomada de calomelanos; su volúmen se aumenta progresivamente, y tiene la ventaja de acelerar la cicatrizacion de las erosiones y deprimir los tumores por medio de la compresion. Si las hemorragias dependiesen especialmente del escesivo volúmen de los tumores, seria necesario apelar al mismo tratamiento, agregando á él el empleo de los chorros ascendentes simples, alcalinos, sulfurosos y astringentes. Solo despues de haber recurrido en vano á todos estos medios, nos decidiremos, desesperando ya del éxito, á la escision de las hemorroides. Aquí no debo ocuparme de las fístulas, denudaciones, fisuras, procedencias del recto, estrecheces del mismo y demás enfermedades consecutivas que las hemorroides pueden determinar, y que exigen un tratamiento quirúrgico. Las leucorreas anales crónicas se combaten con el bálsamo de copaiva, los astringentes, los chorros ascendentes y sobre todo con la cauterizacion por medio del nitrato de plata. La anemia, consecuencia de las pérdidas escesivas ó prolongadas, se combatirá á beneficio de los tónicos y ferruginosos.

El tratamiento curativo de las hemorroides es puramente quirúrgico. El procedimiento mas comun es la escision de los tumores; pero sea cualquiera el método que se prefiera, es siempre una operacion de las mas graves, que cuenta ya numerosas víctimas, y conviene no intentarla jamás por mera complacencia. Cuando las hemorroides no produzcan otro accidente que la incomodidad, es preciso que los enfermos se habitúen á ellas; si su volúmen es tal, por el contrario, que los individuos no puedan entregarse á sus ocupaciones, y siempre que los dolores de que son el asiento, los flujos sanguíneos, mucosos y purulentos que sostienen demacren la economía, conviene, pero solo entonces, libertar de ellas á los enfermos.

Una vez suprimidas las hemorroides, si la economía pareciese haberse habituado á ellas, importa mucho reemplazarlas con alguna otra evacuacion. Cuando se quiere, por el contrario, restablecer un flujo hemorroidal suprimido en las personas sujetas á congestiones cerebrales, deben provocarse periódicamente fluxiones sanguíneas hácia el recto por medio de dos ó cuatro sanguijuelas, que se repetirán durante muchos dias consecutivos, colocando en seguida al enfermo en un sillico que despida vapor, el cual podria introducirse hasta el recto por medio de un tubo. Tambien conviene administrar el aloes, pues se sabe que este medicamento ejerce su accion purgante y congestiva sobre el recto. Pueden tambien emplearse los supositorios ó una pomada con la que se fricciona la region anal, como Dupuytren lo practicaba algunas veces (80 granos de aloes por una onza de manteca). Por último, M. Trousseau aconseja con el mismo objeto colocar durante unos dos ó tres dias un supositorio hecho con una dracma de manteca de cacao, y de 3 á 6 granos de emético.

Para evitar la reproduccion de las hemorroides debe el enfermo observar régimen suave, prefiriendo las carnes blancas, las legumbres herbáceas y las frutas. Procurará no hacer esfuerzos, especialmente para defecar; tratará de ejecutar esta funcion todos los dias, poniéndose una lavativa de agua ó de cocimiento de linaza para facilitarla; se lavará tarde y mañana el ano con agua fria; tomará uno ó dos baños por semana; se abstendrá de montar á caballo y se acostará en colchones de crin ó paja, permaneciendo lo menos posible sobre el dorso. Si tuviese hábitos sedentarios, debe elegir un asiento elástico y ligeramente convexo, para sostener la region anal.

## *De la hematuria.*

SINONIMIA.—Orina de sangre; *mictus cruentus, sanguineus.*

Dáse el nombre de *hematuria* á la escrecion de sangre por el conducto de la uretra, que se verifica como la de la orina, por contraccion de la vejiga. Es evidente, segun esta definicion, que no se comprenden en la hematuria las exhalaciones sanguíneas que se verifican en la uretra, pues son hemorragias que conviene estudiar por separado.

*Divisiones.*—Ademas de dividirse las hematurias en esenciales, sintomáticas, activas y pasivas, como todas las demás hemorragias, distínguense tambien en *renales, uretéricas y vesicales*, segun que la sangre se exhala en los riñones, en los uréteres ó en la vejiga. Aunque esta distincion es en efecto fundada, es imposible las mas veces hacerla á la cabecera de la cama del enfermo.

*Anatomía patológica.*—En la hematuria idiopática no hay lesion alguna de testura en la mucosa de las vias urinarias : esta membrana tan solo está rubicunda, inyectada uniformemente ó á trechos, y algunas veces equimosada. Cuando la hematuria es sintomática, se encuentran lesiones muy variables en los riñones, los uréteres ó la vejiga, que casi siempre consisten en cálculos y carcinomas, y á veces en flegmasias agudas ó crónicas. La hemorragia ha sido en ciertos casos producida por la presencia de verdaderos tumores varicosos, situados especialmente alrededor del cuello vesical.

*Síntomas y curso.*—La hematuria va casi siempre precedida de algunos fenómenos precursores, que unos son generales y otros locales. Estos últimos varían segun el punto de las vias urinarias en que se verifica la exhalacion sanguínea. Si es en los riñones, los enfermos sienten un dolor obtuso, contusivo ó calor en los lomos; si la hemorragia, por el contrario, se verifica en la vejiga, hay un dolor profundo en el hipogastrio, y una sensacion de peso hácia el ano y el periné, ó bien un dolor pungitivo, sobre todo en la estremidad del péne. Cuando la hematuria resulta de la absorcion de las cantáridas, va precedida de un ardor muy vivo en todas las vias urinarias, y de un priapismo violento; á cuyos síntomas se agregan una sensacion de malestar, escalofríos irregulares y ganas frecuentes de orinar; cuando los enfermos las satisfacen, arrojan una cantidad mas ó menos considerable de sangre. Esta escrecion se verifica á veces libremente, formando un chorro continuo y sin dolor; otras, solo despues de muchos esfuerzos y pujos, es como el líquido llega á espelerse poco á poco, y en muchos casos gota á gota. Algunas veces hay retencion de orina, lo cual depende casi siempre

de que el coágulo obstruye el cuello vesical. El aspecto de la sangre escretada es variable: á veces sale pura y casi sin mezcla de orina; pero este caso es raro, y únicamente se ha observado en las heridas de los riñones. En general la sangre está mezclada con mucha cantidad de orina, á la cual pone rubicunda ó negra, distinguiéndose ademas pequeños coágulos negros ó fibrinosos y un gran número de glóbulos. En fin, es tan poca á veces la cantidad de sangre, que la orina solo tiene un color rosado, sin que deposite coágulos fibrinosos. Sin embargo, examinando el líquido con el microscopio, no se tarda en descubrir los glóbulos sanguíneos, es decir, unos corpúsculos como de una 225.ª parte de línea lenticulares y amarillentos, que tienen al parecer un núcleo central, insolubles en el agua y el ácido nítrico, y solubles en el acético. La orina sanguinolenta se coagula ademas por el calor, y da un precipitado abundante por el ácido nítrico. La cantidad de sangre varía mucho, no solo en las diversas épocas del mal, sino tambien en las diferentes emisiones de orina que se hacen en un mismo dia. Asi es que se ha visto algunas veces en las hemorragias renales, volverse pálida la orina repentinamente, lo cual suele depender de que hallándose obstruido el ureter del riñon enfermo por un coágulo ó un cálculo, la orina solo proviene del riñon opuesto (Rayer). Cuando la hematuria es sintomática, va tambien acompañada de otros muchos fenómenos locales, que varían segun la naturaleza de las alteraciones orgánicas existentes. Los síntomas generales difieren igualmente, sobre todo segun la mayor ó menor abundancia del flujo, aunque este es rara vez bastante considerable para ocasionar los accidentes que siguen á las hemorrogias escesivas.

*Duracion y terminaciones.*—La duracion de la hematuria puede solo ser de uno ó dos dias, y aun á veces de algunas horas, que es lo que sucede cuando la enfermedad es idiopática. Si por el contrario es sintomática, puede continuar en diversos grados durante muchos meses. Sea de esto lo que quiera, la presencia de la sangre en la orina por espacio de algunos dias consecutivos, no indica necesariamente que se hayan verificado de una manera sucesiva muchas exhalaciones, porque puede depender de que habiéndose formado un coágulo en la vejiga, es disuelto en seguida y arrastrado poco á poco por la orina, á la cual colora de negro.

La hematuria idiopática ó sintomática puede ser bastante considerable para acarrear la muerte, de lo cual cita M. Rayer un ejemplo; pero estos hechos son muy raros. Esta hemorragia recidiva como todas las otras, y entonces se reproduce en intervalos mas ó menos largos; cuando es suplementaria (cosa muy rara) afecta un tipo bastante periódico.

*Accidentes consecutivos.*—La exhalacion de sangre en las vias urinarias puede ser causa de muchos accidentes: ya hemos visto que un coágulo puede ocasionar la retencion de orina, obstruyendo el cuello de la vejiga. Otras veces concretándose la sangre en el uréter, hace impermeable este conducto, y la sangre y la orina se acumulan en la pelvis del riñon, y este distendido, puede formar un tumor voluminoso que sobresalga en los lomos y en el vacío; pero estos hechos son raros, porque si un uréter está obstruido, esto no se verifica sino momentáneamente. La obstruccion del uréter puede ocasionar diversos accidentes, sobre todo algunos accesos de cólicos nefríticos; pero estos síntomas, sea cual fuere, por lo demás, su forma, cesan en general bien pronto, despues

que espelen los enfermos con dolor ó sin él, una cantidad mayor ó menor de porciones de fibrina pálidas y prolongadas, que suelen tener la forma y el volúmen de una lombriz, lo cual ha hecho que se cometan en algunos casos groseros errores. Estas concreciones fibrinosas son muchas veces huecas ó acanaladas, y no es en fin, raro ver un coágulo sanguíneo, encerrado en la pelvis ó en la vejiga, convertido en núcleo de un cálculo.

*Variedades.*—Para completar la historia sintomática de la enfermedad que me ocupa, voy á hablar de una forma de hematuria que, segun M. Rayer, es endémica en la Isla de Francia y en el Brasil. Esta hematuria es esencial, afecta especialmente á la infancia, y es á veces tan leve que los niños apenas se hallan incomodados, aunque en otros casos ofrece mayor gravedad. Sin embargo, es raro que las pérdidas de sangre lleguen á ser bastante considerables para alterar profundamente la constitucion. En esta especie de hematuria, la orina deposita inmediatamente, glóbulos sanguíneos y una gran cantidad de ácido úrico cristalizado, que á veces forma verdaderos cálculos. En otra forma del mal, el aspecto de la orina es de los mas notables, pues en el espacio de veinte y cuatro horas espelen los niños dos especies de orina: una sanguinolenta, y otra, que en general se forma algunas horas despues de la digestion, es de un rojo pálido; abandonada á sí misma se separa en dos capas, una inferior y sanguinolenta, y otra superior, oscura, lechosa ú opaca (*orina quilosa*). Esta última, cuya naturaleza no se halla determinada, se parece mucho al quilo. La hematuria endémica de la Isla de Francia es una enfermedad crónica. Despues de haber cesado por algunos dias ó semanas vuelve á reproducirse, y suele persistir hasta la pubertad, y á veces hasta una edad mas avanzada. Hay tambien algunos individuos en quienes se hace constitucional y les dura muchos años aunque habiten en Europa. Sin embargo, la mayor parte suelen curarse durante la navegacion, pero suele reproducirse en ellos cuando vuelven á su patria. Esta hematuria rara vez ocasiona la muerte, y se ignoran las lesiones cadavéricas que la acompañan.

*Diagnóstico.*—En el diagnóstico se trata de resolver muchos problemas:

1.° Es preciso saber distinguir bien la orina sanguinolenta. Su aspecto y la naturaleza del depósito, suelen bastar para caracterizarla, recurriendo en los casos dudosos á la inspeccion microscópica, que nos dará á conocer la presencia de los glóbulos sanguíneos, que no pueden confundirse con ninguna otra cosa.

2.° Debe averiguarse si la sangre ha sido exhalada en los riñones, en los uréteres ó en la vejiga; pero las mas veces no podemos tener sobre este punto mas que algunas presunciones. Puede sospecharse que la sangre viene de los riñones cuando los enfermos han sentido dolor y pesadez en los lomos, cuando haya obrado sobre dichos órganos una causa traumática, ó bien cuando los enfermos espelen filamentos fibrinosos y ramificados que han debido formarse en la sustancia tubulosa. Ningun signo hay para conocer si la sangre proviene de los uréteres. Se sospechará que el líquido ha sido exhalado en la vejiga, cuando todos los fenómenos locales se concretan hácia este órgano; la sangre se halla entonces mezclada menos íntimamente con la orina que cuando proviene de los riñones.

3.° Como complemento del diagnóstico, se examinará si la hematuria es esencial ó sintomática, y nos decidiremos por una ú otra segun que haya ó no

signos de alguna enfermedad de las vias urinarias, y que los enfermos se restablezcan ó queden débiles y valetudinarios, y se manifiesten nuevos accidentes. Si la hematuria renal es á veces esencial, la vesical casi nunca lo es, y se complica comunmente con lesiones orgánicas, que por lo regular es bastante fácil descubrir.

Importa mucho no confundir la orina quilosa con la purulenta. Esta distincion es fácil, porque mirada con el auxilio del microscopio, la segunda presenta glóbulos purulentos, al paso que los de la primera tienen un aspecto sanguíneo. La orina purulenta abandonada á sí misma, deposita un sedimento purulento, enteramente característico, mientras que el líquido que sobrenada es trasparente. La orina quilosa, por el contrario, permanece opaca en toda la longitud de la columna del líquido, y despues de algunos dias presenta un crémor de materia grasa (Rayer).

*Pronóstico.*—La hematuria no constituye una enfermedad grave, sino cuando es abundante, cuando dura mucho tiempo y depende de una lesion intensa de testura, ó de la presencia de un cálculo. La que sobreviene en el curso de una enfermedad aguda de consideracion, como las calenturas pestinenciales y eruptivas, y sobre todo la viruela, indica casi siempre que la afeccion terminará de un modo funesto en un breve plazo. En el pronóstico debe tenerse muy presente la circunstancia de que la hematuria, en nuestros climas por lo menos, es casi siempre sintomática; y lo es hasta tal punto, que Cullen dice no haber observado en ellos hematurias esenciales.

*Etiología.*—Casi nada sabemos sobre las causas predisponentes y eficientes de las hematurias esenciales. Se ha dicho que son mas comunes en el hombre, en la juventud y en las personas de temperamento sanguíneo. La vida sedentaria, los placeres de la mesa, los escesos alcohólicos y venéreos se han considerado como otras tantas causas predisponentes ó determinantes, pero ninguna está demostrada. Entre todas las que se mencionan, el clima es el único cuya accion se halla bien justificada. La hematuria es en efecto, propia de los paises calientes, pues la vemos reinar de un modo endémico en los jóvenes de la Isla de Francia y atacó frecuentemente á los soldados durante la campaña de Egipto (Renoult), mientras que en nuestros paises templados es una afeccion muy rara.

Entre cerca de seis mil enfermos tratados por P. Frank, en los institutos clínicos de Pavia y Viena, solo se presentaron siete casos de hematuria esencial, la única, en efecto, que se observa pocas veces: no sucede lo mismo con la hematuria sintomática, que puede ser producida por una lesion traumática, por la inflamacion y la ulceracion de las vias urinarias; por la presencia de un cálculo, de un fungus y un cáncer; por los várices, y cuando el órgano está distendido por una gran cantidad de orina. Muchas veces, en fin, la hematuria es sintomática de un estado general peligroso de la economía, como se ve en las calenturas graves, sobre todo en la fiebre amarilla y en la peste, de lo cual parece que Diemerbroek observó muchos ejemplos en la epidemia de Nimega. Tampoco es rara la enfermedad que estudiamos en el curso de las escarlatinas, de las viruelas malignas, del escorbuto y de la *purpura hemorrhágica.*

Las hematurias idiopáticas sobrevienen las mas veces de un modo espontáneo; otras suceden á las fatigas corporales, como por ejemplo, despues de una

equitacion prolongada, al uso de los purgantes drásticos, especialmente el aloes, ó á la absorcion de las cantáridas.

La hemorragia de que hablamos puede tambien ser suplementaria, esto es, declararse despues de la supresion de un flujo sanguíneo periódico, como la menstruacion ó las hemorroides. Por último, se ha visto, aunque este caso es muy raro, á la hematuria presentarse como un esfuerzo crítico, y terminar una enfermedad mas ó menos grave.

*Tratamiento.*—Segun que la hematuria es activa ó pasiva, reclama la serie de medios de que ya hemos hablado en el estudio de las demás hemorragias, y que es inútil repetir aquí.

Diremos únicamente que, contra la hematuria crónica, sujeta á frecuentes recaidas, y que se complica comunmente con diferentes lesiones de las vias urinarias, se aconseja con ventaja el uso de algunas aguas minerales, ferruginosas, sulfurosas ó alcalinas; y se recomiendan especialmente las de Spa, de Contrexeville, de la Preste y de Evian.

La hematuria exige ademas algunos cuidados particulares. Cuando sucede á la absorcion de las cantáridas, ademas de los baños tibios y las bebidas abundantes, deben administrarse interiormente píldoras de alcanfor y opio. Se han propuesto diferentes medios, á fin de combatir los accidentes producidos por la coagulacion de la sangre en la vejiga, esto es, la disuria, el tenesmo y la retencion de orina. La mayor parte aconsejan en estos casos las bebidas abundantes, y la introduccion en la vejiga de una sonda de plata, la cual partirá y desmenuzará el coágulo, y despues de verificado esto, se inyectará una gran cantidad de agua con el objeto de arrastrarlo. Pero ¿cómo se ha de inyectar agua en una vejiga que ya está llena? En vista de esta dificultad han propuesto algunos cirujanos (Severino y Astl. Cooper), la incision del periné; pero esta operacion solo podrá justificarse cuando esté obstruida la uretra por una estrechez ó por otro obstáculo que no pudiera removerse pronto. Cuando se ha reconocido la inutilidad de los medios aconsejados hasta el dia, ó la imposibilidad de su aplicacion, propone M. Leroy de Etiolles un método sencillo y fácil que ha empleado con buenos resultados en cinco casos de replecion de la vejiga por sangre. Consiste este medio en la estraccion, á beneficio de la introduccion de una sonda gruesa de goma, sin estilete, y de corvadura fija, repetida siempre que sea necesario hasta la completa evacuacion. Por este medio ha llegado á estraer M. Leroy cuatro cuartillos de sangre coagulada, sin que el paso de la sonda, renovado mas de cien veces en pocas horas, haya ocasionado ningun accidente, ni dolores.

La hematuria endémica de la Isla de Francia es raro que reclame nunca, ni aun en su principio, el uso de una medicacion activa. Cuando se prolonga y llega á debilitar la constitucion, deben emplearse los ferruginosos. Si va acompañada de un depósito de ácido úrico, deben prescribirse las bebidas alcalinas; cuando la orina se vuelve quilosa, albuminosa ó grasosa, conviene ensayar interiormente la tintura de cantáridas, que ha sido á veces útil en estos casos; los balsámicos han sido tambien eficaces en algunos individuos; y en fin, si la enfermedad se resiste, debe aconsejarse la mudanza de clima.

### *De la uretrorragia ó uretro-hemorragia.*

La hemorragia que se verifica por la membrana mucosa de la uretra, toma el nombre de *uretrorragia.*

Esta enfermedad, que es casi esclusiva del hombre, suele anunciarse por un dolor gravativo en el trayecto de la uretra, que se irradia al periné y hácia los lomos. El conducto esperimenta la sensacion de un ardor terrible; la escrecion de la orina va acompañada de comezon y muchas veces es difícil é incompleta. La sangre sale por lo comun gota á gota por el meatourinario; es pura, y no está mezclada con la orina; cuando la exhalacion se verifica hácia la porcion prostática de la uretra, puede refluir á la vejiga una parte del líquido donde se mezcla con la orina, y es escretado en seguida con ella por las contracciones vesicales; pero este hecho es bastante raro. La uretrorragia nunca es considerable; y en general solo dura algunos instantes, ó cuando mas algunas horas, y es muy raro que persista dos ó tres dias.

Infiérese de lo que precede que la uretrorragia se distinguirá fácilmente de la hematuria, pues en la primera la sangre sale espontáneamente obedeciendo la ley de la gravedad, y sin el concurso de las contracciones vesicales.

El pronóstico nunca es grave. La uretro-hemorragia es casi siempre consecutiva á la blenorragia, ó á una violencia ejercida sobre la uretra, como una contusion ó desgarradura ocasionada por una sonda, ó á una causa traumática cualquiera, siendo debida con menos frecuencia á una congestion espontánea de la membrana mucosa.

Para curar esta leve afeccion debe cubrirse el pene con tópicos resolutivos, y colocarse perpendicularmente sobre el abdómen; el enfermo ha de estar quieto en una posicion horizontal, y evitar todas las causas de escitacion. La hemorragia que sobreviene en el curso de una violenta blenorragia, cede á los medios antiflogísticos que reclama la enfermedad principal.

### *De la metrorragia.*

Sinonimia.—Hemorragia uterina, menorragia, flujo de sangre ó flujo uterino pérdida de sangre.

La *metrorragia* debe definirse asi: todo flujo de sangre que se verifica en la superficie interna del útero fuera del tiempo de las reglas, ó bien en las épocas menstruales, pero en cantidad mayor que la necesaria.

Las divisiones que hemos admitido para todas las hemorragias precedentes, activas, pasivas, idiopáticas, sintomáticas, etc., son igualmente aplicables á la metrorragia. Como esta ademas puede sobrevenir en el estado de vacuidad del útero, durante el embarazo ó poco despues del parto, en cuyos casos no ofrece el mismo curso ni gravedad, pues reconoce causas muy diferentes, y exige muchas veces una terapéutica especial, es preciso considerarla como si formase muchas afecciones casi distintas, que deben estudiarse por separado. Aquí solo me ocuparé de los flujos sanguíneos de la primera especie, pues las demás hemorragias que acompañan al embarazo y al puerperio pueden consultarse en

los modernos tratados de obstetricia, especialmente en la obra notable de mi buen amigo Jacquemier, que nada deja que desear.

*Anatomía patológica.*—No tenemos datos exactos acerca de las alteraciones que presenta el útero en las mujeres que han sucumbido en el curso de una hemorragia uterina. Lo único que se sabe es que no hay erosion de vasos, esceptuando ciertos casos de cáncer ulcerado; el útero contiene un moco sanguinolento, y sus paredes están inyectadas; y mediante la presion se le hace exhalar sangre en su cara interna; los ovarios participan de la congestion; no obstante, nada se sabe de un modo positivo respecto de los caracteres anatómicos que presentan los órganos genitales en las mujeres que han muerto de pérdidas uterinas.

*Síntomas.*—Es raro que una metrorragia sobrevenga sin prodromos, á no ser que se manifieste inmediatamente, ó poco despues de la accion de una causa violenta. Los prodromos de estas hemorragias son en general los mismos que preceden á la erupcion menstrual, solo que ofrecen alguna mayor intensidad y se conservan en cierto grado durante los dos ó tres primeros dias de la metrorragia.

El flujo sanguíneo que caracteriza la pérdida uterina, se establece poco á poco, ó bien de pronto; puede ser continuo ó suspenderse y renovarse á cortos intervalos, pero en general se verifica sin interrupcion y se aumenta por instantes; las enfermas espelen entonces cierta cantidad de coágulos, sobre todo durante los esfuerzos que hacen para defecar ó cuando están de pié; provienen de la vagina, y se forman en ella siempre que las mujeres guardan una posicion horizontal. El orígen de estos coágulos esplica la causa de que su espulsion no vaya precedida ni acompañada de esos dolores vivos que se sienten en el útero, cuando hace un esfuerzo para arrojar al esterior un cuerpo estraño encerrado en su cavidad. Cuando la hemorragia es simple é idiopática, y no se ha formado en el útero ningun coágulo, es raro que las enfermas se quejen de dolores espulsivos, pues solo sienten entonces dolores lancinantes ó contusivos, en el hipogastrio, en los lomos, en las ingles y en la parte superior de los muslos. La esploracion de la matriz hecha con el dedo introducido en la vagina, y la palpacion hipogástrica, no descubren ningun aumento notable en el volúmen del órgano; el único cambio que hemos podido apreciar entonces, ha sido la dilatacion del cuello uterino, á veces bastante considerable para permitir la introduccion de la yema del índice. Mientras dura la hemorragia, se quejan las enfermas de dolor de cabeza, el cual varía en asiento é intensidad, esperimentan una sensacion de malestar, y es nulo el apetito. Los síntomas generales varían segun que la metrorragia es activa ó pasiva, y tambien segun la cantidad de sangre que se ha perdido: bástame indicar estas circunstancias; y respecto de los detalles, remito al lector á lo que dejo espuesto sobre el particular, al hablar de las demás hemorragias.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Las metroragias nunca cesan repentinamente; el flujo, continuo al principio, se suspende de vez en cuando, y despues disminuye hasta que la hemorragia cesa al fin del todo á los siete dias, por término medio. Es raro que se prolongue por muchas semanas, y con mayor motivo por muchos meses; esto apenas se verifica sino en las mujeres que no quieren guardar quietud, ó bien en aquellas en quienes la hemorragia es sinto-

mática de una lesion orgánica, ó depende de la presencia de un cuerpo estraño, como un pólipo. Sea de esto lo que quiera, la sangre espelida suele dejar entonces de ser coagulable, y aun á veces, debilitadas las enfermas, solo arrojan un fluido seroso apenas sanguinolento.

Difícilmente puede calcularse la cantidad de sangre que se pierde en el curso de una hemorragia. Es raro que la idiopática que sobreviene en el estado de vacuidad vaya seguida de los síntomas anémicos que suceden á todas las hemorragias escesivas, y no sé si la pérdida ocurrida en las condiciones que supongo, ha acarreado alguna vez la muerte de las enfermas. Aquí solo hablo sin embargo, de las mujeres bien constituidas, pues cuando la metrorragia sobreviene en una jóven impuber (lo cual es muy raro), produce una debilidad muy considerable, aunque no dure mas que dos ó tres dias, y sea poco abundante el flujo. Esto que acabo de decir se aplica igualmente á las cloróticas, en quienes las reglas se transforman á veces en verdaderas hemorragias, que siempre agravan los accidentes nerviosos. Estas hemorragias pueden ser bastante abundantes y rebeldes para ocasionar la muerte, de lo cual ha observado un ejemplo M. Requin.

En general, los dolores y el estado de sufrimiento del útero que acompañan la mayor parte de las metrorragias, disminuyen ó cesan con el flujo sanguíneo, aunque no es muy raro que persistan despues de este, lo cual depende muchas veces de un estado de congestion permanente hácia el útero, y hace inminente una recidiva. Esta reproduccion de las hemorragias uterinas se verifica con intervalos mas ó menos largos; las mas veces sobreviene en las épocas menstruales, y es frecuente encontrar en la práctica mujeres en quienes las reglas se transforman todos los meses en una verdadera metrorragia durante muchos años. Esto suele notarse hácia la edad crítica, aunque es mas frecuente tal vez que las hemorragias alternen en esta época con la supresion de las reglas. Se han citado tambien algunos ejemplos de metrorragia periódica, de tipo cotidiano ó tercianario; pero estos hechos son estremadamente raros.

Las metrorragias uterinas crónicas son las mas veces sintomáticas, como dejo dicho. En ciertos casos suelen ser continuas, pero casi siempre cesa el flujo de vez en cuando, y despues la hemorragia se hace mas intensa; estas exacerbaciones coinciden por lo comun con los períodos menstruales.

De todas las hemorragias que hasta aquí hemos estudiado, escepto tal vez las epistaxis, las metrorragias son las que mas comunmente afectan el carácter crítico. Háse dicho que eran causa del cáncer uterino; pero aquí se ha tomado la causa por el efecto, porque cuando ocurren las pérdidas, el útero presenta ya una alteracion mas ó menos profunda de su tejido.

*Diagnóstico.*—Como la menstruacion presenta grandes diferencias, no solo de mujer á mujer, sino tambien en una misma mujer, suele ser muy difícil determinar el punto en que el flujo sanguíneo menstrual pierde este carácter y se convierte en metrorragia. Se aconseja tener en cuenta la cantidad de sangre perdida, pero esto es muy incierto. Nosotros creemos que mas bien debe averiguarse la influencia que ejerce la hemorragia sobre las funciones principales. Este precepto es útil para determinar si el flujo sanguíneo que se establece en una jóven impuber, debe atribuirse á una menstruacion precoz ó á un estado patológico, á una hemorragia. Entonces casi siempre se resuelve la cuestion en

el último sentido, á causa de la debilidad que determinan en la constitucion estas pérdidas de sangre, aun cuando sean muy poco considerables. Algunos creen que puede distinguirse la hemorragia mensual de la morbosa, porque en la primera dicen que la sangre es siempre fluida, mientras que en la segunda se forman coágulos las mas veces. Este hecho es en general cierto; pero hemos visto muchas mujeres que espelian coágulos voluminosos durante uno ó dos dias en cada época menstrual, sin que por esto pueda admitirse que padecian una verdadera hemorragia.

Si nos preguntamos ahora cuál es el valor semeiótico de una metrorragia, diremos que es muy cierto que las hemorragias esenciales son mas frecuentes en el útero que en cualquier otro órgano; aunque la observacion nos enseña que no debemos desconfiar menos de todas las metrorragias algo considerables, porque son sintomáticas en el mayor número de casos. Asi es que una hemorragia uterina abundante, con coágulos, y acompañada de dolores espulsivos, denota casi siempre que se prepara ó se efectúa un aborto. Casi todas las metrorragias que se observan en las jóvenes, en las recien-casadas, y en un gran número de prostitutas, son la consecuencia de un aborto. Tambien reconocen por causa los infartos crónicos del útero, las afecciones granulosas del cuello, y sobre todo la presencia de un pólipo ó de una degeneracion escirrosa, enfermedades que pueden descubrirse las mas veces con el tactar, ó haciendo la esploracion por medio del spéculum. Terminaremos diciendo que en las mujeres de edad que dejan de menstruar y vuelven á tener sus reglas despues de muchos años, debe sospecharse que existe una lesion orgánica, aun cuando el flujo simule por su perfecta periodicidad una época menstrual. Por último, es preciso desconfiar de las reglas que se presentan dos veces al mes, pues un flujo semejante, rara vez compatible con la salud, es muchas veces sintomático.

*Pronóstico.*—Es inútil decir aquí que la gravedad del pronóstico varía segun la abundancia de la hemorragia, la influencia que esta ejerce sobre la constitucion, y segun que es esencial ó sintomática. Por lo demás, cualquiera que sea la causa de la metrorragia, constituye una enfermedad grave si dura mucho tiempo, pues predispone, segun se dice, á los abortos, ó imposibilita una nueva concepcion. La metrorragia que afecta á las jóvenes impúberes y cloróticas, es mas peligrosa que la que ataca á la mujer adulta. Por último, por lo que hace al pronóstico de las metrorragias sintomáticas, creo que, en igualdad de circunstancias, son las mas graves las que dependen de un pólipo ó de un cáncer, á causa de su abundancia y rebeldía.

*Etiología.*—Raras antes de la pubertad, las metrorragias son mas frecuentes á medida que se aproxima la edad crítica. Las menorragias activas se observan especialmente en las jóvenes pletóricas, ó de una constitucion nerviosa que viven en la ociosidad, haciendo uso de una alimentacion suculenta, y cuyas reglas son de costumbre abundantes. La predisposicion hemorrágica es hereditaria en algunas familias. Segun Blumenbach y Bontius, el habitar en clima cálido predispone mucho á las hemorragias uterinas. Boerhaave y Morgagni dicen que un calor artificial demasiado intenso produce los mismos resultados. Las metrorragias suceden muchas veces á una emocion moral violenta, ó á las escitaciones uterinas ocasionadas por el cóito, el onanismo, ó por los deseos no satisfechos. Los ejercicios violentos, tales como el baile, la carrera y la equi-

tacion; las caidas sobre los riñones ó las nalgas, el uso de drásticos y emenagogos, la cauterizacion del cuello uterino, la aplicacion de sanguijuelas sobre esta parte, etc., son causas muy activas de la metrorragia. Por último, algunas veces sobreviene bajo la influencia de una constitucion médica especial, como lo observó Stoll en 1778, y como ya lo habian notado los médicos de Breslau en 1699. Ya hemos visto mas arriba de qué clase de enfermedades del útero suelen ser sintomáticas las metrorragias. Tambien sobrevienen algunas veces en el curso de un estado general mas ó menos grave de la economía, como el escorbuto, las calenturas eruptivas, especialmente la viruela, las fiebres pestilenciales y ciertas calenturas biliosas. Finalmente, si el empobrecimiento de la sangre tiene las mas veces por resultado el disminuir la cantidad de las reglas, ó aun suspenderlas completamente, hemos visto que en ciertos casos produce un efecto contrario. Por eso hemos observado la metrorragia en las cloróticas, y sostenerse tan dependiente de la clorosis, que llega á cesar luego que se consigue reconstituir en la sangre un gran número de glóbulos.

*Tratamiento.*—La primera indicacion debe tener por objeto sustraer las enfermas á la influencia de las causas que han producido la metrorragia. Debe aconsejarse la quietud absoluta, una posicion horizontal en una cama un poco dura, cuidando que la pelvis se halle un poco mas elevada que el resto del cuerpo; deberá vaciarse el recto por medio de lavativas apenas templadas ó frescas; prescribir las bebidas frias y atemperantes, y procurar que sea escasa la cantidad de alimentos. Esta medicacion tan simple suele bastar para contener y curar la mayor parte de las metrorragias esenciales. Sin embargo, si la enfermedad se resiste á estos medios, y si á pesar de su persistencia el pulso se conserva fuerte y dilatado, debe recurrirse á una sangría general, ó aun mejor á pequeñas sangrías derivativas de dos ó tres tazitas, que se repetirán una ó dos veces al dia. Hollerio y Lázaro Riviere aconsejaban en estos casos practicar copiosas sangrías, cuyo chorro interrumpian aplicando el dedo á la vena, y retirándolo alternativamente. Ignoro hasta qué punto puede ser útil esta práctica. Si la existencia de dolores vivos hácia los lomos, el sacro, el hipogastrio y los muslos, indican una congestion mayor, ó á lo menos una sobreescitacion de la sensibilidad uterina, conviene aplicar ademas algunas ventosas escarificadas alrededor de la pelvis. Al mismo tiempo se procurará establecer revulsiones en otros puntos mas ó menos lejanos, prescribiendo los maniluvios irritantes, las cataplasmas sinapizadas á los antebrazos ó á los hombros, y grandes ventosas secas sobre el pecho. Cuando á pesar de estos medios continúa la hemorragia, deben hacerse aplicaciones frias sobre el hipogastrio y el sacro, administrar lavativas á esta misma temperatura, y puede inyectarse en la vagina algun líquido estíptico ó simplemente frio; en fin, se prescribirán los baños frios. Si la debilidad de las enfermas fuese estremada, bastará una simple inmersion, no dejándolas permanecer en el baño mas que uno ó dos minutos; pero en el caso contrario puede prolongarse hasta quince ó treinta. Algunos médicos prefieren el baño tibio, pero este es un medio á que debemos recurrir con gran reserva.

Si la hemorragia pusiese la vida en peligro, deberíamos taponar la vagina. Dícese que en estos casos se han obtenido buenos efectos de la compresion de la aorta, tan útil en las pérdidas uterinas consecutivas al parto. Para

practicar esta compresion se obliga á la mujer á doblar las partes superiores é inferiores sobre la pelvis; hecho esto, se deprime la pared abdominal debajo del ombligo con los cuatro últimos dedos de una mano y no bien se siente latir la arteria, se la comprime fuertemente contra el raquis. Esta compresion puede prolongarse durante muchas horas, si el estado de la mujer lo reclama.

Hánse preconizado muchos medicamentos contra las metrorragias pasivas. Nada diré de los amargos, de los astringentes, especialmente el estracto de ratania y el tanino, de los ferruginosos y de los ácidos minerales, pues ya hemos hablado anteriormente de ellos en otras hemorragias, y son tambien útiles en esta; aquí solo mencionaré el uso del polvo de canela y el del cornezuelo de centeno. Muchos médicos han preconizado, despues de Wan-Swieten, la corteza de canela y los preparados de que forma la base, como un remedio casi específico, para combatir las metrorrargias que van acompañadas de mucha debilidad. Es preferible entre todos ellos el polvo de dicho medicamento, que deberá administrarse á la dosis de una ó dos dracmas por dia, en tres ó cuatro tomas. La sabina, recomendada por algunos en la dosis de 20 á 30 granos, la juzgo peligrosa por la accion estimulante especial que ejerce sobre el útero, lo que puede dar por resultado el aumentar y prolongar la metrorragia. MM. Trousseau y Maisonneuve han publicado una serie de observaciones enteramente favorables al uso del centeno de cornezuelo, el cual administran aun en las metrorragias sintomáticas de un carcinoma uterino. M. Trousseau aconseja que se prescriba en dosis refractas, y á intervalos iguales, empezando por una dosis algo fuerte, como una dracma en las veinte y cuatro horas, cantidad que puede aumentarse los dias siguientes. Este remedio se ha administrado sin ningun peligro por espacio de uno ó dos septenarios. Deberemos preferir su principio activo, la ergotina.

M. Recamier, suponiendo que las hemorragias pasivas que persisten indefinidamente, y que no se esplican por ninguna lesion orgánica apreciable, son ocasionadas y están sostenidas por fungosidades formadas en la cara interna del cuello y del cuerpo uterino; ha propuesto introducir en el útero un instrumento que obra á guisa de carda y á beneficio del cual destruye las capas superficiales de la mucosa, y remueve por este medio las causas de la hemorragia. Dícese que esta operacion ha sido coronada de buen éxito muchas veces, y que no resultó de ella accidente alguno. No obstante todavía no nos atrevemos á aconsejarla, y esto con tanto mayor motivo cuanto que la existencia de la causa anatómica en que M. Recamier se apoya para justificarla, no está demostrada bajo ningun concepto; pero aun cuando lo estuviese, no hay ningun signo positivo en cuya virtud se reconozca; por último la inocuidad de semejante operacion no está probada ni es probable.

Ciertos síntomas predominantes pueden exigir ademas una medicacion especial; en las metrorragias que afectan á las jóvenes cloróticas, deben emplearse las preparaciones ferruginosas y el régimen sustancioso. Si hay signos de embarazo gástrico, debemos, á ejemplo de Stoll, Finke y otros muchos, administrar un vomitivo, sin temer que las sacudidas del vómito puedan aumentar la hemorragia; el estreñimiento se combatirá con las lavativas ó ligeros laxantes, y en fin, los antiespasmódicos, especialmente el opio, son útiles muchas veces, y conviene usarlos en las mujeres irritables que esperimentan vivos dolores

uterinos, y cuyo sistema nervioso se halla considerablemente escitado. El opio puede administrarse por la boca ó en lavativas. Este último medio me ha parecido preferible, cuando tiene por objeto especial calmar los dolores uterinos, lumbares y sacros. Administrado en estas condiciones, no solo produce un efecto sedante, sino que muchas veces modera la misma hemorragia.

Luego que esta se ha contenido, conviene insistir durante algun tiempo en los remedios, removiendo todas las causas que pudieran favorecer su reproduccion: la mujer debe andar poco, acostarse sobre paja ó crin, no hacer esfuerzos, alimentarse de sustancias suaves, y evitar las emociones y todas las causas de escitacion uterina. Si se hallase anémica, deben aconsejarse los tónicos, los ferruginosos y los alimentos anclépticos.

## DE LAS HEMORRAGIAS DE LAS MEMBRANAS SEROSAS.

Las membranas serosas pueden padecer hemorragias. Estas sobrevienen casi siempre sin rotura ni erosion de las partes, es decir, que la sangre se exhala simplemente, lo mismo que en las membranas mucosas. Aunque estas hemorragias pueden verificarse en todas las membranas serosas del cuerpo, en ninguna son tan comunes como en la aracnoides cerebral; en seguida vienen por el órden de frecuencia la pleura, el peritoneo, la túnica vaginal del testículo, el pericardio y la aracnoides raquidiana.

Un derrame mas ó menos considerable de sangre en una cavidad serosa, es la única lesion que caracteriza anatómicamente la enfermedad. Esta sangre está las mas veces coagulada, si no en totalidad, por lo menos en parte. Sin razon se ha dicho, pues, que en las hemorragias de las serosas está la sangre siempre líquida. Algunas veces suele estar mezclada con falsas membranas recientes ó antiguas, que preceden ó siguen á la manifestacion de la hemorragia. La cantidad de sangre derramada es en ciertos casos muy considerable: M. Chomel ha encontrado una vez en el pericardio tres cuartillos. En el peritoneo puede ser mayor aun el derrame. La sangre derramada esperimenta en seguida diversas modificaciones, antes que llegue á reabsorberse. Casi siempre se aisla y enquista, como sucede á la mayor parte de los cuerpos estraños. Otras veces, estendida en capas sobre una superficie mas ó menos considerable, se transforma en un tejido fibroso, y en otros casos se parece mas por su aspecto á la estructura muscular. Compuesta muchas veces de un gran número de capas bastante distintas, esperimenta por lo comun, sobre todo en su superficie libre, la trasformacion cartilaginosa ú osea. Por último, estos derrames sanguíneos se organizan á veces en falsas membranas, cuya testura es completamente la misma que la de las serosas con que se halla en contacto.

Los siguos de las hemorragias serosas son tan oscuros, que en el mayor número de casos no llegan á reconocerse hasta despues de la muerte. Los trastornos principales que determinan, son los que resultan de la compresion de un órgano importante. Asi, si la hemorragia se verifica en la pleura, hay opresion, un sonido macizo, y debilidad ó falta del ruido respiratorio; la voz es ronca, y se observan, en una palabra, todos los signos físicos de un hidrotórax. Cuando el derrame ocupa el pericardio, el enfermo tiene ortopnea; el pulso se

hace irregular; los latidos del corazon son oscuros; sobrevienen desmayos, y se maniesta el edema. Tambien existen signos de compresion cerebral en las hemorragias meníngeas, que no tardaré en referir con detencion.

El derrame de sangre en las membranas serosas no produce generalmente ningun dolor vivo. Al menos, esto es lo que sucede por lo comun en la aracnoides, el pericardio y tal vez la pleura; pero no sucede lo mismo con el peritoneo. Broussais habla en efecto en el tomo tercero de sus *Flegmasias crónicas*, de tres enfermos, que habiendo sucumbido rápidamente, despues de esperimentar violentos dolores abdominales dislacerantes, no presentaron en la autopsia otros desórdenes, para esplicar estos síntomas, que un derrame considerable de sangre exhalada en el peritoneo. Cuando los accidentes locales son tan intensos, se hallan los enfermos muy agitados; sus facciones se alteran, se debilita el pulso, y pueden sucumbir en el espacio de algunas horas. Concíbese tambien que si la hemorragia fuese muy grave, se observará la serie de fenómenos que acompañan á las grandes pérdidas de sangre; pero esto apenas sucede sino en las hemorragias por rotura, cuando, por ejemplo, un aneurisma ó un órgano vascular, como el pulmon, el bazo ó el hígado se rompen á causa de una violencia esterior, ó por el esfuerzo espansivo de una hemorragia intersticial. Por último, verificándose en muchos casos el esfuerzo hemorrágico en gran número de superficies á la vez, se ve á la hemorragia de la membrana serosa coincidir con la de alguna mucosa inmediata: asi Chomel ha observado que en casi todas las hemorragias de la pleura y del pericardio habia habido una hemoptisis simultánea.

Infiérese, en suma, cuán difícil es en muchos casos el diagnóstico de las hemorragias de las membranas serosas, pues hasta ahora no existe signo alguno cierto para conocer las exhalaciones sanguíneas que se verifican en la pleura, el pericardio y el peritoneo; y aunque á veces puedan adivinarse, es imposible establecer un diagnóstino razonado con los datos incompletos que la ciencia nos suministra en el dia.

Las hemorragias de las membranas serosas son generalmente enfermedades graves.

Las causas bajo cuya influencia se exhala la sangre en la superficie de las serosas son muy oscuras, ó por mejor decir, absolutamente desconocidas, siendo lo mas comun que la serosa por la cual se ha exhalado la sangre no sea el asiento de alteracion alguna; pero á veces está inflamada; asi, pues, M. Sedillot cita refiriéndose á los *Annales de Heidelberg*, el hecho de una hemorragia considerable de la pleura, que se presentó algun tiempo despues de una operacion de empiema, y por consiguiente en una pleura enferma.

En las breves consideraciones que acabo de presentar sobre las hemorragias de las membranas serosas por exhalacion, no he hablado de las membranas sinoviales, aunque las creo igualmente capaces de padecer exhalaciones sanguíneas. Es cierto que ninguna autopsia ha evidenciado este hecho; pero se han visto individuos que padecian una diatesis hemorrágica, esperimentar de pronto un dolor vivo en una ó muchas articulaciones á la vez, acompañado de todos los signos de un derrame en la cápsula. Despues de algunos dias, se notaban anchos equímosis alrededor de la articulacion, y las partes recobraban al fin su estado normal, despues del primero ó segundo septenario. He visto uno

de estos individuos, en quien la diatesis hemorrágica parecia manifestarse especialmente por derrames sanguíneos intra-articulares, acompañados de equímosis considerables en la superficie de la piel.

## *De las hemorragias meníngeas.*

Llámase *hemorragia* ó *apoplegía meníngea*, un derrame de sangre que se forma en la gran cavidad de la aragnoides, en el tejido celular sub-aragnoideo, ó en los ventrículos cerebrales.

*Historia.*—Esta enfermedad, indicada por Bonnet (1), Morgagni (2), Wepfer (3) y otros muchos sabios de los últimos siglos, solo ha sido completamente descrita por los médicos modernos. Citaré especialmente aquí los trabajos originales de MM. Serres (4), Baillarger (5), E. Boudet (6) y Prus (7). Por último, MM. Rilliet, Barthez (8) y Legendre (9), han estudiado la hemorragia meníngea en el período de la niñez.

*Anatomía palológica.*—Háse creido por mucho tiempo que podria verificarse un derrame sanguíneo entre la duramater y la hoja parietal de la aragnoides; pero M. Baillarger es el primero que ha refutado esta opinion, demostrando que la gran cavidad de la aragnoides es el sitio mas frecuente de las hemorragias meníngeas. El derrame puede ser circunscrito, pero las mas veces es difuso; suele ocupar ambos hemisferios á la vez, y comunmente está situado en la superficie convexa del encéfalo. La cantidad del líquido derramado varía entre 1 onza y 2 cuartillos, aunque el término medio es entre 4 y 6 onzas las mas veces (Boudet); la sangre está fluida cuando la muerte ha sido rápida, ó coagulada, cuando el enfermo ha vivido algun tiempo luchando con su mal. Si, en efecto, los individuos sobreviven cuatro ó cinco dias á la hemorragia, se encuentra la sangre enteramente concreta, y el coágulo circunscrito por una falsa membrana, cuyos caracteres ha estudiado perfectamente mi amigo Baillarger. Esta falsa membrana envuelve el coágulo, ofreciendo asi la disposicion de una serosa, es decir, que representa un saco sin abertura *que se adhiere casi siempre á la hoja parietal de la aragnoides*, y se continúa sobre los límites del foco con dicha serosa. Esta disposicion tan notable es la que antes de M. Baillager habia engañado á todos, y hecho creer en la posibilidad de un derrame entre la duramater y la aragnóides, lo cual me parece casi imposible. Esta falsa membrana puede adquirir con el tiempo una línea de grueso; su cara interna se pone rugosa y se organiza en ella un aparato vascular (Boudet); por ella se verifica progresivamente la absorcion del coágulo, aunque algunas veces se convierte en asiento de un nuevo trabajo morboso, y exhala serosidad ó aun sangre.

(1) *Sepulchretum*, lib. 1.°, sect. II, p. 83, t. I.
(2) Epíst. 43, §. 27; epíst. 14, §. 3; epíst. 52, §. 33.
(3) *Histor. apop.*; p. 463. obs. 49.
(4) *Annuaire des hôpitaux.*
(5) *Thèse de Paris*, año 1837.
(6) *Journal des connaisances médico-chirurgicales*, année 1839.
(7) *Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, t. XI.
(8) *Traité des maladies de l'enfance*, t. II.
(9) *Revue médicale*, années 1842 et 1843.

Esto esplica el por qué en el mismo quiste aragnóideo se encuentran á veces coágulos fibrinosos y coágulos negros, y sangre completamente fluida, cuya exhalacion cuenta evidentemente poco tiempo. Por último, en un grado mas avanzado llegan á reabsorberse la sangre y la serosidad, y solo queda entonces una falsa membrana de aspecto seroso.

La hemorragia aragnoidea es casi siempre el producto de una exhalacion morbosa, pues no se encuentra rotura alguna vascular, aunque hombres cuya autoridad es respetable, hayan sostenido la opinion contraria. Hay sin embargo una forma del mal en que el derrame sucede ostensiblemente á la desgarradura de una vena, de un seno (sobre todo de los laterales), y con mas frecuencia todavía, á la rotura de una de las arterias de la base del cráneo, lo cual constituye una hemorragia secundaria ó sintomática, que segun Prus, tiene esclusivamente su asiento en la cavidad sub-aragnóidea. Cualquiera que sea la causa del derrame, este ejerce sobre el cerebro una compresion proporcionada á su abundancia, especialmente cuando se verifica en la cavidad de la aragnoides; las circunvoluciones están aplanadas en todos los casos, y aun á veces presenta el cerebro un hundimiento de mas de 15 líneas al nivel del foco sanguíneo. Esta disposicion suele faltar en los niños, porque como advierte M. Legendre, cuando la osificacion del cráneo no es todavía completa, no se halla deprimido el cerebro, mientras que la bóveda del cráneo cede al esfuerzo del líquido y se dilata como en el hidrocéfalo.

Prus ha llamado en estos últimos años la atencion sobre las hemorragias de la cavidad sub-aragnóidea. Estas no se efectúan siempre por exhalacion, pero en la mitad de los casos suceden á la rotura de una vena, una arteria, ó un seno, ó bien son consecutivas á la dilaceracion de la sustancia encefálica por una hemorragia intersticial. En este caso, nunca está rodeado el quiste de falsa membrana; la sangre, mezclada con el líquido céfalo-raquidiano, le da un color rojo, y se derrama con él bastante lejos. Nunca se han visto diferencias bastante manifiestas en el aspecto y la consistencia de los coágulos para decidir si los habia de diferentes fechas, al paso que sucede comunmente lo contrario en la hemorragia aragnóidea. Ademas, en la primera, nunca es adherente el coágulo. Esto mismo se aplica en parte á las hemorragias de los ventrículos; pues aunque la sangre pueda exhalarse en su superficie, como parecen probarlo algunos hechos, no obstante, el derrame ventricular es producido las mas veces por el plexo coroides: en ciertos casos se han encontrado roturas de los vasos que forman esta red; pero es mas frecuente todavía que la hemorragia de los ventrículos provenga de un foco cerebral abierto en las cavidades. Cualquiera que sea por lo demás, el modo de formarse los derrames intra-ventriculares, casi siempre ocupa la hemorragia los ventrículos laterales, que llegan á reunirse entre sí mediante la rotura del septo, y aun muchas veces suele desgarrarse el mismo trigono. Finalmente, en algunos casos se ha extravesado la sangre en el tejido celular sub-aragnóideo de la médula y del cerebro, por el orificio de las cavidades encefálicas (agujero de Magendie). Un hecho referido por Abercrombie; segun Aitkin, prueba que una hemorragia puede verificarse tambien aisladamente en el tercero y cuarto ventrículo. En estos derrames, el coágulo suele estar envuelto en una falsa membrana, como en la hemorragia de la cavidad aragnóides; las paredes ventriculares unas veces están intactas, y otras, re-

blandecidas y desorganizadas; la sangre se presenta fluida ó coagulada, y puede concluir por ser enteramente reabsorbida, quedando algunas veces ciertos restos de ella. M. Lelut ha considerado como tales á muchas de esas falsas membranas que suelen encontrarse en la cavidad aragnóidea. Mas recientemente, M. Aubanel ha pretendido referir todas estas producciones á un mismo orígen; pero semejante doctrina no se desprende claramente, en mi concepto, de los hechos recopilados por este sabio médico. (*Annales medico-psychologiques*, 1843).

Nada diré de la hemorragia que se verifica en la aragnóides raquidiana: enfermedad escesivamente rara, y por consiguiente todavía poco conocida, aunque puede aplicarse á ella *á priori* casi todo lo que acabo de decir sobre la hemorragia de la aracnóides cerebral.

*Síntomas y curso.*—Resulta de las observaciones de Boudet, que en casi la mitad de los casos (18 entre 41), hay signos precursores, tales como cefalalgia, sopor, letargo, vértigos, etc. La invasion del mal se verifica casi siempre de un modo súbito (26 veces entre 33), y su menor ó mayor rapidez está en proporcion con la prontitud y abundancia de la hemorragia. Cuando la enfermedad empieza lentamente, hay dolor y pesadez de cabeza, amagos de letargo y coma, ó bien agitacion ó delirio; los sentidos se embotan, y los miembros se debilitan y contraen, cuya debilidad puede limitarse á una parte del cuerpo. El coma despues se hace mas profundo, la parálisis de la sensibilidad y del movimiento es cada vez mas general, y al fin sobreviene la muerte. Cuando la invasion es repentina, los accidentes pueden llegar de pronto al mal alto grado de intensidad. Sea de esto lo que quiera, los síntomas no tienen siempre un curso progresivo, pues hay enfermos en quienes disminuyen los fenómenos de compresion durante algunas horas, para agravarse bien pronto despues, cuya recrudescencia depende las mas veces de que se ha verificado una nueva exhalacion sanguínea.

La contraccion es un síntoma frecuente en la apoplegía meníngea, y ha sido observada por Boudet catorce veces entre veinte y siete enfermos; M. Legendre la ha visto con no menos frecuencia en los niños. Las convulsiones sobrevienen tambien al principio ó en el curso de la enfermedad, si bien en una proporcion menor; por último, la parálisis es un síntoma bastante comun, puesto que Prus lo ha observado seis veces entre ocho. Este hecho merece ser demostrado con tanto mayor motivo, cuanto que un sabio médico, M. Serres negó en otro tiempo su posibilidad, apoyándose tal vez menos en los hechos patológicos, que en las esperiencias verificadas en animales. En efecto, no habiendo visto M. Serres presentarse la parálisis cuando producia un derrame de sangre abriendo los senos venosos de la dura-mater, dedujo que este signo faltaba en las hemorragias meníngeas. Resulta, no obstante, de los hechos conocidos hasta el dia que en la apoplegía meníngea, la parálisis es un síntoma incontestablemente menos frecuente y mas tardío que en la hemorragia cerebral; lo cual depende sin duda del poco espesor que tiene la capa sanguínea en los primeros tiempos del mal. El derrame que ocupe un solo hemisferio, puede paralizar ambos lados del cuerpo; pero nunca se limita la parálisis á un miembro ó á la mitad de la cara, segun dice Boudet.

La parálisis, segun Prus, es un síntoma muy raro cuando se ha verificado

la exhalacion sanguínea en la cavidad sub-aragnóidea, lo cual esplica diciendo que en este caso la sangre se estiende á lo lejos mezclada con el líquido céfalo-raquidiano; ó bien puede asimismo creerse que estando destinada dicha cavidad á recibir el fluido cerebro-espinal, es susceptible de admitir bastante cantidad de sangre sin que se alteren la sensibilidad y el movimiento. Concíbese fácilmente que debe suceder lo mismo cuando la hemorragia, consecutiva á la rotura de un vaso, se verifica de repente en gran cantidad, mas aun en este caso la parálisis no es un síntoma muy ordinario, puesto que Prus no lo ha observado sino tres veces, en doce casos de rotura arterial; la somnolencia y el coma existirian, por el contrario, constantemente y de un modo duradero, lo mismo en la hemorragia aragnóidea que en la sub-aragnóidea, con la diferencia de que en esta última se presentarian los accidentes precedidos ó acompañados, segun Prus, de malestar, aplanamiento, rubicundez y calor de la cara; al paso que en la primera casi siempre habrá cefalalgia, lengua seca, calentura y delirio, fenómenos que se esplican por la inflamacion concomitante de la aragnóides, cuyo efecto es formar la falsa membrana que debe enquistar el coágulo. La calentura, que es frecuente en el adulto, es constante en los niños.

*Duracion y terminaciones.*—La duracion de la enfermedad es variable; puede ser mortal en solo algunos minutos, pero comunmente sobreviven los enfermos por espacio de cuatro ó cinco dias, y rara vez mas de este tiempo; hay sin embargo algunos que no sucumben hasta pasados muchos meses, y finalmente tambien suelen curarse en casos escepcionales. La gravedad de los síntomas y su curso mas ó menos rápido son generalmente relativos á la porcion de sangre derramada y al sitio que ocupa. Segun Prus, la duracion de la hemorragia sub-aragnóidea nunca pasa de ocho dias, al paso que la que tiene por asiento la aragnóides, puede llegar á un mes y mas: por lo demás, esta es curable, y la otra tal vez incurable.

*Variedades.*—La hemorragia meníngea tiene al parecer en los niños un aspecto diferente. La afeccion puede ser en esta edad, aguda ó crónica. En el primer caso se observa, segun M. Legendre, un aparato febril continuo, acompañado desde el principio de accidentes convulsivos ligeros hácia los ojos, que dejan por consecuencia el estravismo. No hay estreñimiento, y los vómitos son escasos ó nulos; pero bien pronto aparece la contractura en los piés y las manos, y accesos convulsivos clónicos, que se hacen mas violentos á medida que se aproxima el término fatal. Los enfermos ademas, están aletargados, y la sensibilidad cutánea se halla algo embotada en los últimos tiempos; pero en oposicion á lo que se observa en el adulto, no existe la parálisis. La enfermedad sigue un curso rápido, mas la terminacion fatal es muchas veces provocada por la aparicion de una afeccion intercurrente, y sobre todo de una pulmonía. Otras veces pasa al estado crónico, y entonces presenta casi los mismos síntomas que describiremos mas adelante, al ocuparnos del hidrocéfalo ventricular.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la hemorragia meníngea es bastante difícil. Cuando sobreviene repentinamente y sigue siempre un curso progresivo, es imposible distinguirla de un derrame cerebral ó de una fuerte congestion. En otro lugar examinaremos el modo de diferenciarla del reblandecimiento. Por lo demás, la existencia de la contractura desde el principio de la afeccion, el curso irregular de los principales síntomas, como la disminucion y agravacion súbitas

del coma y de la parálisis, y en fin, el aumento gradual de los accidentes, son las circunstancias principales que deben tenerse en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial. En cuanto á la determinacion del sitio preciso del derrame, esto me parece muy difícil, sino imposible.

La hemorragia meníngea raquidiana, que suele ir precedida de signos de congestion cerebral, se hace notable generalmente por un violento dolor occipito-vertebral, acompañado de la inclinacion de la cabeza hácia atrás: dolor que se exaspera en los movimientos del cuello, dorso y lomos, sin que haya exaltacion de sensibilidad en los miembros, la cual se conserva intacta mientras que existe una parálisis mas ó menos completa del movimiento. No debe sin embargo, considerarse esta reunion de síntomas como patognomónica, pues no se ha observado todavía un número de veces suficiente para fijar bien su valor.

*Pronóstico.*—La hemorragia meníngea es una enfermedad de las mas graves, y se la debe considerar todavía mas peligrosa que la misma apoplegía del cerebro, pues ocasiona tal vez la muerte con mas frecuencia que esta, si bien nada positivo puede establecerse todavía acerca de este asunto. Es, sin embargo, susceptible de curacion, como lo prueban los quistes sanguíneos antiguos que suelen encontrarse en la gran cavidad de la aragnóides. Pero no habiéndose visto nada parecido á esto, segun Prus, en la cavidad sub-aragnóidea es dudoso, en concepto de dicho autor, que pueda alguna vez terminar felizmente la hemorragia que en ella tiene lugar.

*Etiología.*—La hemorragia meníngea, frecuente en los enagenados, sobre todo en los dementes paralíticos, puede manifestarse en el hombre en cualquier época de la vida; no es rara en el recien nacido, y parece ser una de las causas que producen lo que se llama *asfixia de los recien nacidos*. Resulta de las investigaciones de Boudet, que esta hemorragia es mas comun en el adulto, y especialmente en los viejos; mas en el hombre que en la mujer, y en la primavera que en las otras estaciones. La frecuencia de las congestiones predispone á ella: un obstáculo opuesto al curso de la sangre venosa, como cuando los senos principales de la dura-mater ó de la vena yugular interna están obstruidos por coágulos ó comprimidos por tumores, esplica el desarrollo de las hemorragias meníngeas. Sin embargo, en la mayor parte de los casos sobrevienen sin causa determinante apreciable.

*Tratamiento.*—Es el mismo que espondremos muy pronto, al ocuparnos de la hemorragia cerebral.

### *De los sudores de sangre, ó hematidrosis.*

Hay en la ciencia cierto número de observaciones auténticas que prueban que la sangre ha sido exhalada algunas veces por la piel, y probablemente por las mismas vias que el sudor. Estas hemorragias rara vez se verifican por toda la superficie del cuerpo pues casi siempre son parciales. Obsérvanse especialmente en los puntos en que la piel es blanca, fina y acostumbra estar bañada de sudor, como la yema de los dedos, las axilas, el cuello, las partes laterales de la nariz, etc.; á veces en fin, se verifica el sudor de sangre por la superficie de una cicatriz antigua.

*Síntomas y curso.*—Esta hemorragia sobreviene en ciertos casos sin prodromos; la sangre rezuma en forma de gotitas mas ó menos numerosas y reunidas, sin que se observe las mas veces despues de secar la piel, ninguna modificacion en su aspecto ó testura: la hemorragia va precedida en otros casos de rubicundez, hinchazon y dolor, en las partes por donde ha de verificarse: fenómenos que desaparecen despues de la hemorragia. La hematidrosis tiene en general una duracion completamente efímera, como algunas horas, por ejemplo; es casi siempre poco considerable, y á menos que no sea general, nunca va seguida de anemia.

Esta especie de hemorragia recidiva con mucha facilidad, ora se verifique siempre en el mismo punto, ora se manifieste sucesivamente en diversas partes del cuerpo. Como depende con tanta frecuencia de la amenorrea, se presenta todos los meses de un modo periódico, y parece en estos casos suplementaria de las reglas.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico no puede ofrecer ninguna dificultad. Es inútil decir que ciertos tópicos, como la verbena, pueden teñir de rojo el sudor; pero basta alguna atencion para que sea imposible incurrir en semejante error.

*Pronóstico.*—Este nunca es fatal, á no ser que la hemorragia ocupe gran parte de la superficie del cuerpo, y reconozca por causa algun estado grave de la economía.

*Etiología.*—Los sudores de sangre casi todos se han observado en mujeres jóvenes, ó en el período medio de la vida, coincidiendo en ellas con la amenorrea ó la insuficiencia de los menstruos. Algunas veces se desarrollan bajo la influencia de un estado pletórico, sobre todo los que son generales, y suelen tambien manifestarse por efecto de una viva conmocion nerviosa, como un acceso de cólera, y especialmente un susto violento.

*Tratamiento.*—Como esta hemorragia es casi siempre muy pequeña, no reclama ningun tratamiento tópico. La indicacion principal consiste en combatir la causa que la ha producido, destruyendo la plétora, si existe, ó reproduciendo la hemorragia suprimida, si la hematidrosis es suplementaria. Cuando resulta de una emocion moral, deben prescribirse los sedantes y los antiespasmódicos; pero si no surge ninguna indicacion positiva de los síntomas, ni de la consideracion de las causas, nada debe hacerse. Algunos médicos aconsejan entonces favorecer la produccion de una hemorragia menos insólita, como por ejemplo un flujo hemorroidal; pero no encuentro ninguna ventaja en semejante conducta, pues nos esponemos á reemplazar una hemorragia benigna por otra que á lo menos seria incómoda. Si (lo que es muy raro), los sudores de sangre fuesen bastante considerables para debilitar los enfermos, deberian moderarse por medio de los tópicos frios y la compresion.

## DE LAS HEMORRAGIAS INTERSTICIALES, Ó APOPLEGÍAS.

Cuando la sangre se derrama violentamente en lo interior de los tejidos, en lugar de exhalarse en la superficie de una membrana, se dice que hay *hemorragia intersticial* ó *apoplegía*. Esta última palabra, adoptada al principio por los

antiguos para caracterizar la invasion rápida de una enfermedad que espone a una muerte inmediata, fue consagrada despues para designar todas las afecciones del cerebro que se manifiestan por la pérdida súbita de la sensibilidad y del movimiento de una ó mas partes del cuerpo; otros la reservaban solo para los casos en que estos accidentes dependian de una hemorragia en la sustancia cerebral. Asi es que por espacio de mucho tiempo la palabra *apoplegía* no há tenido mas que un sentido puramente *sintomático*. Por el contrario, en la actualidad, la mayor parte de los médicos solo quieren darle al parecer un sentido *anatómico*, y espresan con ella todos los derrames sanguíneos que se forman brusca y espontaneamente en lo interior de nuestros tejidos.

No hay órgano alguno de la economía donde no se hayan observado estas hemorragias, pero son mas comunes en el cerebro y los pulmones, y vienen en seguida por el órden de frecuencia, la piel y el tejido celular subcutáneo, los músculos de la vida esterior, la placenta, el hígado, el bazo, el útero, los riñones y el corazon. Por lo demas, cualquiera que sea el órgano donde se verifique, como la sangre se derrama en los tejidos, separa necesariamente sus fibras ó las mallas que los constituyen, y aun las mas veces las rompe. El líquido asi estravasado forma un verdadero cuerpo estraño, que puede ser causa de muchas lesiones consecutivas, aunque en el mayor número de casos suele reabsorberse poco á poco, ó bien esperimenta diversas trasformaciones orgánicas que indicaremos en cada caso particular. Por último, en el punto del órgano donde se forma el derrame, y que se desgarra ó sufre á lo menos mayor ó menor tirantez, se desarrolla un trabajo reparador que tambien examinaremos.

## *De la hemorragia cerebral.*

Sinonimia.—Apoplegia, hemato-encefalia; *apoplexis, apoplexia, sideratio, attonitus morbus*, etc.

Dáse el nombre de *hemorragia* ó *apoplegía cerebral*, á un derrame mas ó menos considerable de sangre en la sustancia del cerebro, que ocasiona durante la vida la suspension repentina y mas ó menos completa de la inteligencia y la de la sensibilidad y movimiento en una ó muchas partes del cuerpo.

*Historia.*—La historia de esta afeccion se pierde en los primeros tiempos de la medicina. Los médicos de la antigüedad describen mas ó menos exactamente sus síntomas y su curso; pero privados de las luces de la anatomía patológica, ignoraban su naturaleza y sus causas, confundiéndola fácilmente con otras muchas enfermedades de los centros nerviosos. Solo despues de los trabajos de F. Hoffmann, Wepfer, Valsalva y Morgagni, hemos adquirido algunos conocimientos positivos sobre las hemorragias de los centros nerviosos. Morgagni fue especialmente el que, en sus cartas 2.ª, 3.ª, 4.ª y 5.ª, no solo precisó mejor el asiento de este derrame sanguíneo, sino que demostró por primera vez la relacion que habia entre las lesiones cadavéricas y los síntomas observados antes de la muerte. Despues de este gran médico, las hemorragias cerebrales han sido objeto de importantes trabajos, entre los cuales citaremos los de MM. Mou-

lin (1), Riobé (2), Andral (3), Cruveilhier (4), Abercaombie (5), Gendrin (6), y la tan justamente apreciada monografía del doctor Rochoux.

*Anatomía patológica.*—La presencia de una cantidad mas ó menos considerable de sangre en la sustancia del cerebro es el carácter anatómico de la hemorragia cerebral, pero no se encuentra con igual frecuencia en todas las partes del órgano, pues MM. Rochoux y Andral han demostrado por medio de cuadros estadísticos, que los cuerpos estriados y los tálamos ópticos son el asiento mas comun de los derrames; vienen despues la porcion de los hemisferios situada por encima del centro oval de Wieusens, los lóbulos laterales del cerebelo y los anteriores del cerebro. Por lo demás, casi se presenta con la misma frecuencia en uno y otro hemisferio. Las partes blancas centrales, y todas las que contienen mucha sustancia medular y poco gris, son las menos sujetas á los derrames sanguíneos. Estos no son muy raros en la sustancia cortical de las circunvoluciones.

Cuando se abre el cráneo de un enfermo que ha sucumbido á una hemorragia cerebral, no se encuentra generalmente nada de notable en la superficie del cerebro; pero si el derrame ha sido considerable, y se ha verificado cerca de la superficie, están aplanadas las circunvoluciones, y puede percibirse mas ó menos distintamente el fenómeno de la fluctuacion, comprimiendo el cerebro. Cuando divididas las capas sanas del órgano, que suelen estar mas ó menos hiperemiadas, se pone al descubierto el foco sanguíneo, se encuentran algunos desórdenes que varían segun el tiempo mas ó menos largo que ha trascurrido desde la invasion de los primeros accidentes hasta el momento de la muerte. Si esta se verifica en los tres ó cuatro primeros dias del mal, se encuentra la sangre derramada formando un coágulo negruzco, blando, casi difluente, y mezclado con porciones de tejido cerebral reblandecido. Su peso es variable, y rara vez menor de una dracma: suele ascender las mas veces á media, una y dos onzas. No son muy raros los casos en que se han encontrado 6 y 7 onzas de sangre, y aun se ha visto al foco ocupar todo un hemisferio y contener mas de 8 onzas. Entre el sesto y octavo dia disminuye el coágulo de volúmen, es mas resistente, de un color negro menos subido, y la serosidad que contiene se reabsorbe ó infiltra en el tejido cerebral. Hácia el dia quince tiene ya una testura fibrinosa, y pasado un mes se contrae sobre sí mismo, está denso, rojizo, á veces casi pálido ó amarillento, y se aplica inmediatamente entonces contra las paredes del foco, ó bien nada en una cantidad mas ó menos considerable de serosidad citrina ó rojiza. En fin, el coágulo puede desaparecer del todo despues de un tiempo indeterminado, variable segun los individuos. La rapidez de la absorcion es tanto mayor cuanto mas jóven es el enfermo y el derrame menos considerable. Es probable que esta absorcion se opere esclusivamente por las venas, puesto que el cerebro no parece contener sino un número muy pequeño de vasos linfáticos. En algunos casos existe alrededor de los coágulos fibrinosos

(1) *Traité de l'apoplexie*, 1819.
(2) *Thèse de Paris*, année 1816.
(3) *Clinique médicale*, t. V.
(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Apoplexie.
(5) *Maladies de l'encéphale*, traducido del inglés.
(6) *Traité de médecine practique*, t. I.

una capa mas ó menos gruesa de sangre negra y fluida, tal como se encuentra en los tres ó cuatro primeros dias de la enfermedad. Esta disposicion indica que ha habido una doble hemorragia: la primera, producida en una época ya lejana, está representada por el coágulo fibrinoso; y la segunda debió ocurrir en un momento bastante próximo á la muerte, como lo prueban los coágulos negruzcos y blandos.

No son menos notables los cambios que sobrevienen en el foco apoplético. Cuando este es reciente, sus paredes están dislaceradas, desiguales é impregnadas de sangre, y examinadas debajo del agua, se ven flotar porciones de sustancia cerebral apenas adherentes. Estas paredes ofrecen ademas un aspecto tomentoso, formado en gran parte por la estremidad de los vasos desgarrados: tal es el estado de toda caverna reciente. La sangre no puede derramarse en el cerebro sin que dislacere sus fibras; y seria inútil refutar aquí la opinion de algunos autores, que sostienen que ciertos focos apopléticos están constituidos por una simple separacion de aquellas. La estension del foco es relativa al volúmen del coágulo; su cavidad, generalmente esférica, es mas ó menos anfractuosa, está comunmente aislada, y puede, como ya hemos dicho, comunicar con los ventrículos y el tejido celular sub-aragnóideo. Las paredes que circunscriben el foco sanguíneo están generalmente inyectadas, rojizas y reblandecidas en la profundidad de una á tres líneas. Al color rojo sucede hácia el tercer dia, otro de un color amarillo-canario pálido, que aumenta hasta el quince, lo cual es un verdadero equimosis del cerebro, que indica ya un principio de absorcion. No obstante, la cavidad se hace bien pronto menos irregular, y sus paredes pierden poco á poco sus desigualdades. Hácia el dia veinte, unas veces antes, otras despues, se puede comprobar la existencia de una membrana costrosa, rojiza y blanda, muy vascular, que adquiere despues de mas ó menos tiempo los caracteres del tejido seroso, del cual difiere, sin embargo, por su mayor grosor (puede tener una línea), y densidad, y que se separa mas ó menos fácilmente del tejido cerebral. Esta bolsa está bañada por una serosidad citrina ó rojiza, exalada en gran parte por ella, y que reblandeciendo y disolviendo el coágulo, favorece su absorcion. La capacidad del quiste disminuye progresivamente; sus paredes se aproximan poco á poco, y pueden llegar á adherirse entre sí formando una cicatriz lineal, á cuyo nivel es mas consistente el tejido del cerebro, y conserva un color amarillento, gris ó pardo oscuro. Es, sin embargo, tan rara una curacion de esta naturaleza, que Abercrombie no la ha observado jamás. En efecto, las paredes del quiste no hacen por lo comun otra cosa que aproximarse, sin que se adhieran inmediatamente entre sí. Entonces, ora existen filamentos celulares ó fibrosos que van de una pared á otra, formando una especie de tejido de mallas mas ó menos espesas, é infiltradas de un líquido seroso ó gelatiniforme; ora, y es lo mas frecuente, se observa un pequeño quiste seroso, una especie de ventrículo suplementario que dura toda la vida. En general, la cicatriz del foco no produce cambio alguno en la configuracion del cerebro; sin embargo, cuando ha sido muy considerable la pérdida de sustancia, existe un encogimiento del órgano, que no llenando ya completamente la bóveda craniana, deja un espacio, que está henchido por la serosidad infiltrada en el tejido celular sub-aragnóideo.

Por lo comun no se encuentra mas que un solo foco; hay, sin embargo, al-

gunos casos en que existen muchos, pues se han contado hasta diez y seis, y tal vez hasta cuarenta, segun M. Lenormand (tésis de 1810.) Pero es muy raro que se hayan formado todos de una sola vez, pues casi siempre por el contrario, corresponden exactamente á otros tantos ataques, pudiendo á veces determinarse por el estado que presentan, su grado relativo de antigüedad.

Los focos apopléticos varían poco entre sí, sea cualquiera la parte del encéfalo donde se hallen. En las apoplegías del cerebelo, el coágulo y la falsa membrana presentan las mismas disposiciones que en los derrames sanguíneos que ocupan los hemisferios cerebrales. Los focos del mesocéfalo son los únicos que ofrecen algunas diferencias, pues casi siempre son muy poco considerables, y á veces la sangre no está mas que infiltrada en los planos nerviosos que constituyen el mesolóbulo (Howship y Abercrombie). Por último, si el derrame es considerable, puede difundirse al través de uno de los pedúnculos cerebrales hasta uno de los tálamos ópticos (Rochoux), ó bien el foco se comunica con el cuarto ventrículo (Ollivier y Gendrin.)

En la auptósia de los que mueren de hemorragia cerebral, suelen encontrarse á veces osificaciones en las arterias del cerebro, y especialmente en los vasos que serpean por la base del órgano, ó en los que penetran en los cuerpos estriados y los tálamos ópticos. Esta alteracion, y en su defecto la estructura de las arterias encefálicas, y la estrema tenuidad de sus paredes, que casi carecen de túnica celular, esplican la frecuencia de las hemorragias instersticiales. Es raro sin embargo, que pueda demostrarse por la simple inspeccion anatómica, ni aun por las inyecciones, la rotura del vaso. Nosotros jamás hemos podido descubrirla.

No puedo terminar la historia anatómica de la apoplegía cerebral, sin decir algunas palabras acerca de una forma de esta enfermedad, descrita primero por M. Cruveilhier bajo el nombre de *apoplegia capilar* (1), y posteriormente por M. Diday, que la denomina con mas exactitud *apoplegía por infiltracion* (2). Esta lesion reside esclusivamente en la sustancia gris de las circunvoluciones ó de las partes centrales, y se la reconoce en un color rojo negro y puntuado de la pulpa cerebral: coloracion debida al parecer, á la interposicion en el intervalo de sus moléculas, de gran número de gotitas de sangre negra y coagulada; las partes en medio de las cuales se verifica esta infiltracion, participan tambien aunque en menor grado, del color rojo, á consecuencia de una inhibicion consecutiva. La sustancia cerebral vista en su conjunto, presenta en los puntos afectados una semejanza bastante perfecta con la fresa salpicada de sus semillas (Diday). No es raro ver á la par de esta infiltracion algunos pequeños coágulos diseminados en todos sentidos, y que demuestran que la primera lesion no es otra cosa que un grado menos adelantado de la segunda.

*Síntomas.* — La mayor parte de las apoplegías cerebrales invaden bruscamente; casi solo en la décima parte de los individuos se observan algunos prodromos, que se reducen por lo comun á un poco de pesadez de cabeza, cefalalgia, vértigos, zumbidos, una tendencia insólita al sueño, embotamiento de la inteligencia ó de los sentidos, y sensacion de hor-

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article APOPLEXIE.
(2) *Gazette médicale* de Paris année 1837, p. 241.

migueo: estos accidentes indican que la hemorragia va precedida muchas veces de una congestion. M. Rochoux atribuye estos síntomas á un reblandecimiento de la pulpa cerebral, que llama *hemorragíparo*.

Los síntomas propios de la hemorragia cerebral, difieren segun el asiento y la abundancia del derrame. Cuando este es considerable y ocupa las partes centrales, los enfermos caen como muertos por un rayo; quedan inmediatamente privados del conocimiento, del movimiento, y á veces de la sensibilidad; su respiracion es rara ó frecuente, difícil y estertorosa, y suelen presentarse evacuaciones involuntarias; entonces se dice que la apoplegía es *fulminante*. Es raro, no obstante, que la muerte sea instantánea en estos casos, pues la mayor parte de los enfermos aun viven un dia, ó por lo menos tres ó cuatro horas, y sucumben sin que se observe ninguna disminucion en los síntomas. Sin embargo, la hemorragia cerebral no invade por lo comun con tanto intensidad. Aunque el derrame sea probablemente menos copioso que en el caso anterior, los enfermos caen, sin embargo, privados como en dicho caso, del movimiento, de la sensibilidad é inteligencia; la respiracion es lenta, y el pulso, dilatado, presenta las mas veces una lentitud notable, aunque en ciertos casos está, sin embargo, mas ó menos acelerado. La mayor parte de los enfermos no ofrecen una resolucion de todos los miembros, sino tan solo una parálisis que ocupa únicamente la mitad del cuerpo; la sensibilidad suele no estar mas que embotada, y aun á veces se halla íntegra. En fin, la pérdida del conocimiento no es mas que momentánea, es decir, que despues de algunas horas, ó á lo mas de dos ó tres dias de un estado comatoso, los enfermos recobran en parte el uso de los sentidos y de la inteligencia: hay tambien individuos que en el momento del ataque solo esperimentan una especie de aturdimiento ó de vértigo, que los hace caer si están de pié; pero conservan la plenitud de su razon, y se nota despues de levantarlos que están hemipléjicos, es decir, paralizados de una mitad del cuerpo. En algunos casos esta parálisis no es completa, ó bien se limita á uno de los miembros superiores ó inferiores; ó no hay mas que alguna desviacion de la cara y un ligero embarazo de la palabra. Por último, hay algunos individuos que atacados de hemorragia cerebral durante el sueño, continúan durmiendo tranquilamente, y al despertarse como de costumbre, y muchas veces en el momento que tratan de levantarse, conocen que están paralíticos de una mitad del cuerpo.

En suma, cualquiera que sea el grado del derrame, el efecto invariable de este es abolir ó debilitar la motilidad, y casi siempre tambien la sensibilidad de alguna parte del cuerpo. Estos son, propiamente hablando, los únicos síntomas constantes. Las alteraciones de la motilidad consisten en la parálisis completa ó incompleta de los músculos de toda una mitad del cuerpo; los miembros no pueden ya moverse; y si despues de elevarlos se abandonan á su propio peso, caen lo mismo que una masa inerte. La parálisis es generalmente mas completa en el miembro superior que en el inferior, pues este suele ejecutar algun ligero movimiento, mientras que el brazo permanece absolutamente inmovil. La comisura labial suele estar retraida hácia el lado sano, á causa de la debilidad de los músculos del lado correspondiente á los miembros paralizados, cuyo síntoma no se nota muchas veces hasta que el enfermo habla, rie ó gesticula. Por lo demás es muy irregular: puede ser muy notable en las hemorragias ligeras, y faltar

completamente en las graves; lo mismo sucede con la parálisis de la lengua, la cual se revela tan solo por un embarazo de la palabra, y rara vez por una desviacion del órgano. Hallándose este, en efecto, fuera de la boca, se inclina á veces su punta hácia el lado del cuerpo paralizado, fenómeno que puede esplicarse suponiendo, con Lallemand, que el músculo geniogloso del lado paralítico se halla tambien mas ó menos paralizado, la lengua sale fuera de la boca por la contraccion del genio-gloso opuesto, y careciendo este de antagonista, atrae fuertemente hácia su lado la base de dicho órgano, y semejante movimiento ha de obligar necesariamente la punta de la lengua á dirigirse hácia el lado contrario. Sea de esto lo que quiera tambien la desviacion de la lengua es un fenómeno, si no raro, á lo menos poco comun: cítanse algunos casos en que esta desviacion se verificó hácia el lado no paralítico; pero es preciso procurar no dejarse engañar por el aspecto de ciertas personas, que merced á una contraccion desigual de los músculos, nunca pueden sacar la lengua de la boca en una direccion enteramente recta. La parálisis de los párpados y de los músculos motores del ojo, es todavía menos frecuente que la desviacion de la lengua. Aun es mas raro, en fin, que se afecten los músculos de la laringe, cuya parálisis se manifiesta por una afonía mas ó menos completa. La parálisis puede tambien invadir los músculos de la vida orgánica, pues suele haber disfagia en las apoplegías intensas; pero no suele atacar mas que al recto y la vejiga, de lo que resulta, ó una retencion de orina, ó la salida involuntaria de este líquido y de las materias fecales.

Las lesiones de la sensibilidad se limitan comunmente á los miembros paralizados, en los cuales se siente una sensacion de hormigueo, y se hallan entorpecidos, ó bien la piel está insensible, ò á lo menos no tan impresionable como de costumbre á las irritaciones y escitaciones esternas. En algunos casos muy raros, se ha visto, sin embargo, la parálisis de la sensibilidad ser mas estensa que la del movimiento. Sea de esto lo que quiera, la pérdida de la sensibilidad puede ser tal, que aunque la piel de estas partes se afecte de una inflamacion, como, por ejemplo, de erisipela, los enfermos no sientan ningun dolor, aun cuando se comprima con bastante fuerza. Los sentidos pueden hallarse mas ó menos alterados; asi es que algunos enfermos pierden enteramente la vista, aunque esto solo sucede en las hemorragias muy graves; es mas frecuente que la ceguera se limite á un solo ojo, y ocupe, ora el del mismo lado donde se halla el derrame, ora el del lado opuesto: variaciones que se esplican por la circunstancia de estar los nervios ópticos unas veces entrecruzados y otras simplemente heridos. Muchos apopléticos pierden el olfato en una mitad de la nariz; la mucosa de Schnneider, lo mismo que la ocular, pueden tambien hallarse privadas de su sensibilidad táctil, y hacerse insensibles á la accion de los cuerpos esternos. Otros hay que pierden el oido, y algunos no perciben los sabores en una mitad de la lengua. Tales son los síntomas que dependen inmediatamente de la existencia de un derrame sanguíneo en el cerebro.

Terminaremos el cuadro de la enfermedad, diciendo que en la mayor parte de los enfermos la respiracion es lenta y fácil; el pulso dilatado y medianamente frecuente, á no ser que haya complicacion; existe un estreñimiento mas ó menos rebelde; la cara presenta el sello del estupor; muchas veces está rubicunda, inyectada y vultuosa, y otras, por el contrario, pálida.

Los síntomas precedentes ofrecen, como se ve, un grado variable de intensidad, segun que la hemorragia es débil, mediana ó intensa, y en general hay una relacion directa entre su gravedad y la estension de las lesiones. Se ha dicho tambien que habia signos especiales, segun que la hemorragia ocupase el cerebro, el cerebelo ó el mesocéfalo; pero esta es una opinion que pronto discutiremos, al ocuparnos del diagnóstico diferencial.

La hemorragia cerebral puede caracterizarse en el recien nacido del mismo modo que en el adulto, como lo prueba señaladamente un hecho recogido por M. Vernois; no obstante, en la mayor parte de los casos la enfermedad afecta una forma casi latente. Asi, pues, la parálisis no existe ó es poco evidente; los enfermos solamente están inmóviles y abatidos: algunos se muestran agitados, y otros esperimentan movimientos convulsivos; por último, la mayor parte caen en el coma y mueren.

*Curso, duracion y terminaciones.*—No trataremos aquí de los casos bastante raros en que la hemorragia cerebral produce la muerte casi instantáneamente, ó despues de una ó algunas horas. Cuando el curso del mal es menos rápido, su terminacion puede ser favorable ó funesta. En el primer caso vemos la enfermedad llegar de pronto á su apogeo, sin que haga ningun progreso, ó bien por el contrario, ir aumentando durante algunos dias. Asi, por ejemplo, un enfermo que al principio no esperimentaba mas que alguna debilidad ó entorpecimiento de una mitad del cuerpo, es invadido al fin por una parálisis completa, la cual, ora se establece progresivamente, ora, por el contrario, las partes que se hallaban tan solo debilitadas, caen de pronto en la resolucion. Cuando la apoplegía va acompañada de abolicion de las facultades intelectuales, el primer signo favorable es el que salgan los enfermos de su estado comatoso, y empiecen á ponerse en relacion con el mundo esterior. Si la enfermedad ha de terminar favorablemente, es raro que la pérdida del conocimiento dure mas de dos ó cuatro dias. El pulso recobra entonces su ritmo, y renace el apetito. Cuando la hemorragia es bastante considerable, estos signos de alivio son los únicos que se observan durante una ó muchas semanas, pues solo al cabo de un tiempo bastante largo empiezan á disminuir los síntomas de parálisis: si la sensibilidad ha sido abolida ó disminuida, se reproduce antes que la motilidad. La palabra se hace mas espedita; la cara está menos desviada; se percibe en los miembros una sensacion de hormigueo; la estremidad inferior recobra primero el movimiento, y despues la superior: de este mismo modo se va restableciendo la sensibilidad. El alivio se verifica siempre con mucha lentitud. Si la parálisis ha sido completa, es raro que se curen los enfermos antes de cinco ó seis meses, y esto apenas se observa mas que en los jóvenes, en cuyo caso recobran los miembros toda su motilidad y sensibilidad ordinarias. Cítanse algunos hemipléjicos en quienes se restableció completamente el movimiento, al paso que conservaron por toda la vida una parálisis de la sensibilidad. Pero estos hechos son sumamente raros, y casi siempre sucede lo contrario. Despues de los cuarenta años, quedan los individuos mas ó menos achacosos, pues recobrando incompletamente el uso de los miembros inferiores, cogean en la progresion, la cual verifican con mayor ó menor dificultad. El miembro superior es todavía mas impotente; el antebrazo queda en semiflexion, y los dedos fuertemente contraidos sobre la palma de la mano; la estremidad se atrofia y pone edematosa; su

temperatura disminuye, y adquiere un color violado, fenómenos que dependen de la languidez de la nutricion; y las articulaciones, en fin, continuamente inmóviles, llegan á anquilosarse. Las facultades intelectuales rara vez son tan completas como antes del ataque. En la mayor parte de los enfermos se halla debilitada la memoria; otros recuerdan las cosas pasadas, y olvidan inmediatamente las presentes. Hay algunos que pierden el uso de tal ó cual parte del discurso, como los sustantivos, los adjetivos ó los verbos. En fin, muchos lloran y ríen sin motivo, como los niños, ofrecen todos los síntomas de una demencia senil, y sucumben á un nuevo ataque, á un reblandecimiento consecutivo, ó á alguna complicacion que se desarrolla en un órgano distinto del cerebro. M. Rochoux calcula que de cien individuos que sobreviven á una hemorragia, sesenta, por lo menos, esperimentan, mas ó menos pronto un reblandecimiento cerebral.

Cuando es funesta la terminacion de la hemorragia, muchos enfermos sucumben del tercero al octavo dia, sin recobrar el conocimiento; otros recuperan los sentidos, pero solo por muy poco tiempo, pues no tardan en volver al estado comatoso. Entonces persiste la parálisis, haciéndose mas completa y estensa; los ojos están cerrados y las pupilas inmóviles; la respiracion es difícil y estertorosa; las mejillas se hinchan durante la espiracion, y el aire al salir empuja el labio superior, como en la accion de fumar. El pulso se acelera, se hace pequeño é irregular; la cara está pálida y los labios se ponen fuliginosos; la deglucion es imposible, por hallarse paralizados la faringe y el esófago; las orinas y materias fecales se escretan involuntariamente, y al fin sobreviene la muerte.

*Recidivas.*—La hemorragia cerebral es una de las enfermedades que recidivan con mas frecuencia, pues casi todos los individuos que se libran del primer ataque, sucumben á otro nuevo. Estas recidivas se verifican en una época mas ó menos próxima; algunas veces sobreviene una nueva hemorragia, casi antes que empiecen á disminuir los principales síntomas del primer derrame, pero en general trascurren muchos meses ó aun muchos años entre cada recidiva. Las hemorragias que se suceden de este modo, se verifican casi siempre en el mismo hemisferio, y frecuentemente en las inmediaciones del primer foco, aunque no es raro que sobrevengan en un punto distante, ó en el hemisferio opuesto.

*Complicaciones.*—El derrame sanguíneo del cerebro puede dar orígen á muchas complicaciones, que introducen una modificacion importante en los síntomas de la enfermedad principal. La complicacion mas frecuente es el reblandecimiento de las paredes del foco sanguíneo. Esta lesion sobreviene por lo comun en el primer septenario, y está caracterizada por una cefalalgia viva ú obtusa, en general bastante circunscrita. Hay tambien rigidez, movimientos convulsivos y contracturas en los miembros paralizados, con dolores vivos ó sin ellos, fenómenos que alternan á veces con una resolucion completa de estas mismas partes. Al mismo tiempo se acelera el pulso, hay un calor febril, pero pronto caen los enfermos en el coma y sobreviene la muerte. Esta complicacion, sin embargo, no siempre es mortal. Otras veces se forma un derrame seroso en los ventrículos y en el tejido sub-aragnóideo, lesion que coincide generalmente con los signos de la compresion cerebral. Tambien puede sobrevenir una aragnitis, que es una de las complicaciones mas raras. Por último, pueden manifes-

tarse un gran número de afecciones estrañas al cerebro, en otros órganos, y citaré en particular la diarrea, que acaba con las fuerzas; la pneumonia, cuyo desarrollo se esplica por la debilidad y el decúbito prolongado, y en fin, las escaras de los trocánteres y el sacro, que dejan á su caida una abundante supuracion que aniquila los enfermos.

*Diagnóstico.*—En el diagnóstico de la hemorragia cerebral es preciso: 1.° distinguirla de todas las demás enfermedades con que tiene alguna relacion; 2.° de terminar su asiento; 3.° indicar las complicaciones.

Entre las afecciones cerebrales que pueden confundirse con la apoplegía, apenas hay otras que el reblandecimiento, la congestion y la hemorragia meníngea. Mas adelante diremos los signos que hay para distinguir la apoplegía del reblandecimiento primitivo. En cuanto á la congestion, ya hemos visto que va acompañada frecuentemente de todos los síntomas de las hemorragias, y que solo puede establecerse el diagnóstico diferencial comparando el curso de los accidentes de una y otra. En la primera, los síntomas graves que amenazan al parecer la vida, disminuyen ó cesan completamente despues de algunos minutos, algunas horas, ó á mas tardar, algunos dias; mientras que en todos los casos de hemorragia, hemos visto que el curso es incomparablemente mas lento, y que la curacion casi nunca es completa, puesto que los enfermos conservan una parálisis mas ó menos estensa.

Las diferencias entre la hemorragia cerebral y la hemorragia meníngea, son algunas veces mas difíciles de apreciar. Asi, pues, cuando la última siendo consecutiva á una rotura arterial, se hace súbitamente abundante, la vemos determinar síntomas de una compresion brusca, que no difieren de los que ocasiona el derrame intra-cerebral, y por lo tanto en semejante caso es casi imposible las mas veces establecer el diagnóstico. Sin embargo, Boudet cree que pueden distinguirse las dos enfermedades, pues la comparacion de un gran número de observaciones le ha enseñado, en efecto, que el derrame de sangre en las membranas del cerebro produce inmediatamente la contractura, mientras que en la hemorragia cerebral no sobreviene este síntoma hasta que se forma el reblandecimiento consecutivo alrededor del foco aplopético. No obstante, cuando este, siendo intra-cerebral al principio, se comunica luego ya con los ventrículos, ya con la gran cavidad de la aragnóidea, la contractura se presenta entonces de repente como fenómeno enteramente primitivo. Si en lugar de ser brusca, la hemorragia meníngea se verificase con lentitud, la parálisis y los demás síntomas de compresion seguirian el mismo curso, es decir, que se desarrollarian progresivamente poco á poco. Pero es un punto muy digno de atencion que en estos casos los accidentes, y sobre todo la parálisis y el coma, pueden presentar intermitencias; asi, disminuirán á menudo de un dia á otro para reproducirse luego en su grado primitivo, y aun para agravarse, cuando la hemorragia, despues de haberse detenido se manifiesta de nuevo mas adelante. La consideracion de estas circunstancias bastará para distinguir las dos enfermedades que estoy comparando. Por el contrario, es casi imposible determinar durante la vida si la sangre se ha derramado, ó si solo se ha infiltrado, como lo hemos visto en la forma de apoplegía que hemos denominado *capilar*. En efecto, los síntomas se diferencian muy poco; algunas veces, no obstante, los fenómenos morbosos son en dicha forma mas fugitivos, y pueden, por consiguiente, pasar desapercibidos.

Piensen como quieran ciertos autores, yo admito la existencia de las apoplegías nerviosas, es decir, de apoplegías que producen todos los síntomas de las hemorragias cerebrales, sin lesiones ostensibles de los centros nerviosos. He observado con M. Chomel un hecho de este género, que publiqué en 1837 en la *Presse médicale*, y M. Lelut habia citado otros muchos en la *Gazette médicale* de 1835. Es preciso convenir en que no hay medio alguno para evitar el error; pero estos casos son tan raros que desde luego puede hacerse abstraccion de ellos en la práctica cuando se trate de establecer el diagnóstico de la hemorragia cerebral.

Hay enfermedades mas ó menos estrañas al cerebro, que pueden simular una hemorragia encefálica: tales son especialmente la embriaguez, el síncope, la asfixia y la rotura de un aneurisma (Véanse estas enfermedades).

Una vez determinada la existencia de la apoplegía, el médico procurará precisar el asiento del derrame, lo cual se consigue teniendo en cuenta el sitio de la parálisis; pues está probado por hechos innumerables que el derrame cerebral ocupa el hemisferio opuesto al lado paralizado, es decir, que en la hemorragia del hemisferio derecho hay una parálisis del lado izquierdo. Esta accion cruzada se esplica por el entrecruzamiento de las pirámides, pues es sabido que las fibras del lado derecho van al hemisferio izquierdo del cerebro, y *vice-versa*. Admitiendo como ley el cruzamiento de la alteracion cerebral y la parálisis, importa, sin embargo, advertir al lector que hay en la ciencia quince ó veinte observaciones auténticas que prueban que la parálisis ocupa el mismo lado del derrame; pero estos hechos son demasiado raros y escepcionales, y no pueden impedirnos afirmar que en un caso de hemiplegia, el derrame ocupa el hemisferio del lado opuesto. Estos hechos de parálisis directa han sido, no obstante, puestos en duda por algunos espíritus escépticos; y sin embargo, por insólitos que sean, deben tener su causa en alguna anomalía anatómica. M. Longet dice que muchas veces vió bulbos y protuberancias en las que el entrecruzamiento de las pirámides apenas era apreciable, y ciertamente mucho menos completo que en el estado normal (1). Y siendo asi, ¿no es posible que este entrecruzamiento pueda faltar algunas veces? Es sensible que este exámen no haya sido verificado en ninguno de los casos de parálisis directa observados hasta el dia.

¿Será posible localizar todavía mejor la enfermedad? ¿Se puede asegurar, por ejemplo, que el derrame ocupa el lóbulo medio ó anterior, el cuerpo estriado ó el tálamo óptico, el asta de Ammon ó las circunvoluciones, etc., segun el sitio y los límites de la parálisis? Considero esta localizacion como imposible en el estado actual de la ciencia; los hechos que se invocan en su favor son demasiado escasos, y están desmentidos por observaciones mucho mas numerosas, como podemos verlo en los cuadros estadísticos de M. Andral, y en el opúsculo del doctor Finck, publicado en Fribourg-Brisgaw el año de 1830, en el cual quedan destruidas las pretensiones de los localizadores por una estadística hecha en escala muy considerable. No solo es imposible referir el derrame á tal ó cual parte del cerebro, pero ni aun existe ningun grupo de síntomas por medio de los cuales sea posible determinar con seguridad si el derrame está situado

(1) *Sistème nerveuy*, t. II, p. 385.

en el cerebro ó en el cerebelo. En efecto, la amaurosis, el coma, la parálisis del sentimiento, conservándose el movimiento, la excitacion de los órganos sexuales masculinos, la falta de coordinacion en los movimientos, el impulso irresistible de marchar hácia adelante ó hácia atrás, etc., han sido considerados sucesivamente como signos de una hemorragia cerebelosa. Pero nada se sabe todavía de positivo acerca del particular. Asi, habiendo reunido el catedrático Andral noventa y tres casos de enfermedades del cerebelo, vió que solo una vez habia tendencia á andar hácia atrás, y en otro caso la lesion del cerebelo habia ocasionado una falta de coordinacion de movimiento. Bajo este punto de vista, los hechos patológicos están, pues, en desacuerdo con las vivisecciones, lo cual depende, sin duda, segun M. Longet, de que en el primer caso las lesiones se forman por lo comun lentamente, de tal manera que las funciones pueden entonces sobrevivir á la grave alteracion del cerebelo. Sea como quiera, la parálisis cruzada es, á pesar de cuanto en contrario se ha dicho, casi tan frecuente en la hemorragia del cerebelo como en la del cerebro; pero hay un hecho notable que se desprende de siete observaciones reunidas por M. Andral, y que es de todo punto inesplicable: este hecho es que, cuando una hemorragia del cerebelo se presenta al mismo tiempo que otra del cerebro, ó poco despues de ella, de modo que la sangre se derrame al lado derecho en el primero, y al izquierdo en el segundo, y *viceversa*, la parálisis no ataca entonces sino al lado del cuerpo opuesto á la hemorragia cerebral, es decir, al mismo lado que la hemorragia cerebelosa. La última observacion que aquí debemos hacer es que, cuando la hemorragia ocupa el lóbulo medio del cerebelo, produce una parálisis general y acarrea la muerte con rapidez, probablemente á causa de la compresion ejercida sobre la médula oblongada.

Una parálisis general y súbita, precedida de movimientos convulsivos epileptiformes, ó de una propulsion irresistible de correr, y en fin, los síntomas asfíxicos y una muerte rápida, deben hacernos *suponer* que la hemorragia existe en la protuberancia; y digo *suponer*, porque los mismos accidentes acompañan á las apoplegías graves del cerebro y del cerebelo. La presencia de los haces anteriores de la médula en la protuberancia, esplica estos movimientos convulsivos, asi como la estension de la lesion al bulbo raquidiano, ó solo la compresion de este nos dan razon de la prontitud de la muerte y de la asfixia que termina la vida. Si la hemorragia está exactamente circunscrita á una de las mitades de la protuberancia, solo producirá una hemiplegia ordinaria en unos; en otros se observará una contractura de los miembros, como sucede en las hemorragias meníngeas. En el caso que aquí supongo, la hemiplegia será cruzada, como lo es en la hemorragia cerebral (1).

*Pronóstico.*—La hemorragia encefálica es una enfermedad siempre grave, pues mata en efecto desde el primer ataque la tercera ó cuarta parte de los enfermos, y casi todos los individuos que se libran la primera vez, quedan enfermizos y tullidos, hasta que sucumben á una nueva hemorragia ó á un reblande-

(1) M. Longet hace observar á propósito de esto, en su *Système nerveux*, t. I, p. 451, que es un error el sostener que los efectos cruzados no se producen sino partiendo de los tubérculos cuadrijumales. Esta asercion, dice, si es verdadera en los animales en quienes se ha esperimentado, deja de serlo en el hombre, pues en este lás fibras medulares se entrecuzan, no solo al nivel del bulbo, sino tambien en el espesor de la protuberancia.

cimiento consecutivo. El pronóstico se hace en general mas grave á medida que se repiten las hemorragias, pues aunque se citan individuos que han sufrido quince ó diez y seis ataques, y aun mas, conviene decir que los casos de este género son en estremo raros, y que sucumben la mayor parte de los enfermos que llegan á padecerla tres ó cuatro veces. Por lo demás, el pronóstico varía segun la naturaleza de los síntomas, las complicaciones, la edad y la constitucion del sugeto: el coma profundo, la resolucion de los miembros, una respiracion entrecortada y estertorosa, la imposibilidad de tragar, la descomposicion del rostro y la aceleracion febril del pulso, son síntomas del peor agüero. Cuando la pérdida de conocimiento se prolonga mas de tres ó cuatro dias, es probable que sea funesta la terminacion. La frecuencia del pulso y el calor de la piel son tambien signos fatales; coinciden en general con el desarrollo de la contractura, y casi siempre dependen del reblandecimiento de las paredes del foco. En igualdad de circunstancias, la gravedad del mal aumenta con el número de años: Rochoux habla de treinta y un apopléticos que pasaban de setenta años, y dice que todos murieron. El corto número de viejos que resisten el primer ataque, quedan enfermizos y vuelven á los hábitos infantiles, y aunque haya de esto algunas raras escepciones, no pueden destruir la regla general. La apoplegía del cerebro es tambien mas grave en los sugetos sanguíneos y pletóricos, á causa de la mayor facilidad con que suele repreducirse en ellos.

*Etiologia.*—Las causas son muy numerosas, pues ninguna edad pone al abrigo de una hemorragia cerebral; asi, Billard, MM. Sestier, Vernois y Cazalis la han visto manifestarse pocos dias despues del nacimiento; y la obra de MM. Rilliet y Barthez contiene catorce casos de hemorragia cerebral en niños de tres á doce años. Como quiera que sea, estos son hechos escepcionales, y puede asegurarse que la enfermedad de que hablamos, es rara antes de los treinta años, si bien bastante comun entre los cincuenta y sesenta, y parece tener su máximum de frecuencia desde esta edad á los setenta (Rochoux). Sobre la influencia del sexo se han emitido las opiniones mas contradictorias; pero resulta de las estadísticas hechas por M. Falret, que la hemorragia cerebral es casi tres veces mas frecuente en el hombre que en la mujer. Aunque no respeta ninguna constitucion, y es bastante comun en los individuos de temperamento seco y nervioso, está sin embargo reconocido que las personas obesas y pletóricas que tienen la cabeza grande, el cuello corto y la cara muy inyectada, se hallan mas especialmente espuestas á padecerla, por lo cual suele decirse que los individuos en quienes se observan estos caracteres, tienen una *constitucion apoplèctica.* Tambien se conviene en que muchos de nuestros órganos pueden obrar algunas veces simpáticamente sobre el cerebro: asi, es cierto que el trabajo de la digestion produce en muchos individuos un estado congestional hácia este órgano, que favorece el desarrollo de los derrames sanguíneos, y lo mismo sucede con el estreñimiento habitual; pero no me parece esté bien justificado, como se cree desde Legallois, que la hipertrofia del ventrículo izquierdo del corazon constituya una predisposicion activa para el desarrollo de la hemorragia cerebral: este es, lo repito, un punto que no me parece todavía bastante demostrado, aun despues de la lectura del interesante trabajo que M. Brichetau publicó en su *Clinique de l'hôpital Necker.* M. Rochoux, en muchos de sus escritos, y especialmente en los *Archives* de 1834, se ha declarado abiertamente en contra de

esta doctrina, aduciendo al efecto un número imponente de hechos. Tampoco se halla demostrado que la ejecucion de los actos genitales, sea como se ha dicho, una causa predisponente. No sucede lo mismo con el sueño, sobre todo cuando es muy prolongado; pues M. Gendrin calculó que de ciento setenta y siete casos de hemorragias cerebrales, la invasion se verificó durante el sueño en noventa y siete, habiendo sobrevenido el ataque en el discurso de la noche ochenta y cuatro veces entre este último número. La apoplegía parece ser en muchos casos hereditaria. Respecto á la influencia que se atribuye al embarazo, es completamente nula, como lo ha demostrado por medio de guarismos, M. Gerardin, en la sesion de la Academia de medicina de 17 de abril de 1836. Tambien es muy dudoso que los trabajos intelectuales predispongan mucho á contraerla: mejor demostrada se halla la influencia que ejercen las emociones morales, y sobre todo las pasiones tristes. La apoplegía parece ser mas comun durante el invierno y la primavera (Falret); las variaciones bruscas de la temperatura ó de la presion atmosférica predisponen á ella, y por esto se esplica el que haya podido reinar algunas veces en cierto modo epidémicamente, como Baglivio y Lancisi lo observaron en Roma, y Malouin en París. Una alimentacion sustanciosa, el uso de los estimulantes y alcohólicos, y la compresion que los vestidos ejercen sobre el cuello, haciendo estancar la sangre en la cabeza, son las causas predisponentes esternas menos dudosas. Casi todas las hemorragias cerebrales sobrevienen espontáneamente, aunque no es raro sin embargo que sucedan á la accion evidente, de alguna causa determinante, tal como la embriaguez, una sacudida moral violenta y toda clase de esfuerzos, especialmente los que se hacen para defecar cuando los escrementos son duros y voluminosos. Otras veces se desarrolla durante el coito. Una insolacion prolongada, el cambio brusco de una temperatura baja á otra elevada y vice-versa, un baño demasiado caliente ó demasiado frio, la supresion de una hemorragia constitucional, etc., han producido muchas veces el mismo efecto.

*Tratamiento.* — La apoplegía cerebral es incompatible con la medicina espectante. El tratamiento que se opone á esta enfermedad, tiene por objeto combatir los accidentes de hiperemia y compresion que existen, y despues favorecer la reabsorcion del coágulo y la cicatrizacion del foco. La primera indicacion se satisface por medio de la sangría general, la cual será mas ó menos copiosa y repetida segun la fuerza del enfermo, su edad, constitucion y el estado de su pulso; pues sobre este punto es imposible establecer reglas fijas. Por lo comun debe preferirse la sangría del brazo, porque es la mas fácil de ejecutar y porque mediante ella se obtiene mas fácilmente una cantidad suficiente de sangre: por esta razon no aprobamos las sangrías del pié ni de las yugulares, que proponen algunos autores, ni tampoco la abertura de las arterias temporales, á causa de la compresion que es preciso hacer en la cabeza durante muchos dias despues. Las sangrías locales se asocian las mas veces con ventaja á las generales. Las primeras deben practicarse especialmente alrededor de la cabeza, aplicando sanguijuelas á lo largo del cuello ó detrás de las apófisis mastoides ó ventosas escarificadas al occipucio y á la nuca, region cuyos vasos se comunican mas ó menos directamente con los conductos venosos del interior del cráneo. Por la misma razon, Lancisi, y M. Cruveillier, recientemente, han preconizado la sangría de la pituitaria, ya por medio de escarificaciones, ya mejor

todavía, á beneficio de dos ó tres sanguijuelas aplicadas á las fosas nasales. Cuando la congestion encefálica es muy fuerte y rebelde, ó amenaza el desarrollo de accidentes inflamatorios, es preferible tal vez elegir las apófisis mastoideas; pero se procurará mantener un flujo contínuo de sangre durante muchas horas ó aun todo un dia, con pequeñas aplicaciones de sanguijuelas, que se reemplazan á medida que se desprenden, ó bien cuando cesa la salida de la saugre. La mayor parte de los médicos prefieren aplicar las sanguijuelas en un punto distante del cerebro, como á los maleolos y especialmente al ano; pero no podemos aprobar este sistema, porque el efecto derivativo que se trata de obtener, es las mas veces nulo. En realidad ninguna ventaja hay en seguir esta práctica, fuera de los casos en que se quiere reproducir una hemorragia constitucional, cuya supresion parece haber ocasionado el desarrollo de la apoplegía cerebral. Las sanguijuelas son en general tanto mas útiles cuanto su aplicacion es mas próxima á la invasion del mal.

Aunque es muy raro ver apoplegías cerebrales en que se hallen contraindicadas las emisiones sanguíneas, hay sin embargo casos de este género é importa conocerlos bien, porque una sangría intempestiva podria tener las mas graves consecuencias. Asi es que en esas apoplegías fulminantes acompañadas de una resolucion general, en las que el pulso es pequeño, irregular y miserable, y la piel está fria, lejos de sacar sangre, es preciso escitar la sensibilidad y sostener las fuerzas próximas á estinguirse, con las fricciones secas y estimulantes sobre la piel, la aplicacion de sinapismos ó vejigatorios, ó con el uso de bebidas cordiales y aromáticas. Si se llega á conseguir por estos medios que se desarrolle el calor y que el pulso adquiera cierta fuerza, debe entonces recurrirse á las emisiones sanguíneas, usadas con prudencia. Otras veces es tal el carácter del pulso, que aunque no contraindica precisamente la sangría, tampoco nos induce á emplearla: y, ¿qué deberá hacerse en este caso? Nosotros creemos que en estas condiciones, y sobre todo si los enfermos se hallan todavía cerca de la invasion, debe hacerse una sangría *esploradora*, y segun los efectos inmediatos que produzca, se insistirá en este medio ó bien se abandonará completamente.

Inmediatamente despues de las sangrías, debe recurrirse á los derivativos sobre la piel y el tubo intestinal, como las cataplasmas sinapizadas ambulantes á las estremidades inferiores, ó bien se pondrán en estas las ventosas de Junod; finalmente se administrarán los laxantes por la boca y en lavativas. Estas tienen la doble ventaja de producir una derivacion y espeler las materias estercoráceas, que, como ya hemos dicho, pueden ejercer sobre el cerebro una funesta influencia, cuando están acumuladas en gran cantidad en el recto. Algunos médicos prefieren los drásticos á los simples minorativos; pero esta práctica ha tenido algunas veces inconvenientes graves; lo mismo digo de los eméticos, de que abusaban muchas veces los antiguos, en el tratamiento de la hemorragia cerebral, y cuyo uso puede acarrear funestas consecuencias. Concíbese en efecto, que los esfuerzos que acompañan al vómito pueden favorecer la produccion de un nuevo derrame, aumentando la hiperemia cerebral. Hay casos sin embargo, en que nos parece estar indicado el emético, y es, cuando la apoplegía sobreviene poco despues de la comida; pues ya hemos visto que la distension del estómago por los alimentos favorece la congestion cerebral. Háse dicho,

es verdad, que aun en estos casos podia prescindirse del emético, y que haciendo una sangría copiosa se provocaba casi siempre la espulsion de las materias contenidas en aquel órgano; pero aparte de que no es seguro este efecto, se halla probado que el vómito resultante de la pérdida de sangre va acompañado de una incomodidad mayor, y muchas veces exige esfuerzos mas considerables: por todas estas razones debe preceder á la sangría una toma de dos ó tres granos de emético, cuando hay alimentos en el estómago. En fin, además de esta circunstancia, pueden tambien estar indicados los vomitivos cuando existe una complicacion saburral; pero á ningun facultativo le ocurre en la actualidad la idea de administrar el emético en altas dosis para llenar una indicacion contraestimulante, como, segun parece, lo verificó muchas veces Laënnec.

Inútil es decir que á la par de los medios que acabo de enumerar, los enfermos deben someterse á una dieta severa y hacer uso de bebidas acídulas, laxantes y atemperantes. Se prescribirá la quietud mas absoluta; se alejarán todas las causas de escitacion; la temperatura del aposento debe ser fresca; la cabeza ligeramente cubierta ó desnuda, se mantendrá elevada y descansará sobre una almohada de crin ó de cáscara de avena, y se evitará en fin, que los vestidos compriman el pecho ni el cuello. Aunque estos medios terapéuticos produzcan un alivio rápido, no debe desistirse durante los siete ú ocho primeros dias, del régimen severo que se ha prescrito, porque en esta época es cuando suelen desarrollarse las complicaciones cerebrales.

Tan luego como se observen los signos del reblandecimiento inflamatorio, conviene volver á usar las emisiones sanguíneas, insistiendo tambien en los derivativos intestinales y cutáneos: estos son los casos en que se aconsejan los revulsivos mas enérgicos, como los vejigatorios ó los cauterios á los miembros; pero sobre todo un ancho sedal á la nuca, cuya utilidad no está mejor demostrada. Tambien se han elogiado las fricciones mercuriales á las sienes y al cuero cabelludo, igualmente que la administracion de los calomelanos en cortas dosis para escitar el tialismo. Este medicamento no debe descuidarse en los casos graves, aunque su eficacia ó utilidad no se halle todavía bien demostrada.

Hay algunos apopléticos que están atormentados de insomnio y se agitan y quejan sin cesar. Estos accidentes suelen calmarse á veces con un baño templado tomando muchas precauciones; pero es mas seguro el opio, administrado á la dosis de medio á un grano. Es infundado el temor que tienen algunos médicos de usarlo en las afecciones cerebrales, apoyándose en el falso pretesto de que puede producir ó agravar una congestion cerebral, pues la esperiencia nos demuestra todos los dias que no hay razon legítima para abandonarse á semejantes temores.

Durante la convalecencia, se evitará todo lo que puede favorecer un nuevo ataque. Por lo que hace al régimen y á los cuidados higiénicos, me remito á lo que dije en el estudio de la congestion cerebral. Por lo demás los medios que puedan convenir, dependerán de las circunstancias: hay personas pletóricas en quienes debe continuarse mucho tiempo con el régimen debilitante, mientras que para los individuos débiles ó viejos conviene insistir en los tónicos y analépticos. Para estos tambien pueden emplearse las aguas minerales, salinas ó sulfurosas, teniendo presente que en los individuos obesos y pletóricos en quie-

nes se verifican fácilmente congestiones encefálicas, las aguas minerales, cuya accion es siempre mas ó menos estimulante, suelen producir efectos desastrosos, provocando las recidivas.

Para combatir las parálisis que persisten por un tiempo indefinido despues de la apoplegía, se han empleado diversos medios; pero la mayor parte son inútiles y muchos de ellos peligrosos: asi, las fricciones secas, aromáticas, ó rubefacientes sobre los miembros paralizados, la aplicacion de vejigatorios volantes y los chorros, no me han parecido dotados de una accion bastante positiva. Lo mismo sucede con la electricidad, el galvanismo, los baños de vapor y la administracion interior de la nuez vómica y la estricnina, ó bien empleadas por el método endérmico, pues estos medicamentos no solo tienen una utilidad dudosa, sino que suelen ser peligrosos á causa de la escitacion y las congestiones cerebrales que provocan.

## *De la hemorragia de la médula espinal.*

Las hemorragias de la médula espinal son muy raras: hasta ahora solo se conocen seis ó siete ejemplos, entre los cuales hay uno recogido por mí, y publicado en el *Journal hebdomadaire* (año de 1836).

*Anatomía patológica.*—En los hechos recogidos, se observaba ya uno, ya muchos focos sanguíneos, y siempre ocupaban el centro del órgano, es dicir, la sustancia gris. Habiendo la sangre desgarrado en ciertos casos la sustancia medular, se la encontró en las meninges ó en la cavidad raquidiana. El derrame puede circunscribirse á una mitad lateral de la médula; pero las mas veces ocupa todo el espesor del órgano. Este se halla mas ó menos reblandecido alrededor del foco, el cual sigue el mismo curso y esperimenta las mismas trasformaciones que los focos del cerebro consecutivos á una hemorragia.

*Síntomas.*—La hemorragia espinal invade casi siempre repentinamente y sin prodromos; otras veces va precedida de dolores vivos en un punto del raquis, de hormigueo y debilidad en los miembros. El derrame sanguíneo produce instantáneamente la parálisis de todas las partes situadas debajo de este: asi, cuando la hemorragia ocupa el abultamiento lumbar, se paralizan los miembros pelvianos, el recto y la vejiga; y si la lesion se encuentra en el abultamiento cervical, la parálisis ataca ademas las estremidades torácicas; en este caso no tardan en dejar de contraerse los músculos que mueven las paredes del pecho, y la dilatacion de este es solo debida á la depresion del diafragma. La inteligencia permanece íntregra en medio de estos desórdenes. Por último, la hemorragia del bulbo raquidiano produce en general una muerte instantánea, porque como sa halla paralizado el nervio frénico, se suspende la respiracion, y por consiguiente, la hematosis. Ya hemos visto que el derrame puede solo ocupar una mitad de la médula, en cuyo caso la parálisis no existe mas que en la mitad del cuerpo, y aun puede limitarse á un solo miembro, pero es siempre directa; no obstante, por poco que la enfermedad se prolongue, no tarda en propagarse á los miembros que no fueron invadidos al principio.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la hemorragia espinal es generalmente rápido. Solo un enfermo ha vivido cuarenta dias; la mayor parte

sucumben despues de pasados algunos, á causa de suspenderse la respiracion, y en otros se acelera ó produce la muerte por el desarrollo de la gangrena en los puntos que sostienen el peso del cuerpo. Sin embargo, esta afeccion no siempre es mortal por necesidad, como lo prueba un ejemplo de curacion referido por Cruveilhier en su gran tratado de anatomía patológica: este hecho es el único que se conoce hasta el dia.

*Diagnóstico*—Mas adelante veremos el modo de distinguir la hemorragia espinal del reblandecimiento de la médula, única enfermedad con que puede confundirse. La paraplegía, que rara vez se observa en la hemorragia cerebral, y la integridad de las facultades intelectuales, sirven para diferenciar la apoplegía de la médula de la del cerebro, aunque el diagnóstico ofreceria algunas dificultades cuando la parálisis se limitase á la mitad del cuerpo. No obstante, si se considera que la parálisis no ataca la cara ni la lengua, que jamás se altera la inteligencia, y que aquella no ha sido precedida de fenómenos que indiquen una congestion craniana, estamos autorizados á referir los accidentes á una lesion de la médula.

*Pronóstico.*—Este es, como se vé, sumamente grave.

*Etiología.*—Las causas de la hemorragia de la médula nos son desconocidas.

*Tratamiento.*—El tratamiento estriba en las mismas bases que el de la hemorragia cerebral: aquí debe aplicarse especialmente un gran número de ventosas sobre el trayecto de raquis para desinfartar directamente los vasos de la médula. Tambien es preciso evitar la formacion de escaras sobre el sacro, con los cuidados higiénicos apropiados, pues esta especie de gangrena sobreviene con mucha rapidez en todas las enfermedades del órgano que nos ocupa.

## *De la apoplegía pulmonar.*

Los pulmones pueden ser invadidos espontáneamente de derrames sanguíneos, que tienen mucha analogía con los del cerebro. Latour ha dado á esta afeccion el nombre de *apoplegía*: espresion que se halla justificada, no solo por las lesiones anatómicas, sino por el modo con que invade el mal, pues suele hacerlo brusca é instantáneamente, y tambien por su curso rápido, circunstancias que la hacen comparable á la apoplegía del cerebro. MM. Andral y Gendrin prefieren el nombre de pneumo-hemorragia para designar la enfermedad de que vamos á ocuparnos.

*Historia.*—Esta enfermedad era casi desconocida antes de Laennec, este gran médico fue el primero que hizo de ella una descripcion exacta, á la cual han añadido muy poco sus sucesores. Injustos seríamos, no obstante, sino hiciéramos mencion de los trabajos de MM. Bonillaud (1), Cruveilhier (2), Rokitanski (3), y la notable tesis de M. Enrique Gueneau de Mussy (4).

*Caracteres anatómicos.*—La apoplegía pulmonar está caracterizada anatómicamente por una induracion mas ó menos circunscrita del pulmon, que presenta los siguientes caracteres: El tejido del órgano infiltrado de sangre,

(1) *Archives de médecine*, année 1825.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, artículo APOPLEGIA.
(3) *Handbuch dev pathologischen anatomie*, t. II, p. 72.
(4) Thése de Paris, année 1844.

presenta un color negro mas ó menos subido; cuando se corta tiene un aspecto homogéneo, y solo se reconocen en él, de la testura del pulmon, los bronquios y grandes vasos, cuyas túnicas están empapadas de sangre. La superficie de las incisiones se presenta granulosa, como lo está la del pulmon en la hepatizacion roja; lo que prueba que la sangre no infiltra únicamente el tejido celular, sino que tambien llena y dilata las vesículas pulmonares. Si se ralla con el escalpelo ó se comprime entre los dedos la parte alterada, rezuma un poco de sangre negra, que se halla en parte coagulada. Esta coloracion de sangre no es una prueba cierta, como se ha dicho, de que la apoplegía pulmonar se haya formado á espensas de la sangre venosa, puesto que actualmente sabemos, merced á las esperiencias de Hunter, que la sangre arterial, desde el momento en que queda privada de movimiento, no tarda en adquirir las propiedades de la sangre venosa. Acabamos de hablar de los casos mas comunes; pero algunas veces sucede que en lugar de formarse un núcleo uniformemente indurado, se encuentra en su centro una pequeña cavidad ocupada por un coágulo negruzco; en este caso, el núcleo, lejos de ser duro esteriormente, es, por el contrario, blando, y aun mas ó menos fluctuante.

La apoplegía ocupa pocas veces de un modo uniforme la totalidad ó la mayor parte de un lóbulo, sino que comunmente se halla diseminada formando núcleos, cuyo número varía de uno á treinta, presentando unos el volúmen de una avellana ó una nuez, y otros el de una manzanita ó de un huevo. En general están próximos á la superficie del órgano, ocupan las mas veces el lóbulo inferior, y existen por lo comun simultáneamente en ambos pulmones. Estos núcleos de induracion, que se distinguen por su color negruzco cuando son superficiales, y que se sienten cuando son profundos, comprimiendo los pulmones entre los dedos, están casi siempre perfectamente circunscritos. La induracion que los caracteriza es tan marcada en el centro como en la periferia; el tejido pulmonar que los rodea es blando, crepitante, y en general no ofrece ninguna alteracion de testura; á veces, sin embargo, se encuentra infiltrado de una serosidad mas ó menos sanguinolenta. Añadamos que si la muerte ha llegado poco despues de la manifestacion de los accidentes, puede suceder que la delimitacion no sea súbita, sino que se verifique insensiblemente, es decir, que una parte del derrame esté coagulada, al paso que la otra no lo está todavía; MM. Hope, Rokitanski y Guenau de Mussy han insistido especialmente acerca de esta particularidad. En algunos casos raros, la sangre no solo está infiltrada, no se ha limitado únicamente á destruir ciertos tabiques, sino que el parenquina pulmonar está lacerado y destruido en una estension mayor ó menor; hasta se ha visto en tales casos que la pleura rota dejaba libre el paso á la sangre que se derrama en la cavidad de esta serosa, en cantidad mas ó menos considerable. Algunos hechos de este género han sido observados por Corvirart, Latour, MM. Bayle, Bricheteau, Andral, Gendrin, Jergusson, Rokitansky, Carswell, etc. Un caso mucho mas raro es aquel en que la pleura está levantada y denudada en una gran estension, sin estár dilacerada; Allan Burns y M. Gueneau de Mussy refieren cada uno un ejemplo de esta notable disposicion. Finalmente, las venas que rodean los núcleos indurados suelen contener sangre tenazmente concretada y medio seca, (Laënnec y Bouillaud).

La lesion cuyos caracteres acabo de trazar es evidentemente debida á una

estravasacion de las sangre en las vesículas y en el tejido celular intervesicular. Las granulaciones que se notan en la superficie de las incisiones no son en efecto otra cosa que las mismas vesículas cuya cavidad está llena y dilatada por un pequeño coágulo. En la apoplegía pulmonar, la sangre no proviene al parecer de un vaso roto; este líquido es tan solo probablemente exhalado, y todo induce á creer que lo suministran las venas pulmonares.

Infiérese de la descripcion precedente, que la apoplegía del pulmon se diferencia de la del cerebro, pues en esta existe una cavidad mas ó menos espaciosa, llena por un coágulo, mientras que en la primera es raro que se forme una escavacion. Aquí la sangre se infiltra mas bien que se derrama, lo cual se esplica por la resistencia que opone el tejido pulmonar, mientras que la pulpa del cerebro, blanda y friable, cede fácilmente al impulso de la sangre.

Nada sabemos todavía de cierto sobre las modificaciones sucesivas que esperimenta la induracion apoplética de los pulmones cuando el infarto termina por resolucion. Parece, sin embargo, que la parte endurecida pasa necesariamente del rojo negro al gris y al rojo pálido, recobrando el órgano su testura celular á medida que palidece el color. Algunos observadores, especialmente MM. Bouillaud y Roberto Law, han visto en tales casos, que una falsa membrana gruesa y pardusca, circunscribia por todas partes el foco apoplético á manera de un quiste; pero este caso es escesivamente raro. Ignórase aun cuánto tiempo necesita la absorcion para hacer desaparecer los núcleos. M. Carswell cree que bastan algunas semanas, mientras que el doctor Graves dice que encontró restos de induracion hemorrágica siete años despues del principio de la enfermedad (Gueneau de Mussy). Algunos pretenden tambien que los núcleos sanguíneos pueden reblandecerse, supurar y evacuarse en seguida, dejando una escavacion que puede concluir por cicatrizarse; pero no conozco hasta ahora mas hecho que justifique esta opinion, que uno observado y citado por M. Carswell. Mas comunmente se han encontrado detritus gangrenosos alrededor del foco sanguíneo: sin embargo, algunos, y especialmente M. Gueneau de Mussy, han dudado que realmente hubiese entonces gangrena, y han dicho que generalmente era, no una mortificacion de los tejidos, sino una putrefaccion de la sangre producida por el contacto del aire: esto seria, por consiguiente, un fenómeno puramente químico y enteramente independiente de toda accion vital. No podemos admitir esta opinion, que por otra parte está en contradiccion con las observaciones que ha publicado M. Genest en la *Gazette médicale* del año 1836. Algunos han querido referir á una apoplegía curada las cicatrices y trasformaciones cartilaginosas del vértice de los pulmones; otros refieren al mismo orígen las masas melánicas que se forman en estos órganos; pero ninguna de estas opiniones nos parece fundada, como la veremos mas adelante (artículos *Melanosis* y *Tisis pulmonar*).

*Síntomas, curso y terminaciones.*—Los síntomas de la apoplegía pulmonar son muy variables. Hay un gran número de casos en que esta afeccion es completamente latente, pues ha sucedido muchas veces que en individuos muertos por enfermedades agenas á los pulmones, se ha encontrado en estos órganos uno ó mas núcleos apopléticos, cuya formacion y presencia no se han revelado durante la vida por ningun fenómeno morboso. Sin embargo, por poca estension que tenga la alteracion pulmonar, se quejan los enfermos de opresion, de so-

focacion, de disnea, y á veces de dolores mas ó menos vivos en el pecho; ademas tosen y arrojan sangre.

Laennec indica la hemoptisis como el síntoma mas constante y grave, y dice que es por lo comun abundante, y que sobreviene por intervalos con accesos de tos, opresion y ansiedad. Algunas veces es tan considerable la cantidad de sangre espelida, que parece ser vomitada, y sale simultáneamente por la boca y narices; pero estas hemorragias graves apenas se verifican mas que cuando el pulmon esta desorganizado en mucha estension. La enfermedad invade entonces generalmente de un modo repentino; los enfermos vomitan á borbotones la sangre, y sucumben en algunos instantes en un estado asfíxico, en cuyo caso se dice que la apoplegía es fulminante; pero los hechos de este género son por fortuna muy raros. Resulta ademas del análisis de nuestras observaciones, que la hemoptisis es síntoma mucho menos frecuente de lo que pensaba Laennec, pues solo existe en efecto en la quinta ó sesta parte de los individuos, y nunca hemos visto ser muy abundante, aun cuando el mal ocupase todo un lóbulo. Mis resultados están conformes con los de M. Louis, el que habiendo observado con bastante frecuencia esta apoplegía en la epidemia de fiebre amarilla que reinó en Gibraltar en 1828, no llegó á ver durante la vida ningun caso de hemoptisis. En todos mis enfermos, la sangre espelida despues de accesos de tos mas ó menos prolongados, era negra, á veces muy oscura, y jamás hemos visto que fuese rutilante, como tan generalmente sucede en las hemoptisis esenciales ó sintomáticas. La cantidad que arrojaban en las veinte y cuatro horas, apenas escedia de media á tres onzas. En fin, he visto á la hemorragia continua con los mismos caracteres durante muchos dias, y aun por muchas semanas, para detenerse luego de una manera las mas de las veces definitiva.

La esploracion del pecho solo suministra en general resultados negativos, lo cual se halla reconocido tambien por M. Cruveilhier. En efecto, (y estos son los casos mas comunes), cuando no existen mas que algunos núcleos diseminados en los dos pulmones, y á una profundidad mas ó menos considerable, la percusion de cualquier modo que se practique, no puede circunscribir el mal; la auscultacion es igualmente inútil. Laennec dice, sin embargo, que en el infarto hemoptóico falta el ruido respiratorio en una parte poco estensa del pulmon, mientras que alrededor de este espacio se percibe el estertor crepitante. Pero no hay duda que Laennec raciocina aquí á *priori* y de ningun modo fundado en los hechos, pues es inegable que cuando los núcleos apopléticos tienen, por ejemplo, el volúmen de una nuez, aunque ocupasen la misma superficie de los pulmones, no pueden diagnosticarse por la auscultacion, pues siendo bien permeables al aire las partes inmediatas, impiden que se circunscriba con el oido la alteracion pulmonar. En estos casos, sin embargo, se distinguen comunmente diversas especies de estertores, tales como el sibilante ó sonoro, y mas á menudo todavía un estertor sub-crepitante mas ó menos repetido, lo cual se debe mas á una lesion de las últimas ramificaciones bronquiales, que á la presencia de focos apoplécticos. Cuando la induracion pulmonar ocupa por el contrario cierta superficie, es decir, cuando tiene una estension de tres ó cuatro pulgadas por lo menos, la percusion dará un sonido completamente macizo, y la auscultacion hecha en el mismo punto, nos dará á conocer la falta del ruido respiratorio. Algunas veces, sin embargo, existe un poco de soplido en la espiracion, acompa-

ñado de broncofonia, y los estertores mucosos y sub-crepitantes están diseminados en toda la estension que ocupa el sonido macizo.

Al mismo tiempo que se verifican estos accidentes, continúa y aumenta la opresion; si la afeccion es simple, no hay calentura. Los síntomas generales varían ademas segun la cantidad de sangre espelida. Si esta es considerable, se observan todos los accidentes que acompañan á las hemorragias graves, y aun puede resultar la muerte, la cual sobreviene, ora por síncope, ora por asfixia, cuando introduciéndose la sangre en los bronquios y obstruyéndolos enteramente, se opone á la entrada del aire en los pulmones.

Si la terminacion del mal ha de ser favorable, la cantidad de sangre escretada disminuye todos los dias; y llega á desaparecer despues de un tiempo variable. En algunos casos adquieren los esputos, hácia el sesto ú octavo dia, un tinte herrumbroso, se desarrolla la calentura y se observan los signos ordinarios de la pneumonia en primero ó segundo grado, unas veces al nivel del infarto apoplético, y otras á su alrededor. No obstante, á juzgar por los hechos que he recogido, considero la pneumonia como una consecuencia muy rara de la apoplegía pulmonar, y aun es mas raro observar consecutivamente una pleuresía. Este accidente apenas ocurre sino cuando la sangre se ha derramado en la pleura; mas como esto no puede ocurrir sino cuando la superficie del pulmon está dilacerada, vemos entonces desarrollarse al mismo tiempo que la pleuresía aguda, todos los signos de un hidro-pneumotorax, de lo cual, segun parece, ha observado Gendrin un ejemplo (1). Si el foco reblandecido comunica estensamente con los bronquios, se percibirán un rumor confuso y veremos todos los síntomas de las cavernas, como lo han observado MM. Rousset y Gueneau de Mussy. Por último, las paredes se gangrenan, y se advertirán todos los síntomas que caracterizan la mortificacion pulmonar. (Véase esta enfermedad).

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la apoplegía pulmonar es muy difícil, ó mas bien imposible, cuando siendo pequeños los núcleos y estando diseminados, no presenta el mal otros signos que la opresion, la tos y el esputo sanguíneo. Pero que dura muchos dias, se encuentra en uno ó muchos puntos circunscritos del pecho el sonido macizo y el estertor ó sub-crepitantemucoso, deben atribuirse estos fenómenos á la existencia de núclos apopléticos. Segun Billard, la opresion y sofocacion acompañada de un sonido macizo mas ó menos estenso, y la espulsion de mucosidades sanguinolentas, son síntomas que, cuando existen en los recien nacidos, deben hacernos sospechar una apoplegía del pulmon. Por último, puede imaginarse que la sangre ha dilacerado considerablemente el pulmon y derramádose en la pleura, cuando en el curso de una hemoptisis sobreviene de pronto un sonido macizo mas ó menos estenso en un lado del tórax, con falta del ruido respiratorio, y cuando al mismo tiempo se observan todos los signos que acompañan las hemorragias graves, y que las mas veces no pueden esplicarse por la pequeña porcion de sangre que espectoran los enfermos. Finalmente, puede suceder, que aparte de los signos de derrame que existen en la base del pecho, se encuentre ademas en la parte superior de esta cavidad un sonido timpánico con debilidad del murmullo vesicular: este fenómeno puede depender de la estravasacion del aire en la pleura,

(1) *Traité de médecine pratique*, t. I.

á consecuencia de haberse desgarrado el pulmon. Infiérese de lo que acabamos de decir, que la apoplegía pulmonar nunca puede confundirse con la pneumonia, los tubérculos ni los derrames pleuríticos. La pneumonia se distingue de ella, sobre todo por la fiebre, por la naturaleza de la espectoracion, y por la crepitacion fina y seca. Si una parte ó la totalidad de un lóbulo fuese invadida, habria sonido macizo, ausencia de ruido respiratorio, ó un soplo que podrian hacer creer que existia un derrame pleurítico; pero nunca hay en la apoplegía el dolor agudo de costado que acompaña á la mayor parte de las pleuresías; la egofonia suele faltar; los resultados de la auscultacion y percusion son fijos, y no pueden desviarse aunque se varíe la posicion de los enfermos; en fin, la espectoracion de una sangre negra destruye todas las dudas que pudieran abrigarse.

*Pronóstico.*—Esta enfermedad es siempre grave, pues ya hemos visto que podia ocasionar la muerte casi de un modo súbito. La gravedad del pronóstico es relativa á la abundancia de la hemorragia. La rotura de la pleura con derrame de sangre en ella, es un accidente de los mas graves, pues la muerte sobreviene casi siempre en pocos instantes; un enfermo sobrevivió muchos dias á estos desórdenes; cítase un caso de curacion referido por Gendrin; pero tal vez el diagnóstico no era aquí enteramente exacto.

*Etiología.*—La plétora, la impresion del frio y la supresion de las hemorragias constitucionales, se consideran como las causas comunes de la apoplegía pulmonar; pero las mas de las veces es sintomática de un obstáculo al curso de la sangre, que reside casi siempre en el corazon. Asi es, que todos los casos de apoplegía pulmonar observados por mí, en número de mas de treinta, han recaido en individuos que padecian diversas enfermedades orgánicas del corazon, especialmente una estrechez en los orificios de las cavidades izquierdas. Háse supuesto que la hipertrofia del ventrículo derecho es una causa muy activa de la apoplegía pulmonar, por la de la violencia con que es impelida la sangre hácia los pulmones; pero esta asercion es infundada, pues de veinte y siete casos de hipertrofia con dilatacion del ventrículo derecho, recogidos por M. Louis, en ninguno hubo jamás apoplegía pulmonar, aunque seis de los enfermos padecian una hipertrofia con dilatacion de la arteria pulmonar y de sus ramos principales, lo cual prueba que la sangre era impelida con cierta violencia. Asi, pues, la apoplegía sintomática de una enfermedad del corazon, no es producida activamente por el impulso insólito de la sangre, sino que se verifica de un modo pasivo, y cuando existiendo un obstáculo en los orificios izquierdos, sobre todo en la válvula mitral, se estanca el líquido en el órgano y consecutivamente en los pulmones. La apoplegía pulmonar es tambien una lesion bastante comun en ciertas enfermedades generales, caracterizadas por una gran tendencia á las hemorragias: esto es lo que frecuentemente se verifica en la púrpura y la fiebre amarilla.

*Tratamiento.*—La apoplegía pulmonar debe combatirse con los medios que se emplean comunmente en las hemoptisis graves. Conviene insistir sobre todo con las sangrías generales y los revulsivos, sobre todo con los purgantes enérgicos y las ventosas secas, aplicadas al tórax, á los lomos y las estremidades inferiores, y con los sinapismos, á los cuales deben asociarse los diuréticos, y especialmente el nitrato de potasa. Cuando la hemorragia es rebelde, se recurrirá tambien á los vomitivos, dando la preferencia á la ipecacuana, que se adminis-

trará en dosis refractas, de modo que mas bien se esciten náuseas que vómitos. En los recien nacidos tambien está indicado sacar sangre, lo cual se hace por medio de una ó dos sanguijuelas aplicadas á las axilas, cuyos plexos venosos se comunican ámpliamente con los vasos de la cavidad torácica. Los vestidos del niño deben estar muy flojos, pues dificultando la dilatacion del pecho podria aumentarse la congestion pulmonar. En el adulto se ha ensayado muchas veces la administracion del tártaro emético en alta dosis; pero no ha producido ningun resultado ventajoso que pueda decidirnos á emplearlo.

Cuando se prolonga la hemorragia, dícese que se han prescrito algunas veces con ventaja las afusiones frias, medio perturbador cuyo uso puede solo justificarse por el peligro en que se hallan los enfermos, y cuando han sido completamente inútiles otros medios mas racionales. (Véase como complemento, el tratamiento de la hemoptisis).

### *De algunas otras especies de apoplegías*

He descrito con alguna detencion las dos especies de apoplegías mas comunes y que ofrecen síntomas especiales. Réstame ahora estudiar algunas otras hemorragias intersticiales, que, aunque menos importantes bajo el punto de vista sintomático, merecen sin embargo conocerse, porque muchas pueden ocasionar graves accidentes.

*Apoplegía de las vísceras abdominales.*—Nada diré de la apoplegía del bazo y del hígado, alteracion que parece haber sido observada algunas veces en los que han sucumbido á los ataques de calenturas perniciosas, ó á la púrpura.

El doctor Kiwisch dice tambien que observó muchas veces la apoplegía del hígado en los recien nacidos; y aun en dos casos se la pudo considerar como la causa de la muerte. Sin embargo, no se conoce hasta el presente, bajo ningun concepto, el curso que siguen estos derrames, y su diagnóstico es absolutamente imposible. Esto se aplica igualmente á las colecciones sanguíneas, que en algunos casos raros, se forman espontáneamente en el páncreas, en los riñones, en las cápsulas sobrerenales, en los ovarios, y hasta en el útero, órgano que, segun Cruveilhier, padece con frecuencia colecciones sanguíneas en las mujeres de avanzada edad. Pero como esta opinion, que desmiente todas nuestras teorías, no está apoyada en ningun dato numérico, y M. Cruveilhier parece haberla emitido solo fundado en sus ideas, debemos esperar nuevas observaciones.

*Apoplegía de la placenta.*—La placenta es uno de los órganos donde se forman las apoplegías con mas facilidad. Esta alteracion ha sido bien estudiada en estos últimos años por M. Cruveilhier, y especialmente por MM. Gendrin y Jacquemier. El número de focos sanguíneos que se encuentra en la placenta puede ser considerable, y es raro que no haya mas que uno ó dos. Su volúmen varía desde el de un grano de mijo hasta el de un huevo de paloma, y aun se han visto mucho mayores (Wrisberg). Generalmente son redeondeados, y se hallan tanto mas próximos á la cara uterina, cuanto mas tiempo ha trascurrido desde el momento de la concepcion. La sangre estravasada pasa sucesivamente del negro al gris, al rojizo y amarillo, acabando por ponerse pálida. Por lo comun suele alterar y atrofiar la porcion correspondiente de la placenta, y si los der-

rames son múltiples, puede alterarse la totalidad del órgano. Otras veces, en fin, esperimenta el coágulo diversas trasformaciones, y adquiere diferentes aspectos. M: Jacquemier dice que deben atribuirse á la sangre materna derramada en la placenta y trasformada de diversos modos, todos los tumores de aspecto cartilaginoso, tuberculoso y encefaloideo, y hasta las concreciones óseas y cretáceas que se forman en ella. Esta opinion es tal vez demasiado esclusiva, aunque no deja de ser exacta en muchos casos. El diagnóstico de las apoplegías placentarias no puede establecerse. Inútil es advertir que esta grave alteracion es causa de un gran número de abortos; otras veces llega el feto á su término, pero nace débil, flaco y miserable, por efecto de la atrofia parcial de la placenta. Remitimos al lector para mas estensos detalles, al escelente tratado del doctor Jacquemier, tomo I, página 408.

*Apoplegías musculares.*—En la mayor parte de los músculos de la vida animal pueden formarse espontáneamente derrames sanguíneos, á veces considerables. Cruveilhier ha encontrado la vaina de ambos músculos rectos del abdómen distendida por coágulos sanguíneos que habian dislacerado y destruido las fibras musculares, alteracion que fue acompañada durante la vida de dolores tan vivos, que hicieron creer en la existencia de una peritonitis. Estas apoplegías musculares se observan especialmente en el escorbuto y en las reabsorciones purulentas.

*Apoplegías del corazon.*—Al lado de estas apoplegias debemos colocar los derrames sanguíneos que M. Cruveilhier ha encontrado muchas veces en el corazon. Solo los ha visto formarse en el espesor del ventrículo izquierdo hipertrofiado, y considera esta lesion, que por lo demás es muy rara, como capaz de ocasionar una rotura del corazon, ó de ser la causa de un aneurisma falso consecutivo; pero los hechos no han podido justificar hasta ahora semejante suposicion. El diagnóstico de esta enfermedad es imposible.

## *De la púrpura.*

SINONIMIA.—Púrpura; *morbus maculosus hemorrhagicus* Werlhof, escorbuto de tierra, *mal de Werlhof.*

Dáse el nombre de *púrpura* á una enfermedad caracterizada por la erupcion espontánea en la superficie del cuerpo, de petequias y equímosis, acompañadas muchas veces de hemorragias internas.

*Historia.*—En vano han querido algunos remontarse hasta Hipócrates para buscar las primeras nociones de la púrpura, pues esta enfermedad no ha sido descrita antes de L. Riviere, el cual la distinguió de las petequias. El mismo Werlhof no le consagró mas que algunas páginas harto insuficientes, para merecerle el honor de haber dado su nombre á la enfermedad. Las investigaciones de Graaf (1), publicadas en 1775, fueron mucho mas completas, y han sido ampliadas despues por las de Behrens (2), Willan y Batemann (3), de MM. Brachet (4), Fournaux (5) y Rayer (6).

(1) *Dissertatio de petechiis sine febre.* Gottingue, 1775.
(2) *Dissert. epist. de morbo maculoso, hemorrhagico.*
(3) *Maladies de la peau.*
(4) *Revue médicale* de 1822.
(5) *Thèses de Paris*, année 1826.
(6) *Maladies de la peau.*

*Divisiones.*—Willan estableció las siguientes especies de púrpura; 1.° *púrpura simplex*; 2.° *urticans*; 3.° *senilis*; 4.° *hemorrágica*; 5.° *contagiosa*. De esta última no nos ocuparemos, pues no es otra cosa que la erupcion petequial de la peste, del tifus y de otras enfermedades graves. M. Rayer distingue dos formas de púrpura, que son *febril* y *apiretica*. M. Cazenave forma de ella dos variedades, segun que va ó no acompañado de hemorragias por alguna mucosa.

1.° *Púrpura simplex*. Esta forma que se suele observar en la adolescencia y la juventud, sobreviene las mas veces sin causa apreciable. Invade comunmente sin prodromos, aunque algunas veces va precedida uno ó dos dias de malestar, debilidad y anorexia. Está caracterizada por petequias, es decir, por manchitas de un rojo vivo al principio, sobre todo en los niños, violadas ó negras en los sugetos debilitados, mas o menos exactamente redondeadas, parecidas por su forma á las picaduras de pulga, y que no desaparecen ni disminuyen al comprimirlas con el dedo. Con estas manchas existen comunmente anchos equímosis, que ocupan puntos diferentes, ó se hallan mezcladas con las petequias; su color es casi el mismo en todas, por lo menos al principio. Sin embargo, cuando se forman muchas erupciones sucesivas con algunos dias de intervalo, se observan distintos colores, que varían desde el rojo gris al amarillo claro, segun el grado de resolucion. Estas manchas son sobre todo muy numerosas en las piernas, partes que á veces ocupan de un modo esclusivo; tambien se las observa en los miembros y en la cara, en cuyo último caso suelen presentarse en las conjuntivas y los párpados equímosis los cuales ocupan de preferencia el dorso, los piés, las manos y la cara interna de los miembros. Percíbense ademas algunas veces manchas prominentes y duras en el centro, á causa de la formacion en este punto de una pequeña apoplegía de la piel. En otros casos la sangre se infiltra o derrama en los músculos y el tejido celular, de lo cual resultan tumefaccion, dureza y dificultad en los movimientos, como sucede en ciertas formas de escorbuto, que pronto estudiaremos. Las petequias y los equímosis no van acompañados de ninguna sensacion morbosa cutanea, y se forman comunmente sin que lo adviertan los enfermos, que llegan á notarlas por casualidad. Estas petequias permanecen estacionarias durante algunos dias, despues de los cuales adquieren un tinte lívido al principio, y mas tarde amarillento; la reabsorcion se verifica de la circunferencia al centro, y á los doce ó catorce dias no queda ningun vestigio del mal. Pero muchas veces, cuando este se juzga terminado, sobreviene una nueva hemorragia análoga á la primera. Estas erupciones sucesivas hacen que la púrpura persista en algunos individuos, muchas semanas, meses y aun años, de lo cual cita un caso Biett. Yo he asistido por espacio de cinco años á una mujer de treinta, un poco anémica, y que, sin causa determinante, presentó de tiempo en tiempo por espacio de muchos años consecutivos, manchas de púrpura confluentes en los miembros y el tronco.

La forma llamada *púrpura urticans* debe unirse á la precedente, aunque sin embargo, difiere de ella por el aspecto de la erupcion, la cual empieza por manchitas rojizas, prominentes y lenticulares, acompañadas de una comezon casi análoga á la que produce la urticaria. Estas manchas se borran á los dos ó tres dias; su color, de rosado que era, se hace rojo oscuro, ó lívido, y al fin se reabsorben lo mismo que las de la *púrpura simplex*; pero generalmente se presentan

otras. Esta forma de púrpura cuyas petequias son algo mas anchas que en la anterior, dura por término medio un mes.

Las dos formas de púrpura que acabamos de estudiar son comunmente apiréticas; pero á veces van acompañadas de un aparato febril, en general poco intenso, y de náuseas y escalofríos, que suelen preceder tres ó seis dias á las hemorragias cutáneas (*Púrpura febrilis simplex*). Tambien estas pueden ir precedidas de manchas exantemáticas análogas á las de la urticaria, y despues de uno, dos ó tres dias es cuando aparecen en medio de esta erupcion las petequias que caracterizan la púrpura.

La llamada *senilis* por Batemann, no merece una descripcion especial, pues solo consiste en una erupcion petequial, de color de heces de vino, que ocupa las estremidades en los viejos debilitados, y desaparece comunmente á los diez ó doce dias, sin ir acompañada de ninguna alteracion notable en las principales funciones.

Estas tres primeras formas de la púrpura son benignas, y no pueden confundirse con ninguna otra afeccion cutánea. Se diferencian de las picaduras de pulga en que el punto central de estas es mas oscuro, está equimótico, y rodeado de una areola rosada que desaparece con la mera presion del dedo.

2.° *Púrpura hemorrágica.* Tambien esta forma se halla caracterizada por petequias y equímosis parecidas á las del *púrpara simplex.* Estas manchas hemorrágicas suelen ir precedidas comunmente por espacio de tres ó seis dias, de escalofríos, cansancio, cefalalgia, calentura, y muchas veces de náuseas y vómitos. Despues se revela bien pronto una disposicion hemorrágica que no existe en las formas anteriores; debajo del cuero cabelludo se forman trombus ó abolladuras sanguíneas; la piel exhala algunas veces sangre, sobre todo detrás de las orejas; se forman anchos equímosis en todos los puntos en que los tegumentos están algo comprimidos ó estirados; rezuma sangre por todas las superficies supurantes y soluciones de continuidad de la piel ó de las mucosas, por pequeñas que sean. En fin, lo que caracteriza especialmente el mal, son las hemorragias graves de las vísceras y de las membranas mucosas que acompañan á las de la piel. En los niños predominan las epistaxis; en los adultos las hemotipsis y las hemorragias gastro-intestinales, y en la mujer las metrorragias. Las hematurias son mas raras; pero es posible que sobrevenga alguna congestion en los riñones, pues en algunos casos de púrpura sin hematuria se han encontrado las orinas albuminosas. Muchas de estas hemorragias pueden existir simultáneamente, ó alternar unas con otras. Cuando el esfuerzo hemorrágico se dirige hácia los órganos digestivos, la sangre puede exhalarse por todas las partes contenidas en la boca y por las paredes de esta cavidad, que adquieren un color negruzco, mientras que las encías se ponen esponjosas y sanguinolentas. Los graves accidentes que acabo de enumerar van comunmente acompañados de agitacion, calentura intensa, delirio y dolores hácia los órganos donde ha de verificarse la hemorragia; la lengua se seca y se pone fuliginosa; las facciones se alteran; se postran las fuerzas, y los enfermos sucumben entre el primero y segundo septenario, con síntomas tifoideos. En otros casos no hay calentura, pero mueren los pacientes estenuados á causa de la repeticion y multiplicidad de las hemorragias. Por último, hay enfermos que sucumben en algunos dias á la violencia de los accidentes, ó á ciertas complicaciones. La *púrpura hemorrágica* no siempre

tiene, sin embargo, esta gravedad; pero los enfermos que llegan á curarse se restablecen por lo comun con bastante lentitud, y conservan durante mucho tiempo la debilidad y el malestar.

*Anatomía patológica.*—En la autopsia de los que sucumben á esta enfermedad, se ve que entre las petequias, unas son superficiales y sub-epidérmicas; otras mas profundas que ocupan las areolas del dermis, y otras, en fin, que están situadas en el tejido celular sub-cutáneo. La sangre estravasada desaparece comunmente con algunas lociones, y nunca se resiste á la maceracion. En la mayor parte de las membranas mucosas, sobre todo en la digestiva, desde la boca hasta el recto, se encuentran petequias y equímosis análogos á las de la piel. Obsérvanse tambien en el mesenterio el pericardio, la pleura, las membranas del cerebro, en la medular de los huesos largos, en la sustancia diplóica, y en la superfice de los pulmones. Estos suelen ademas presentar con mucha frecuencia algunos núcleos apopléticos, y tambien existen á veces derrames análogos en el hígado, el bazo, y hasta en el cuerpo del útero, y otras muchas vísceras.

La sangre que contienen los vasos es generalmente pálida y serosa, sin coágulos. La que se extrae durante la vida, la han creido alterada algunos autores, pues era menos coagulable; el coágulo les ha parecido menos denso, y que contenia menos materia colorante, y sobre todo menos fibrina: esto es lo que ha demostrado M. Andral en un caso de púrpura aguda (1). Otros por el contrario, sostienen, fundados en los análisis químicos, que la sangre de los que padecen púrpura en nada se diferencia de la de un individuo sano. Esta cuestion, como se ve, está todavía indecisa.

Sin embargo, todo induce á creer que la disminucion en la proporcion de fibrina debe existir en la mayor parte, sino en la totalidad de los casos.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico no puede ofrecer ninguna dificultad, pues es imposible confundir la *púrpura simplex* con los equímosis traumáticos. Sin embargo, cuando falta la calentura, y se limita la púrpura á una parte del cuerpo, como por ejemplo, los miembros inferiores, deben examinarse atentamente las arterias y venas de estos órganos, pues se han visto equímosis y petequias análogas á las de la púrpura ser producidas por un obstáculo mecánico al curso de la sangre: asi es que en los casos de obliteracion de la vena ilíaca por las concreciones sanguíneas, es comun ver muchas hemorragias en el miembro inferior correspondiente. Los equímosis cutáneos y la disposicion hemorrágica general podrian hacernos confundir la púrpura con la calentura amarilla, con las enfermedades pestilenciales y ciertas viruelas de gravedad; pero en casi todas estas afecciones las hemorragias no son mas que un accidente, mientras que en la púrpura forman y constituyen la esencia del mal. Por último, se ha tratado de distinguir la púrpura del escorbuto; pero creemos que no son mas que grados ó variedades de una misma enfermedad, como lo demostraremos en el artículo siguiente: (Véase *Escorbuto*).

*Pronóstico*—Las *púrpura simplex, senilis* y *urticans* son casi siempre benignas. La existencia de equímosis indica en todos los casos una disposicion mas peligrosa de la economía que cuando solo hay petequias. La púrpura hemorrá-

(1) *Hématologie*, p. 131.

gica es por el contrario una afeccion grave, aun cuando no se acompañe de calentura, y lo mismo en esta que en otras muchas enfermedades es preciso ser muy reservados en el pronóstico, pues se declaran con demasiada frecuencia y de un modo imprevisto accidentes de gravedad, cuando la afeccion parecia ser muy benigna. La poca edad de los individuos, la frecuencia estremada del pulso, la abundancia de las hemorragias, la intensidad de la calentura y la existencia de síntomas tifoideos, son las circunstancias que deben hacernos formar el mas riste pronóstico. Por último, el desarrollo de petequias y equímosis en el curso de una enfermedad grave, sobre todo en personas que padecen calenturas eruptivas, tifus etc., constituye siempre un signo funesto, porque indica una lesion profunda del organismo.

*Etiología*—La púrpura se desarrolla casi siempre bajo la influencia de causas debilitantes, y afecta especialmente á los niños, á las mujeres y á los individuos de una constitucion floja, que se hallan debilitados por una enfermedad anterior, por los malos alimentos, las vigilias, los disgustos, y sobre todo por habitar en sitios bajos y húmedos: algunas veces, sin embargo, se ha visto desarrollarse en condiciones opuestas. La púrpura es generalmente esporádica, pero tambien ha reinado epidémica ó endémicamente en ciertas prisiones mal situadas, ó en las casas de niños espósitos.

*Tratamiento.*—La púrpura simple se cura en general sin ningun auxilio. Conviene, sin embargo, administrar algunos ácidos minerales, y que los enfermos hagan uso de los tónicos, de los amargos y ferruginosos, cuando se hallen debilitados ó tengan una constitucion pobre. Si hay calentura y el pulso está dilatado y duro, y parecen formarse congestiones en las vísceras, está indicada la sangría; pero es preciso practicarla con mucha reserva; y cuando los enfermos han sufrido ya algunas hemorragias, es mejor abstenerse de ella y sustituirla con los purgantes. Las diversas hemorragias que suelen verificarse exigen los medios locales que se hallan indicados en todas las hemorragias pasivas. En cuanto al tratamiento local de las petequias, nada hay que hacer las mas veces; pero si el enfermo está debilitado, debe agregarse al uso interior de los tónicos el de fricciones secas y aromáticas, ó las lociones estimulantes alcohólicas (aguardiente, vino aromático, vino rosado). Si el derrame de sangre fuese algo considerable, deberian aplicarse compresas empapadas en el agua de Goulard, y hacer una ligera compresion.

*Clasificacion y naturaleza.*—Los patólogos ingleses han clasificado la púrpura entre los exantemas. Pero la falta de calentura en muchos casos y los caracteres de la erupcion, que está constituida en los exantemas por la inyeccion é inflamacion de la piel, y en la púrpura por una hemorragia intersticial, bastan para distinguir estas dos enfermedades. Biett incluye la púrpura entre las afecciones indeterminadas; pero un tratado de patología en ninguna parte puede colocarse mejor que al lado del escorbuto, entre las enfermedades que reconocen por causa una alteracion de la sangre. En cuanto á la naturaleza del mal, repetiremos, que aunque los esperimentos químicos y microscópicos hechos hasta aquí han sido casi inútiles, creemos, sin embargo, que la alteracion de la sangre que constituye esencialmente la púrpura, consiste en una disminucion de los glóbulos y sobre todo de la fibrina: alteracion que si bien todavía no se halla demostrada, debe por lo menos considerarse como probable, en razon de las cau-

sas que determinan comunmente el mal, y de la facilidad con que sale la sangre de sus vasos para infiltrarse y derramarse en todos los tejidos, ó exhalarse en la superficie de muchos de ellos. La púrpura debe, pues, considerarse como una enfermedad general.

Esta esplicacion me parece mas racional que la que admite una atonia ó una sobreescitacion de los vasos capilares, ó bien una obstruccion visceral, especialmente en el hígado y el bazo, sobre cuyas enfermedades nada, por otra parte nos revela la autopsia.

### *Del escorbuto.*

La palabra *escorbuto* proviene del danés ú holandés, y significa *desgarradura, úlcera* de la boca. Hace unos cuatro siglos que sirve para designar una enfermedad caracterizada por la debilidad general, por diferentes hemorragias, por equímosis lívidos en la piel, y por la tumefaccion fungosa de las encías que suministran sangre.

*Historia.*—Es dudoso que Hipócrates conociera el escorbuto, pues esta enfermedad no empezó á describirse convenientemente hasta la época de las Cruzadas y despues del descubrimiento de la América. Luego se hizo representar á la afeccion escorbútica un papel exagerado, pues se creyó durante mucho tiempo que el escorbuto podia tomar la forma de todas las afecciones agudas y crónicas, aunque faltasen todos sus caracteres. Estraño es ver que Sennerto, Willis, Lower, Hofmann y Boerhaave adoptasen y propagasen un error tan craso, acreditado despues por Eugalenus, médico mas que mediano, y autor de un mal libro sobre el escorbuto, pero que sin embargo, ha gozado de gran reputacion. Ningun paralelo puede establecerse entre esta obra y la publicada por Lind á mediados del siglo XVIII; libro que no solo forma una escelente monografía, sino que es tambien indudablemente una de las obras mas notables de la literatura médica y de mas atractiva lectura.

*Divisiones.*—El escorbuto es una de las enfermedades en que mas se han multiplicado las especies, pero está probado que estas distinciones son inútiles. El mismo Lind ha demostrado que la division de este en escorbuto de tierra y de mar no ofrece ventaja alguna, pues las causas, los síntomas y el tratamiento son idénticos en ambos casos.

*Alteraciones potológicas.*—En los individuos que sucumben al escorbuto, suelen encontrarse inflamaciones en varias vísceras; pero estas flegmasias no corresponden, por decirlo asi, á la enfermedad, pues son únicamente lesiones secundarias, desarrolladas en una época próxima á la muerte. La sangre, por el contrario, está siempre alterada; es negra, fluida ó grumosa, y forma derrames, ó bien se halla infiltrada en la mayor parte de los órganos de la economía, bañando muchas superficies mucosas, serosas y sinoviales; infarta el hígado y el bazo, cuyos órganos presentan mas volúmen, y su tejido está blando y difluente. La sangre alterada empapa tambien el tejido esponjoso de los huesos y el periostio. En las personas menores de diez y nueve años, se encuentran algunas veces las epífisis separadas por una hemorragia intersticial (Lind); los cartílagos están desprendidos de las costillas, y aun se ve roto y disuelto por la sangre el

callo de las fracturas antiguas. Por último, el líquido derramado en el espesor de los músculos, forma en ellos núcleos duros mas ó menos considerables.

¿La sangre, alterada en el cadáver, lo está tambien en el vivo? M. Andral lo habia establecido asi en presencia de un solo hecho. Habiendo tenido este sabio catedrático la ocasion de analizar la sangre de un escorbútico, vió que la cantidad de fibrina habia bajado de 3 (cifra fisiológica), á 1, 6; mientras que los glóbulos habian sufrido una disminucion igual, puesto que su cifra, que en condiciones normales llega á 127, no pasaba de 119. Este hecho se consideró como una indicacion exacta del estado de la sangre, aunque estaba en contradiccion con las esperiencias de Parmentier y de Deyeox, quienes encontraron en los escorbúticos la sangre idéntica á la de los individuos atacados de una inflamacion; y estaba asimismo en contradiccion con las investigaciones del químico inglés Busk, que lejos de hallar la fibrina disminuida en el escorbuto, la encontró, por el contrario, en mayor proporcion. ¿Son estos resultados la espresion de lo que se ve mas comunmente, ó son escepcionales? Las observaciones hechas en 1847 por MM. Andral (1), Fauvel, Becquerel y Rodier (2), parecen hacer mas probable la primera suposicion. En efecto, habiendo analizado estos médicos la sangre de seis escorbúticos, no solo no observaron disminucion alguna de la fibrina, sino que esta parte constituyente de la sangre, habiendo aumentado sensiblemente en cuatro, se mantuvo en los otros dos en los límites del estado fisiológico. El elemento globuloso estaba, por el contrario, considerablemente disminuido, y el suero presentaba una densidad menor. Háse igualmente consignado por los modernos esperimentadores, que en oposicion á las proposiciones emitidas por algunos antiguos, la sangre de los escorbúticos no tenia aumento alguno de propiedades alcalinas, y que tampoco era ácida. Los análisis hechos por MM. Rodier y Becquerel, inducen ademas á hacer creer que la albúmina existe en menor proporcion en la serosidad.

No nos atrevemos, por consiguiente, en presencia de hechos tan escasos, á sostener que en el escorbuto la fibrina de la sangre se halla siempre aumentada, ó en su proporcion fisiológica. Y si se considera la frecuencia de las hemorragias, y la naturaleza de las causas que presiden al desarrollo de la enfermedad, no deberemos dudar en considerar estos hechos como escepcionales, y en sostener tambien que en el escorbuto hay empobrecimiento de la sangre, y una disminucion que recae, simultáneamente sobre la fibrina y los glóbulos.

*Síntomas.*—Lind ha observado que los individuos que van á ser atacados de escorbuto se ponen pálidos y tienen mucha aversion al movimiento, llegando bien pronto á fatigarse y sin poder alentar al menor ejercicio. Al cabo de muchos dias ó semanas se quejan los enfermos de prurito en las encías, las cuales se hinchan, se ponen fungosas, azuladas y comunican al aire espirado una fetidez insoportable. La piel no tarda en cubrirse en varias partes de manchas negras ó amarillas, que no son otra cosa que equímosis. En el trayecto de los músculos aparecen tumores duros y fluctuantes, debidos á un derrame sanguíneo que puede invadir todo el músculo. Esta alteracion suele ir acompañada de dolores muy vivos, los que á veces parecen ocupar los mismos huesos y coinciden en ciertos casos con la infiltracion sanguínea de sus tejidos. Otras veces ocupan

(1) *Union médicale*, année 1848, p. 329.
(2) *Archives de médecine*, n.° du 1.° juillet 1847.

las articulaciones que se ponen hinchadas. Al mismo tiempo pueden verificarse hemorragias mas ó menos graves por la mayor parte de las membranas mucosas, por las úlceras recientes ó antiguas de la piel y del orígen de las mucosas, ó bien por la rotura espontánea de antiguas cicatrices de los tegumentos. Donde mas especialmente suelen ulcerarse estos, es al nivel de los tumores sanguíneos. Las úlceras que de esto resultan son mas ó menos estensas, lívidas, fungosas, y fluye de ellas una sangre negra. En esta época la debilidad es estremada, los enfermos se encuentran oprimidos y sienten vivos dolores en el torax; su pulso es pequeño, frecuente y á veces lento. M. Bean dice que se percibe ruido de fuelle en las arterias; pero este signo faltó en los enfermos observados por MM. Andral y Becquerel. La mayor parte de los escorbúticos padecen lipotimias y aun síncopes, por poco que quieran moverse. Muchos tienen diarrea, las cámaras son fétidas, á veces sanguinolentas, lo que contribuye mucho á aumentar la debilidad; la orina es escasa, y se vuelve muy pronto amoniacal. En medio de tan graves desórdenes, las facultades intelectuales se conservan comunmente sanas. En un período mas avanzado del mal, se multiplican las hemorragias, se infiltran los miembros, la debilidad es estremada, las encías se destruyen, los dientes se desarticulan, vacilan y caen; á veces tambien se carian los maxilares, en cuyo caso se ven muchos enfermos atormentados por un tialismo considerable que contribuye no poco á demacrarlos. Cuando se mueven estos pacientes, suele percibirse una especie de crujido huesoso, producido por el roce de una epífisis, desprendida del resto del hueso (Lind), ó bien se oye cuando respiran, un pequeño ruido sordo, debido á la colision de las costillas y sus cartílagos que están desunidos. Basta el menor esfuerzo para romper un músculo ó un hueso en su continuidad, ó al nivel de una antigua fractura consolidada.

*Variedades.*—El escorbuto produce en el mayor número de casos todos ó casi todos los accidentes que acabo de describir. Sin embargo, pueden faltar algunos de los mas importantes: asi, en muchos enfermos jamás se alteran las encías; en otros, solo se caracteriza la enfermedad por la hinchazon considerable de uno ó de ambos miembros pelvianos á la vez. Esta tumefaccion dura, muy dolorosa y sin cambio de color en la piel, es debida á una infiltracion de sangre; por lo cual se pone el órgano al cabo de algun tiempo de un color equimótico. Esta forma ha sido frecuentemente observada por M. Enrique Gueneau de Mussy en la fragata la *Venus*, durante el viaje de circumnavegacion. En esta misma epidemia hubo otros enfermos en quienes el escorbuto se manifestaba especialmente por equímosis y úlceras sanguinolentas de mal carácter, que cubrian los miembros inferiores y eran siempre muy rebeldes á los medios curativos.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso del escorbuto ofrece alternativas de alivio y exacerbacion. Lind ha notado que los síntomas se agravan cuando el tiempo es nebuloso, y que sucede lo contrario cuando es seco. Puede terminar por la curacion ó la muerte despues de un tiempo variable, que no puede fijarse ni aun aproximadamente. Esta sobreviene en un acceso de opresion, de disnea ó en un síncope, ó bien los enfermos sucumben aniquilados por las hemorragias. Hay algunos que mueren de resultas de una enfermedad intercurrente: Lind considera á los escorbúticos muy predispuestos á contraer la mayor parte de las enfermedades, sobre todo aquellas en que existe alguna alteracion de los líquidos, como las calenturas eruptivas, el tifus y la disenteria:

estas dos últimas son complicaciones frecuentes cuando el escorbuto reina en los campos, en las ciudades sitiadas y en los buques.

Si el escorbuto termina favorablemente, la convalecencia es por lo comun larga, pues los individuos quedan por mucho tiempo débiles y pálidos; algunos están sujetos á rigideces articulares y á dolores en los músculos y articulaciones que simulan los del reumatismo crónico. El escorbuto suele reproducirse algunas veces; y aun se cree que el primer ataque constituye una verdadera predisposicion para otros sucesivos.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico del escorbuto se establece siempre fácilmente, pues no puede confundirse con la anemia, en la que no hay hemorragia ni hinchazon de las encías, y que ademas de la decoloracion de los tejidos, se caracteriza perfectamente por los ruidos arteriales, los dolores neurálgicos y los desórdenes digestivos. La caquexia mercurial es la afeccion que tiene mas analogía con el escorbuto; las encías, en efecto, aparecen blandas, azuladas y sanguinolentas; la piel está incolora y los tejidos flácidos; hay anhelacion, petequias, y á veces hemorragias pasivas; pero en la caquexia mercurial, estas son pocas veces tan generales como en el escorbuto; hay una estomatitis especial, y el aliento de los enfermos exhala un olor fétido particular.

Ya he dicho que es imposible no considerar la púrpura y el escorbuto como afecciones idénticas. En efecto, ¿cómo ver enfermedades de naturaleza distinta en aquellas cuyos principales síntomas son comunes? Los equímosis, las petequias, las hemorragias intersticiales y en la superficie de las mucosas, son, á no dudarlo, accidentes comunes que predominan en ambos casos. Por lo demás, en las epidemias de escorbuto no todos los enfermos padecen del mismo modo. Hay por ejemplo algunos en quienes las encías jamás se ponen fungosas, al paso que la enfermedad se caracteriza como la púrpura por equímosis, petequias ó la hinchazon de uno ó muchos miembros, debida á una estravasacion de sangre en el espesor de los tejidos. Añadiremos que la tumefaccion sanguínea de las encías, que ha querido considerarse como un carácter completamente distinto, puede existir en la púrpura simple ó con calentura. El aparato febril, que es frecuente en algunas formas de púrpura, no puede tenerse por un carácter distintivo, porque la calentura aquí no es mas que un elemento accesorio que solo indica una complicacion, ó bien un curso mas agudo de la afeccion. Diré en resúmen que la púrpura y el escorbuto son dos afecciones de naturaleza idéntica; que el último representa la forma crónica del mal; y la primera, acompañada de calentura y la hemorragia, su forma aguda; que la púrpura simple, apirética, y senil, y la forma *urticans* constituyen el grado mas benigno de una afeccion, en la que el escorbuto, acompañado de equímosis, hemorragias, separacion de las epífisis y síncopes, representa el grado mas grave; por consiguiente, estas dos enfermedades podrian reunirse.

*Pronóstico.*—El escorbuto es una afeccion grave, sobre todo cuando los enfermos no pueden sustraerse á las causas que lo han producido, y su gravedad es relativa al número y á la abundancia de las hemorragias, como tambien á la debilidad de los sugetos. Los síncopes son igualmente un signo de los mas fatales.

*Etiología.*—El escorbuto, que apenas hace un siglo era endémico en París y Londres, hoy es casi desconocido en los hospitales de ambas metrópolis. Este

feliz resultado depende de las preciosas modificaciones que ha introducido la civilizacion en las habitaciones y los alimentos de la clase indigente. El frio húmedo es una de las causas mas poderosas del escorbuto, razon por qué es tan frecuente en la baja Sajonia y en Holanda. Esta misma causa es tambien la que obra para desarrollarlo tan á menudo en las cárceles, en las mazmorras, en los buques que hacen largas travesías, y, sea dicho con dolor, en los hospicios y especialmente en los parajes húmedos y frios donde se tiene encerrados sobre paja y casi desnudos á los desgraciados dementes. Lind ha probado que la humedad es la causa mas poderosa del escorbuto que se desarrolla en la mar, y cuya accion es tanto mas enérgica cuanto que hay ademas otras muchas condiciones desfavorables, como la falta de ropa, y sobre todo los alimentos escasos y groseros. Las carnes saladas y ahumadas, que se consideran con razon como una de las causas del escorbuto de mar, no obran por la sal que contienen, como se ha creido durante mucho tiempo, sino porque no suministran bastantes principios nutritivos, y el estómago trabaja demasiado para separarlos: lo mismo sucede tambien con las carnes ahumadas. Por último, los trabajos violentos, las vigilias prolongadas, los pesares y la nostalgia, y en general todas las causas debilitantes, favorecen su desarrollo. Segun el testimonio de Lind, no parece que la privacion de vegetales frescos sea una causa tan activa del escorbuto como se ha supuesto durante muchos siglos. El escorbuto se desarrolla en general bajo la influencia de muchas de estas causas reunidas, especialmente el que invade á un gran número de personas, como sucedió por ejemplo, con el que destruyó el ejército de Luis IX, y comunmente con todas las enfermedades análogas que tantos estragos causaron en los desgraciados pueblos de la edad media; esto se observó tambien en la epidemia que devastó los barrios pobres de París á fines del reinado demasiado largo de Luis XIV. El escorbuto no es contagioso: los hechos reunidos por Foderé, en prueba de lo contrario, no son concluyentes.

*Tratamiento.*—El escorbuto es una de las enfermedades de que podemos preservarnos con la mayor facilidad, mediante una higiene favorable. El aire seco, los vestidos calientes y una buena alimentacion vegetal y animal á la vez, son los mejores preservativos. Tambien en la mar puede evitarse el desarrollo del escorbuto, y aunque todavía invade algunas veces á las tripulaciones, dista mucho de presentar la misma gravedad que en otro tiempo. Para prevenirlo conviene, como lo hacia Cook, mantener muy limpio el buque; destruir todas las causas de humedad; llevar provisiones frescas; procurar que los marineros tengan buenos vestidos y que los muden cuando lleguen á humedecerse; que hagan uso de algunas frutas ácidas y de licores espirituosos, y tratar en fin de divertirlos por medio de la música, el baile, los espectáculos, los cuentos, etc. Merced á una higiene bien entendida, se ha logrado librarse casi enteramente del escorbuto, aun durante las navegaciones mas largas y penosas; asi, pues, esta enfermedad, que en los primeros siglos solia privar á flotas enteras de la mayor parte de su personal, ha desaparecido hoy casi por completo. La cesacion de este azote esplica en gran parte la enorme disminucion de la mortalidad en la marina inglesa. (1)

(1) La mejora de las condiciones higiénicas, que ha modificado tan profundamente la mortalidad de la mayor parte de las clases de la sociedad, ha obrado especialmente de la manera mas feliz respecto de los marinos.

Luego que el escorbuto se declara, es preciso remover lo mas pronto posible las causas que lo han desarrollado. Si los enfermos pueden comer, conviene darles un alimento sustancioso y suave, como la carne de pescado y sobre todo la de tortuga, que son muy útiles. Los caldos sustanciosos que contengan muchas plantas, los berros, la lechuga, las acederas, el perifollo, las frutas ácidas, las limonadas vegetales, la leche, la infusion de las yemas de abeto y el buen vino, son los medios que conviene usar al principio. Al mismo tiempo es preciso vencer la repugnancia que tienen los enfermos á moverse, obligándolos á que se paseen.

Todos los autores, y especialmente Lind, elogian mucho los limones y las naranjas como escelentes medios para curar y aun preservarse del escorbuto. Los ácidos minerales parecen ser, por el contrario, poco eficaces. Tambien se ha preconizado el uso de todas las plantas acres ó amargas, como los ajos, las cebollas, la mostaza, el rábano picante, la coclearia y la quina, administradas en sustancia, infusion, conserva y jarabe. Estos medios convienen igualmente en las hemorragias, pero entonces se asocian á los astringentes. El tratamiento debe continuarse por mucho tiempo, si se quieren evitar las recaidas. La hinchazon y las fungosidades de las encías exigen el uso de gargarismos tónicos y astringentes; tambien puede tocarse la mucosa con el ácido clorhídrico. Cuando las estremidades se ponen edematosas, conviene hacer fricciones secas con el vapor de ambar ó benjuí, las úlceras deben lavarse y curarse con sustancias antisépticas. Si el escorbuto se complica con disenteria, se prescribirán los tónicos y pequeñas dosis de ruibarbo, la triaca, el diascordio, ó tambien de vez en cuando un poco de ipecacuana. En el tratamiento de los escorbúticos debemos abstenernos de los purgantes enérgicos y de los vejigatorios, porque los primeros aumentan la debilidad, y los segundos pueden ocasionar la gangrena. Los enfermos resisten tambien mal las sangrías: estas, no obstante, no están absolutamente contraindicadas, pues se las ha visto producir alivio en esos casos raros de escorbuto febril que se complican con un aumento mayor ó menor en la cantidad de la fibrina.

*Naturaleza.*—El escorbuto es una enfermedad general. Hasta estos últimos tiempos se atribuia unánimente la causa próxima del mal á la desfibrinacion de la sangre, y por esta lesion se esplicaban muchos síntomas de la enfermedad, especialmente las hemorragias. Sin embargo, los hechos tan notables publicados hace pocos años por MM. Andral, Fauvel, Becquerel y Rodier, han dado ocasion á muchas perplejidades. Asi, pues, antes de proponer una teoría definitiva del escorbuto, es necesario que nuevas observaciones nos hagan conocer si los hechos que refiero son escepcionales, ó si constituyen la regla.

El doctor Garrod, ha emitido hace pocos años la opinion un tanto singular, y que hasta el dia no cuenta en su apoyo prueba alguna, de que el escorbuto está constituido por una disminucion de la potasa. El autor inglés se funda, para justificar su teoría, en las siguientes razones: 1.° En todos los alimentos que producen el escorbuto, la potasa está en menor cantidad que en aquellos cuyo uso es conciliable con la perfecta conservacion de la salud; 2.° Todas las

ingleses. En efecto, la mortalidad anual, que en 1779 era en ellos de 1 sobre 8, era en 1811 de 1 sobre 32; y actualmente, ó por lo menos hace quince ó veinte años, era de 1 sobre 72. Todo induce á creer que la mejora es en el dia aun mayor.

sustancias antiescorbúticas encierran una gran cantidad de potasa; 3.° La sangre de los escorbúticos contiene poca potasa, y la cantidad de esta sustancia arrojada por las orinas, es menor que en el estado normal; 4.° y último: Los escorbúticos se restablecen rápidamente, no bien se añade potasa á sus alimentos, y esto sin cambio alguno en la cantidad y calidad de estos. Todas las proposiciones que establece M. Garrod, necesitan demostracion.

### *De la hemofilis ó diatesis hemorrágica congénita.*

La hemofilis es una afeccion congénita, caracterizada por una disposicion de los individuos á hemorragias siempre graves, y muchas veces mortales.

*Historia.*—Es muy estraño que una disposicion tan peligrosa de la economía apenas haya sido descrita hasta hace unos sesenta años; no obstante, un médico árabe, llamado Atsaharavi, trazó sus principales caracteres; pero solo desde 1793 esta enfermedad ha sido reconocida y señalada en la Westfalia, despues en la América del Norte, y por último en la mayor parte de los Estados de Europa. Numerosas disertaciones sobre el particular han visto la luz pública, especialmente en Alemania, y entre ellas se distinguen sobre todo las de los doctores Wachsmuth (1849), y Lange, de Postdam (1850). En Francia, MM. Lebert (1), Tardieu (2), Dequevauvilliers (3) y Wolff (4), han hecho importantes observaciones; por último, el doctor Bordmann ha sostenido en la facultad de Strasburgo, una tesis rica en hechos y erudicion, que comprende todo lo que se ha publicado sobre esta temible afeccion, y de la cual tomaré muchos datos (5).

*Síntomas y curso.*—La diatesis hemorrágica está caracterizada por infiltraciones ó derrames de sangre en los tejidos, y por flujos sanguíneos tenaces que se presentan espontáneamente, ó á causa de una herida. La solucion de continuidad mas ligera, la mas superficial y circunscrita, como una picadura de lanceta ó de sanguijuela, un diente arrancado, y la misma vacunacion, pueden ocasionar un flujo de sangre que nada es capaz de contener, y que concluye estenuando á los enfermos y causándoles la muerte. Frecuentemente tambien hay hemorragias espontáneas, que se anuncian desde la primera infancia, muchas veces desde los primeros meses, y casi siempre en el período de la primera denticion. Los flujos mas comunes son las epistaxis; luego se presentan por el órden de frecuencia, los derrames sanguíneos por las encías, el velo del paladar, la uretra, el cordon umbilical y el tubo intestinal. Las hemorragias por los pulmones y orejas son poco comunes; la sangre ha fluido tres veces espontáneamente por las estremidades de los dedos, y en uno de estos casos sobrevino la muerte. Los órganos genitales de la mujer, el escroto, los hombros, el vientre y la conjuntiva, han suministrado tambien sangre.

Estas hemorragias persisten algunas veces hasta la muerte; pocas duran menos de tres horas, y otras se prolongan por espacio de dos septenarios. La

(1) *Archives génér. de médec.*, année 1837.
(2) *Même recueil*, année 1841.
(3) Thêses de París, année 1844, n.° 87.
(4) Thêses de Strasbourg, année 1844.
(5) Id., année 1851.

cantidad de sangre perdida varía, pues, mucho segun los casos. Cítase un hombre que perdia en veinte y cuatro horas sobre cinco libras de sangre, por la cara interna de los labios y las mejillas; este flujo solia durar tres ó cuatro dias, al cabo de los cuales se conseguia ordinariamente detener la hemorragia.

Las pérdidas de sangre se renuevan en épocas mas ó menos próximas, y algunas veces se las ha visto hacerse periódicas. Las diferentes hemorragias espontáneas pueden sucederse, alternar entre sí, ó verificarse á la vez por muchos sitios. Es fácil comprender que al renovarse y multiplicarse de este modo, deben producir un estado anémico mas ó menos pronunciado.

No tenemos aun datos exactos acerca de la calidad de la sangre en las hemorragias de que hablamos: unos dicen que este líquido es claro y líquido; otros aseguran que es oscuro y coagulable; sin embargo reina bastante armonía en cuanto á reconocer que tiene menos fibrina; y M. Rokitanski dice que contiene menos glóbulos, fibrina y albúmina, y una cantidad mayor de serum.

En los individuos que padecen de diatesis hemorrágica, se han observado frecuentemente dolores articulares con tumefaccion ó sin ella. Considerados por la mayor parte de los autores como reumatismos, y como de naturaleza neurálgica por algunos, parecen esplicarse algunas veces por una sufusion sanguínea que se verifica en el interior ó el esterior de las articulaciones.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la diatesis hemorrágica es fácil. Siempre que se vea con frecuencia, dice M. Bordmann, presentarse en un adulto hemorrágias espontáneas ó traumáticas, de tal modo difíciles de contener, que no basten al efecto los medios hemostáticos ordinarios; cuando se observen en el cuerpo cardenales y equímosis, y cuando, por último, el enfermo se queje de dolores articulares, podrá diagnosticarse con toda seguridad la diatesis hemorrágica. La púrpura hemarrógica es la única afeccion que tiene alguna semejanza con ella; los síntomas fundamentales son, en efecto, los mismos en ambos casos; pero la púrpura es una enfermedad accidental y adquirida, al paso que la hemofilis es constitucional. En suma: una y otra afeccion se parecen en cuanto á los síntomas, pero se diferencian por su orígen y su causa.

*Pronóstico.*—La diatesis hemorrágica es una de las afecciones mas graves, y es muy de temer en razon de su rebeldía, de sus frecuentes recidivas, de la escasa eficacia que la terapéutica tiene para combatirla, y de su terminacion las mas de las veces fatal. El pronóstico, será tanto mas triste cuanto que los sugetos sean de constitucion mas débil y mas jóvenes. Las enfermedades incidentales, sobre todo las flegmasias, son por lo regular funestas á causa de las hemorragias que á veces provocan con gran violencia.

*Etiologia.*—La diatesis hemorrágica es casi siempre congénita. Muchas veves es hereditaria, y esta triste aptitud suele trasmitirse sucesivamente á muchas generaciones: en estos casos, ya se ven indistintamente atacados todos los individuos de la familia; ya la enfermedad no invade sino á los de un mismo sexo, sobre todo los del masculino. En efecto, es positivo que las mujeres están menos espuestas á la diatesis hemorrágica, y que en ellas los fenómenos propios de este mal presentan un carácter menos pronunciado y grave. La mayor parte de los hemófilos tienen una constitucion blanda y linfática. La enfermedad de que hablamos se ha observado especialmente en Alemania y en la Amé-

rica del Norte; en Inglaterra y la Suiza se han recogido algunos casos, al paso que en Francia se han visto pocos; y segun M. Bordmann, la Italia y España no han presentado, al pareeer, todavía ejemplo alguno.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la diatesis hemorrágica está aun poco adelantado, y es paliativo, curativo ó profiláctico.

Cuando la diatesis se anuncia y produce hemorragias, es preciso apresurarse á detener el flujo sanguíneo, á cuyo fin se recurrirá á todos los medios usados en los casos de hemorragia pasiva. Si esta es esterior usaremos con preferencia los estípticos y la compresion, y temeremos mucho el acudir á los medios quirúrgicos, como la ligadura, porque muchas veces la superficie de la úlcera ha sido orígen de una hemorragia mortal. Por nuestra parte, hasta temeríamos la cauterizacion, atendiendo á que la caida de la escara deja una úlcera por la cual podria verificarse una hemorragia grave.

Teniendo la mayor parte de los hemófilos una constitucion linfática, y dejándolos mas ó menos anémicos las hemorragias á que están sujetos, conviene reparar sus pérdidas y modificar su estado constitucional, colocándolos en las mejores condiciones higiénicás. Su alimentacion será nutritiva; y los amargos, la quina, los ferruginosos y los baños tónicos y estimulantes completarán el tratamiento.

Es preciso rodear á los individuos de quienes hablamos de cuidados particulares, porque la menor contusion, ó la mas ligera solucion de continuidad puede ocasionar la manifestacion de la diatesis. Asi, pues, debemos abstenernos respecto de ellos, de toda operacion cruenta, y hasta de toda denudacion de la piel, á no ser en caso de absoluta necesidad, y entonces se les inspeccionará sin cesar, á fin de combatir los accidentes diatésicos desde su manifestacion.

*Naturaleza.*—Reina todavía la mayor incertidumbre acerca de la naturaleza de la diatesis hemorrágica, pues las pocas autopsias que se han hecho no han conducido á ningun resultado cierto. Unos han esplicado la abundancia y la repeticion de las hemorragias por una atonía de los sólidos, especialmente del sistema linfático; otros las han atribuido á una alteracion de la sangre, á una disminucion en la proporcion de su fibrina; y otros, en fin, al concurso de entrambas causas. La primera opinion es una hipótesis que no puede demostrarse. La idea de una desfibrinacion y un empobrecimiento de la sangre, puede ser defendida por la posibilidad de reproducir accidentes análogos en los animales, desfibrinando su sangre, y porque siempre que se trata de las calidades de este líquido, se le señala como pálido, seroso y empobrecido, y como conteniendo mucho menos fibrina, segun se vió particularmente en un enfermo que yo habia cuidado en el hospital Cochin, y cuya interesante historia fue publicada por M. Tardieu en los *Archivos* de 1841. Al consignar estos resultados, creemos que esta cuestion de que tratamos está lejos de hallarse resuelta, y que importa mucho renovar y variar los esperimentos. Finalmente, nada tiene de imposible que no podamos apreciar todas las condiciones del fenómeno morboso, y que en esta diatesis, lo mismo que en todas las demás, haya una causa que se oculte á nuestras investigaciones.

# QUINTA CLASE DE ENFERMEDADES.

## SECRECIONES MORBOSAS.

Compréndense bajo el nombre de *secreciones morbosas*, de *hipercrinias* ó *hiperdiacrisis*, un gran número de afecciones caracterizadas por el aumento de un fluido natural, ó bien por la secrecion accidental de un líquido insólito, sin que pueda encontrarse comunmente ninguna lesion apreciable en el tejido de las partes. El producto segregado puede salir al esterior, ó retenerse en el mismo punto en que ha sido exhalado: en el primer caso hay *flujo*, y en el segundo se dice que hay *coleccion* ó *derrame*. En el mismo órgano pueden ademas fluir ó detenerse alternativamente los líquidos exhalados, lo cual se nota sobre todo en el útero.

Los antiguos nosógrafos admitieron con razon bajo los nombres de *flujo* y de *coleccion* una gran clase de enfermedades, que algunos modernos trataron en vano de borrar de la patologia, queriendo atribuir siempre la secrecion morbosa á una alteracion material del órgano exhalante. Pero las investigaciones anatómico-patologicas han demostrado el poco fundamento de tales pretensiones, probándonos que los flujos y las colecciones líquidas considerables pueden existir por mucho tiempo sin ninguna lesion apreciable de las partes, ó bien que las lesiones que se encuentran algunas veces no guardan la menor relacion con la gravedad de los accidentes, y no pueden por consiguiente esplicarlos, siendo imposible entonces caracterizar anatómicamente el mal. Decir que este consiste en una *irritacion secretoria*, no es resolver el problema, sino disimular nuestra ignorancia con una palabra vaga que nada demuestra. Siéndonos, pues, imposible conocer la naturaleza de la enfermedad, no podemos hacer otra cosa mejor que caracterizarla por el fenómeno predominante, es decir, por la exhalacion y escrecion del líquido. Este síntoma puede ademas, prescindiendo de la causa casi siempre desconocida que lo produce, esplicar la mayor parte de los accidentes que se observan, y ser el orígen de las principales indicaciones que deben satisfacerse.

Pocas son las partes del cuerpo que están exentas de estas enfermedades, pero hay algunas donde se observan con mas frecuencia que en otras. Los órganos glandulosos, las membranas mucosas y la piel están especialmente sujetas á los flujos, mientras que las membranas serosas, el tejido celular y adiposo, y el parenquima de las vísceras, son el asiento ordinario de las colecciones. Tambien es variable la naturaleza del líquido exhalado, pudiendo consistir en sangre, serosidad ó gases, ó bien en el fluido que suministra normalmente un órgano secretorio, que de pronto es exhalado en mayor cantidad: tales son los flujos mucoso, bilioso, urinario, espermático, etc.

Las secreciones morbosas se verifican muchas veces sin prodromos, y otras

van precedidas de síntomas precursores muy variables, que pueden ser generales ó limitados al órgano amenazado. El síntoma principal en la historia de los *flujos* consiste en la escrecion de un líquido. El derrame puede ser continuo ó remitente, verificándose sin dolores ó con sufrimientos algunas veces atroces, aunque casi nunca se observan mas que algunos trastornos muy ligeros. Cuando por el contrario, el líquido exhalado se retiene en el órgano, sobrevienen accidentes mas ó menos graves, que dependen sobre todo de la compresion que el fluido ejerce, la cual es mas funesta á medida que las partes se prestan menos á la distension. Los síntomas generales son nulos, ligeros ó graves, segun la naturaleza del flujo y la rapidez de su curso. Por lo comun, cuando la secrecion morbosa se establece repentinamente, los síntomas generales son graves: v. gr., respecto de los flujos, el cólera y la diarrea serosa, y respecto de las colecciones, los derrames de cabeza y de pecho. En fin, cuando los flujos se prolongan, alteran la constitucion, y llegan á producir el marasmo; si ademas es continua la secrecion morbosa, se disminuyen la mayor parte de las naturales, y aun pueden suprimirse varias. Por último, sobreviene la calentura héctica, y mueren los enfermos estenuados.

Estas enfermedades tienen un curso continuo, ó bien mas ó menos intermitente, y á veces exactamente periódico; su duracion es variable, y pueden terminar por la salud, la muerte ó por otras afecciones. La enfermedad puede afectar otro punto sin cambiar de naturaleza, como cuando un flujo sanguíneo de los vasos hemorroidales es reemplazado por otro de igual clase de la pituitaria ó de cualquiera otra mucosa, ó bien por un flujo seroso ó mucoso, y viceversa. Sea de esto lo que quiera, aquí son muy comunes las recidivas, pudiendo decirse que asi estas como las recaidas, son tal vez mas frecuentes en esta clase de afecciones que en ninguna otra.

Demostrada la existencia de un flujo ó de un derrame, es preciso determinar por los conmemorativos el estado en que se encuentra el mal, el curso de la afeccion, y si la secrecion morbosa es un fenómeno primitivo, esencial ó sintomático de una lesion local física ó del estado constitucional del sugeto.

La gravedad del pronóstico está en relacion con la importancia y cantidad del líquido escretado, y con la prontitud con que fluye; y en los casos de derrame, con la importancia de los órganos comprimidos y la naturaleza de la causa, segun que pueda ó no removerse.

Las causas de las secreciones morbosas son casi siempre oscuras. Veremos, sin embargo, mas adelante que la edad, el sexo, el régimen, las condiciones atmosféricas, ciertas enfermedades anteriores, la trasmision hereditaria, algunas profesiones, etc., constituyen otras tantas predisposiciones para algunas de estas enfermedades en particular. En cuanto á la causa ocasional, es comunmente imposible determinarla. Algunas veces la enfermedad es consecutiva á un trastorno de la inervacion, ó á un cambio ocurrido en la circulacion capilar. Por último, en ciertos casos parece que la enfermedad resulta de un aumento de accion en los sólidos (*flujos activos*), y en otros, por el contrario, de un estado atónico, ó de que teniendo menos densidad los líquidos, no pueden los vasos retenerlos tan fácilmente (*flujos pasivos*).

El tratamiento de las numerosas afecciones que pertenecen á esta clase varía mucho, y se compone de medios directos, como la evacuacion artificial

para las colecciones; el taponamiento y la compresion para los flujos; la medicacion tópica para ambos. Los medios indirectos, entre los cuales son los mas poderosos los anti-flogísticos y sedantes, se emplean para los flujos activos, y los tónicos y astringentes para los pasivos. En uno y otro caso se emplea tambien muy á menudo una medicacion perturbadora, estableciendo revulsiones en las diferentes partes del cuerpo, ó escitando las principales secreciones naturales. Por último, el curso continuo ó intermitente, y la naturaleza esencial ó sintomática de la afeccion, son tambien orígen de algunas indicaciones, en las que es inútil nos detengamos aquí.

Las secreciones morbosas las dividiremos, como en otro tiempo lo hacia M. Chomel en sus cursos de patologia, segun la naturaleza del fluido exhalado, estudiando separadamente: 1.° las secreciones serosas; 2.° las mucosas; 3.° las propias de algunos órganos, como la orina, el esperma, la leche, la grasa, etc., y 4.° en fin, las pneumatosis ó secreciones de fluidos elásticos. En la primera edicion comprendimos en esta clase las hemorragias; pero solo las que se verifican por exhalacion pueden entrar en ella. Para no perder la hilacion de este asunto, nos ha parecido mas conveniente hacer de las hemorragias una clase aparte que hemos estudiado ya, y que forma una transicion natural á las enfermedades cuya descripcion vamos á empezar.

# PRIMER GÉNERO DE SECRECIONES

## MORBOSAS.

### SECRECIONES SEROSAS.

La exhalacion morbosa de la serosidad se verifica por lo comun en el tejido celular y en las membranas serosas, donde el líquido permanece un tiempo mas ó menos considerable. La secrecion se forma otras veces en la superficie de una membrana mucosa, en cuyo caso se observa un flujo, una coleccion, ó alternativamente ambos á dos, segun la disposicion de las partes: esto es lo que vamos á estudiar en los artículos siguientes.

#### *De las hidropesías en general.*

Solo debe comprenderse con el nombre de *hidropesía* la acumulacion de serosidad en las mallas del tejido celular ó en las membranas serosas. Algunos autores sin embargo espresan tambien con él la acumulacion de fluidos en las cavidades accidentales, como los quistes, ó en los órganos tapizados por membranas mucosas, como el estómago ó el útero; pero no creemos, de acuerdo con MM. Rayer y Littre, que deban confundirse bajo una misma denominacion afecciones tan distintas entre sí. Comprendiendo únicamente entre las hidropesías los derrames serosos del tejido celular y de las membranas serosas, se forma un grupo natural de enfermedades que afectan tejidos idénticos bajo el punto de vista anatómico y fisiológico. Veremos ademas cuán íntimas son las

conexiones que hay entre las hidropesías de las membranas serosas y las que ocupan el tejido celular. Las generalidades que vamos, pues, á presentar, convienen igualmente á unas y otras, mientras que los derrames de las cavidades mucosas ó de ciertos quistes son enfermedades que no pueden compararse con las hidropesías, pues difieren esencialmente de estas por sus causas, síntomas y curso, y no les convienen las consideraciones que siguen.

*Historia y divisiones.*—Los antiguos conocieron y describieron las principales especies de hidropesías, sobre cuya naturaleza y formacion se han emitido las ideas mas raras, segun las teorías reinantes. No obstante, desde la infancia del arte se ha tratado de referir su causa á la lesion material de ciertas vísceras, especialmente á una alteracion del hígado. En efecto, Erasistrato colocaba en esta víscera la causa única de todas las hidropesías: idea esclusiva que Galeno refutó victoriosamente. No obstante, como el ilustre médico de Pérgamo consideraba las hidropesías como un vicio de la sanguificacion, y por otra parte hacia representar al hígado un papel principal en la constitucion y el movimiento de la sangre, llegaba á deducir que esta glándula estaba siempre afectada primitiva ó secundariamente en los hidrópicos: estas ideas estuvieron en boga hasta el siglo XVII. El descubrimiento de Harvey vino á modificarlas, y la célebre esperiencia verificada en 1622 por Lower, que habiendo ligado la vena cava inferior, y las yugulares, vió inmediatamente declararse hidropesías, puso de manifiesto el papel que representaban las venas en la produccion de estas enfermedades; esta doctrina recibió la sancion de Boherhaave y Hoffmann. Sin embargo, el descubrimiento de Aselli no tardó en llamar la atencion de los patólogos, y se les vió despojar cada vez mas á las venas del papel que hasta entonces se les habia atribuido con tanta justicia, y referir las hidropesías á una lesion de los vasos linfáticos. Bartholin, Mascagni, Sæmmerring, el mismo gran Hunter y Bichat, continuaron difundiendo este error, que fue tan universalmente admitido, que se vió á Pinel clasificar las hidropesías entre las lesiones orgánicas de los vasos linfáticos, en la última edicion de su *Nosografia*. No obstante, poco despues se verificó una reaccion; los importantes esperimentos de Magendie rehabilitaron el papel de las venas en la absorcion, y casi inmediatamente M. Bouillaud, y posteriormente M. Raynaud, publicaron trabajos patológicos que confirmaron estos datos esperimentales. Un gran progreso se habia realizado desde aquel momento; no obstante, muchas hidropesías permanecieron todavía inesplicables, cuando el doctor Bright demostró en 1828 que algunas de ellas dependian de una alteracion de los riñones. Este importante descubrimiento fue el punto de partida de inmensos trabajos, emprendidos especialmente en Inglaterra, por Christison y Gregory, y en Francia por MM. Rayer y Martin-Solon, como tambien por MM. Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier, etc.

La hidropesía, por consiguiente, apenas es considerada en la actualidad sino como un síntoma de diversos estados morbosos, que algunos antiguos, guiados por sus ideas teóricas, habian indicado en gran parte; pero cuya existencia se ha demostrado solo por la abertura del cadáver y los esperimentos de los fisiólogos. Estas investigaciones han probado que casi todas las hidropesías son *sintomáticas*, es decir, el resultado de una alteracion en la testura de ciertos órganos, ó de un cambio ocurrido en la cantidad y composicion de la sangre.

Hay sin embargo algunas que son *idiopáticas*, es decir, dependientes de un trabajo particular, limitado al órgano que ocupa la exhalacion serosa, pero cuyas causas casi nunca conocemos. Las hidropesías, ademas de la division precedente, se han distinguido tambien en *activas* ó *esténicas*, y en *pasivas* ó *asténicas*. Las primeras son aquellas que sobrevienen con rapidez siguiendo un curso agudo, y acompañándose de algunos síntomas de reaccion ó escitacion. Creese que afectan especialmente á las personas robustas y sanguíneas, y se ha supuesto que resultan de un aumento en la perspiracion serosa, debido á un trabajo latente que se ha llamado *sub-inflamacion ó irritacion secretoria*. Las hidropesías atónicas ó pasivas, dependientes de una disminucion en la absorcion, tienen por el contrario un curso lento y no van acompañadas de ningun fenómeno de escitacion ó reaccion en el órgano donde reside la congestion serosa. Las hidropesías por obstáculo á la circulacion venosa, pueden tenerse como tipo de la forma pasiva, mientras que muchas anasarcas que sobrevienen repentinamente en la convalecencia de la escarlatina ó en la nefritis albuminosa aguda, representan bastante bien la forma esténica. Esta última division de las hidropesías, propuesta por Breschet y adoptada en nuestros dias por Bouillaud, suele tener en la práctica una aplicacion muy difícil, y creemos preferible, con los autores del *Compendium de médecine*, sustituirla con una division basada únicamente en el conocimiento de las causas, sin que perdamos de vista los caracteres esténico y pasivo, que representan algo de positivo, y pueden ser orígen de indicaciones exactas, pero que no comprenden todas las formas de hidropesía.

*Causas de las hidropesías.*—Un obstáculo al curso de la sangre venosa es la causa mas frecuente de las hidropesías. Los obstáculos á la circulacion suelen existir en la confluencia del sistema venoso, es decir, en el mismo corazon. Las lesiones cardiacas que mas fácilmente producen la hidropesía, son las dilataciones de las cavidades y las contracciones de los orificios. Vaciándose en estos casos el corazon incompletamente, la sangre venosa afluye á él con mas dificultad, de lo cual resulta el estancamiento de este líquido en los tejidos; y esta lentitud en la circulacion ocasiona la produccion de diferentes derrames serosos. Compréndese bien que el pericardio y el hidropericardio pueden producir el mismo efecto. Muchas veces, el obstáculo, mucho mas circunscrito que en el caso anterior, solo entorpece la circulacion venosa de una parte, y produce una hidropesía limitada á ella : tales son, por ejemplo, los casos en que una vena de cierto calibre se halla obstruida ú obliterada por concreciones fibrinosas ó pseudo-membranosas, ó por la compresion de algunos tumores esternos. Esta causa de las hidropesías parciales, demostrada esperimentalmente por Lower, como lo hemos indicado mas arriba, y admitida como real, por Boerhaave, Van-Swieten, Cullen, etc., ha sido confirmada de nuevo por las investigaciones de los médicos modernos, y sobre todo por las observaciones de Bouillaud (1) y Reynaud (2).

En todos los casos que preceden se esplica fácilmente el desarrollo de la hidropesía, si se recuerda que siendo las venas los agentes principales, si no

(1) *Archives*, année 1823.
(2) *Journal hebdomadaire*, année 1829.

esclusivos, de la absorcion, esta funcion debe alterarse siempre que la sangre circula con dificultad por dichos vasos. Hay entonces una falta de equilibrio entre la exhalacion, que subsiste invariable, ó que tal vez aumenta, y la absorcion, que es menor, y aun completamente nula. Este modo de interpretar los fenómenos es mas racional que el que consiste en considerar el líquido hidrópico como trasudando únicamente de los vasos; en efecto, la fibrina que está en disolucion en la sangre, existe pocas veces en la serosidad que se ha derramado en los tejidos; y por otra parte, muy pronto diremos que esta contiene mas agua y menos albúmina y sales que el serum de la sangre.

Es preciso tambien referir á las hidropesías por un obstáculo en la circulacion venosa, todas las que sobrevienen en la hipertrofia del bazo, y cuando el hígado aumenta de volúmen, ó se halla por el contrario atrofiado y padece la alteracion que describiremos mas adelante con el nombre de *cirrosis*. La produccion de la hidropesía se esplica tambien fácilmente aquí por la dificultad que esperimenta la circulacion abdominal, ya porque las venas se hallan comprimidas por las vísceras hipertrofiadas, ó ya, en los casos de cirrosis ó de atrofia en el hígado, porque las ramificaciones de la vena porta siguen al hígado en su contraccion, y sufren una disminucion mas ó menos considerable en su diámetro.

Nada prueba que los obstáculos á la circulacion arterial puedan producir la hidropesía. Cítanse, es cierto, casos de gangrena espontánea por obliteracion de las arterias, en las que se observó una infiltracion serosa de los tejidos; mas, como las venas contenian al mismo tiempo coágulos obturadores, y como por otra parte, ademas de esta circunstancia, la circulacion venosa privada parcialmente de la impulsion del corazon, se debilita en estos vasos, nada tiene de estraño que se declare cierto grado de hidropesía. Si las enfermedades del sistema venoso son una causa muy eficaz de hidropesía, no sucede lo mismo respecto de las afecciones de los linfáticos.

En realidad, no ha habido motivo alguno para considerar durante mucho tiempo las alteraciones de los vasos linfáticos como capaces de determinar ciertos derrames serosos, como lo prueban los hechos patológicos y las esperiencias verificadas en los animales. En efecto, se ha visto que los vasos linfáticos de una parte estaban destruidos ú obliterados; se ha llegado á ligar el canal torácico; y estas diferentes lesiones no han producido ningun derrame seroso.

Tampoco admitimos, y en esto nos oponemos á Abercrombie y á algunos médicos ingleses, la existencia de hidropesías sintomáticas de enfermedades agudas ó crónicas de los pulmones, pues nadie en Francia ha hecho semejante observacion, y por otra parte seria fácil probar que las infiltraciones y los derrames serosos que sobrevienen en el curso de algunas de estas enfermedades, pueden siempre esplicarse por una de las causas que producen habitualmente las hidropesías, es decir, por un obstáculo á la circulacion venosa, ó por una alteracion de la sangre.

Hay, en efecto, una clase muy importante de hidropesías, que reconoce por causa una alteracion de la sangre. Se ha dicho que cuando este líquido existe en cantidad demasiado considerable, pueden formarse derrames serosos. Los esperimentos hechos por M. Magendie y posteriormente por Valentin y Vogel, en animales vivos demuestran, por ejemplo, que inyectando cierta

cantidad de agua en el sistema circulatorio, se hace menos activa la absorcion intersticial, y que á la inercia de esta funcion sucede bien pronto una exhalacion serosa en diversas partes del cuerpo. De este modo se esplican ciertas hidropesías que se forman rápidamente en los individuos pletóricos, ó en las personas que habiendo abusado de la bebida, se colocan en condiciones casi iguales á las del animal en cuyas venas se inyecta una gran porcion de líquido. Sin embargo, los hechos de este género son muy raros, y aun no se halla demostrado que la sangre, prescindiendo de su mayor abundancia, no sufra al mismo tiempo alguna alteracion en sus cualidades, porque esta es, en efecto, la causa que esplica el desarrollo de muchas hidropesías. Estas son muy comunes en los casos en que la sangre se encuentra empobrecida. Esto es lo que sucede algunas veces despues de las hemorragias abundantes, en un período avanzado del escorbuto y de muchas enfermedades crónicas, ó bien en individuos que habitan parajes bajos y húmedos, privados de aire y de luz, y que hacen uso de alimentos mal sanos é insuficientes. Pero la alteracion de la sangre que produce con mas frecuencia y seguridad los derrames serosos, es la disminucion de la albúmina del suero.

Mas adelante veremos que esta es la causa de las hidropesías que sobrevienen tan generalmente en el curso de la enfermedad de Bright, cuando el riñon alterado roba al suero una gran cantidad de albúmina.

Las alteraciones de la sangre y los obstáculos á la circulacion venosa, suelen combinarse á veces y esplican el desarrollo de muchas hidropesías. Asi es que las colecciones serosas, tan comunes en el curso de las calenturas intermitentes prolongadas, no solo reconocen por causa una dificultad en la circulacion, debida al desarrollo insólito del bazo, sino mas bien tal vez la alteracion profunda que ha esperimentado la sangre. Esto es igualmente aplicable á las afecciones cancerosas que suelen complicarse con hidropesías, cuyo desarrollo se esplica, tanto por el estado de caquexia y debilidad, cuanto por una obstruccion de las venas, efecto de la compresion de las masas cancerosas, y tal vez mayor número de veces por la formacion en su interior de coágulos que se mezclan á veces con detritus cancerosos. Finalmente, MM. Becquerel y Rodier han reconocido que en las hidropesías sintomáticas de las afecciones orgánicas del corazon, se podia recurrir á la par, para esplicar su produccion, á la dificultad de la circulacion venosa y á la disminucion de la albúmina de la sangre (1).

Infiérese de lo que precede, que hay evidentemente un órden de hidropesías que traen su orígen de una alteracion de la sangre, que consiste en un vicio de proporcion en la *cantidad de este líquido*, pero casi siempre hay *alteracion de calidad*. Algunos admiten que la desfibrinacion de la sangre y la disminucion de los glóbulos podian ocasionar derrames serosos; pero somos los primeros en reconocer que estas alteraciones no son las que producen el mayor número de hidropesías, ni de estas las mas intensas. En efecto, apenas se encuentra un poco de hinchazon en la clorosis mas caracterizada, ó en las personas que han quedado anémicas á consecuencia de graves hemorragias accidentales, ú ocasionadas por la desfibrinacion de la sangre. Por bajo que sea el

(1) *Actes de la Societé médicale des hôpitaux de Paris*, 1.° es fascicule, p. 87.

grado en que existan los glóbulos y la fibrina de la sangre, ya aislada, ya simultáneamente, estas alteraciones humorales no tienen por efecto *necesario* el desarrollo de una hidropesía. Pero no sucede lo mismo cuando disminuye la albúmina del suero, pues la hidropesía entonces parece ser una consecuencia necesaria y casi inevitable, lo cual está perfectamente probado por M. Andral. Este sabio catedrático parece poner en duda hasta cierto punto la existencia de otras hidropesías por alteracion de la sangre que las que resultan de la disminucion de la albúmina. Esta alteracion, segun él, es la que debe tenerse en cuenta para esplicar esas hidropesías que atacan algunas veces á todo un pueblo como por ejemplo las que M. Gaspard vió reinar epidémicamente en 1816 en muchos departamentos centrales de Francia, donde los habitantes se vieron reducidos á buscar su alimento en las raices y yerbas de los campos, que comian cocidas. Aunque esta opinion de M. Andral no se halla todavía demostrada, tiene sin embargo algun fundamento, pues analizando, como él lo ha hecho, la sangre de los carneros que se ponen hidrópicos por haberse alimentado en sitios húmedos con pastos poco nutritivos, se observa que su suero tiene mucha menos albúmina. MM. Becquerel y Rodier han sido aun mas esplícitos, porque no reconocen, como M. Requin lo manifestó, sino dos especies de hidropesías: unas por obstáculo mecánico á la circulacion venosa, y otras por disminucion de la albúmina. Los espresados autores ponen en duda que la disminucion de los glóbulos y la fibrina, por considerable que sea, produzca alguna vez el mismo resultado, y, apoyándose en seis esperiencias, afirman que cuando se ve á la hidropesía declararse en los anémicos, es porque existe al mismo tiempo una disminucion de proporcion de la albúmina.

Sin embargo, hay hidropesías que al parecer no reconocen ninguna causa de las referidas hasta aquí, sino que dependen de un estado particular, casi siempre desconocido, de los órganos donde se verifica la secrecion morbosa, y son propiamente hablando, las idiopáticas y esenciales. Suele observarse entonces un trabajo morboso, un aumento en la secrecion serosa, que no puede atribuirse á ninguna alteracion de un sólido ó un líquido. Se ha dicho que en este caso hay sub-inflamacion ó irritacion secretoria; pero, como ya hemos espuesto, no debe darse á estas palabras una acepcion positiva, sino emplearlas únicamente para esplicar un fenómeno cuyo mecanismo nos es hasta ahora desconocido. Por lo demás, estas hidropesías, llamadas *activas*, ó por *irritacion secretoria*, suelen á veces desarrollarse bruscamente á causa de la impresion del frio. Asi es como se ha visto sobrevenir ascitis y anasarcas en individuos que, teniendo acalorado el cuerpo, se han mojado por la lluvia ó caido en el agua. Lo mismo ha sucedido tambien en las personas que han tomado alguna bebida helada, estando sudando. En estos casos parece que habiéndose suprimido momentáneamente las funciones de la piel, se establece una secrecion suplementaria en el tejido celular ó en una membrana serosa: asi es tambien como sobrevienen probablemente á consecuencia de las calenturas eruptivas algunas hidropesías. Pero no debe olvidarse que estas dependen en muchos casos de una afeccion de los riñones, lo mismo que gran número de las que sobrevienen bruscamente en medio de la salud, sin causa alguna apreciable, ó por efecto de un enfriamiento. A propósito de esto puede leerse en el *Essai d'hématologie*, p. 157, de M. Andral, el ejemplo muy notable, de un jóven

fuerte y vigoroso que hallándose acostado, dormido y sudando, recibió un baño de orinas frias: este sugeto esperimentó un enfriamiento considerable, y desde el dia siguiente advirtió una hinchazon que fue en aumento; y cuando pocos dias despues entró en la Caridad, estaba atacado de una anasarca y de un principio de ascitis, y sus orinas eran albuminosas. La hidropesía dependia en este caso de la disminucion de la albúmina del suero. Yo mismo he observado algunos casos muy semejantes al precedente. No obstante, muchas veces me ha sido absolutamente imposible encontrar alteracion alguna en los riñones; las orinas, examinadas todos los dias una vez por lo menos, nunca han precipitado albúmina. Pero ¿deberemos inferir de esto que la proporcion de albúmina de la sangre no habia entonces disminuido? No me atrevo á afirmarlo; pero no seria imposible, en efecto, ver en el hombre lo que M. Andral ha encontrado muchas veces en los individuos de la especie ovina, esto es, hidropesías que coincidian con una disminucion de albúmina en la sangre, sin que los riñones estuviesen simultáneamente enfermos, y con independencia del flujo preliminar de este principio por la orina.

No obstante, observaremos al terminar, que si la disminucion de la albúmina del suero es un hecho probable y de muy fácil esplicacion respecto de las hidropesías que atacan lentamente á las personas colocadas en desventajosas condiciones higiénicas, no sucede lo mismo respecto de esas sufusiones serosas que sobrevienen casi súbitamente en algunas horas, á consecuencia de un enfriamiento. Si en estos casos las orinas no son albuminosas, es difícil concebir una destruccion tan súbita de la albúmina; no obstante, estamos lejos de poner en duda el hecho, puesto que MM. Becquerel y Rodier han podido observar en tres casos de hidropesía aguda una disminucion notable en la proporcion de la albúmina, sin que este principio hubiese pasado préviamente por las orinas.

*Anatomía patológica.*—Sea cualquiera el punto que ocupe la hidropesía, el líquido derramado se asemeja mucho por su aspecto y sus propiedades químicas, al suero de la sangre. Es efectivamente claro, inodoro, sin color ó algo citrino y alcalino: Vogel, no obstante, dice que muchas veces lo encontró ácido, á consecuencia de la formacion del ácido láctico; pero esto era tal vez menos un efecto de la enfermedad, que una alteracion accidental del líquido. El peso específico del suero hidrópico varía entre 1006 y 1064 (Marcet), y está formado casi enteramente de agua, cuya proporcion es siempre mayor que la del suero de la sangre, pues cuando esta se halla mas cargada de agua, solo contiene por término medio 790 partes, y en la serosidad de las hidropesías llega el máximun á 986, y el mínimun á 930. El suero contiene ademas varias sales, como el hidroclorato de sosa y de potasa, sulfatos de estas mismas bases, y fosfatos de hierro, de cal y de magnesia, cuya cantidad es casi la misma que hay en el suero de la sangre. Marcet ha encontrado tambien una materia animal particular, soluble en el agua é incoagulable por el calor, que llama *mucoestractiva*. En algunos casos, especialmente en las hidropesías sintomáticas de la afeccion de Bright, se puede descubrir la urea. Por último, haciendo hervir este líquido, ó tratándolo por el ácido nítrico, se descubre la presencia de la albúmina, cuya cantidad varía desde 4 á 48, como lo ha justificado M. Andral. Resulta tambien de las observaciones de este autor, que el sitio de la hidropesía y la naturaleza de su causa no tienen ninguna influencia sobre la cantidad de la

albúmina; pero no sucede lo mismo con el estado mas ó menos íntegro de la constitucion, pues cuanto mas sana y robusta sea esta, mayor es en general la cantidad de albúmina que hay en la serosidad derramada. M. Andral menciona igualmente una circunstancia notable, y es, que cuando en el mismo enfermo existen á la vez diferentes derrames serosos, los líquidos que los constituyen pueden diferenciarse mucho unos de otros, relativamente á la proporcion de albúmina que contienen. Este producto es el que hace la serosidad de las hidropesías mas ó menos consistente; el líquido será espeso, visco y formará hilo, siempre que la proporcion de albúmina esceda de un 12 por 100. Hay, en fin, hidropesías cuyo líquido mantiene en disolucion una cantidad mayor ó menor de fibrina; pero esto, sin embargo, apenas se verifica sino cuando ha habido un trabajo inflamatorio. Como quiera que sea, la fibrina puede organizarse y llegar á ser el punto de partida de tejidos naturales ó heterólogos, mientras que el líquido hidrópico ordinario que no es fibrinoso, no puede representar el mismo papel respecto de ningun acto orgánico.

La serosidad de las hidropesías puede presentar accidentalmente el color rojo á causa de la hematosina, y el amarillo ó verde en los hictéricos, en virtud de la materia colorante de la bilis; algunas veces tiene un tinte blanco y lacticinoso, debido, segun Vogel, á la grasa, ó á las celdillas de epitelio, ó á la albúmina separada.

La cantidad de serosidad derramada varía mucho en las diferentes especies de hidropesías. Cuando es considerable, distiende los tejidos y ensancha las cavidades que la contienen; y ciertos órganos que han estado muy comprimidos por ella, se encuentran deprimidos, marchitos y atrofiados. Fundándose algunos autores especialmente en algunos hechos referidos por Lower, Morgagni y Mascagni, dicen que en los hidrópicos suelen encontrarse los vasos linfáticos voluminosos y distendidos; pero esto ha sido evidentemente deducido de algunos casos escepcionales, pues la observacion diaria no demuestra ninguna lesion apreciable en el sistema linfático de los que sucumben hidrópicos.

*Síntomas.*—Los síntomas generales y locales de las hidropesías varían mucho segun su asiento, y sobre todo segun la causa que las ha producido. Casi siempre se encuentran aumentadas de volúmen las partes, y hay otros varios síntomas debidos á la compresion que ejerce el líquido derramado en los órganos con que se halla en contacto. Los accidentes varían tambien ademas segun la abundancia del derrame, la rapidez con que se forma, y la resistencia de las partes que lo contienen. En cuanto á los síntomas generales, no hay ninguno que pueda considerarse como especial de un derrame seroso: es por lo tanto infundado decir que la sed intensa, la aridez de la piel y de la mucosa bucal, el estreñimiento, la escasez de las orinas, y en una palabra, la disminucion de la mayor parte de las secreciones, acompañan á todas las hidropesías, porque estos diversos síntomas no existen en la mayor parte de los enfermos; y aun cuando asi sea, deben muchas veces atribuirse á otras causas distintas de la hidropesía.

*Curso y terminaciones.*—El curso de las hidropesías es variable: en algunas es tan rápido que cesa á los pocos dias; pero hay otras que persisten meses y aun años enteros. La terminacion puede ser favorable ó funesta. En el primer caso la hidropesía desaparece poco á poco, ó bien con prontitud, lo cual coincide muchas veces con un flujo considerable de orina, con una diarrea serosa, ó

con un sudor abundante. En fin, en algunos casos muy raros, la curacion se verifica luego que la serosidad llega á evacuarse por una abertura espontánea de la piel. Las hidropesías idiopáticas no son las únicas que se curan, pues tambien suelen hacerlo las que dependen de una lesion orgánica, aunque esta no haya esperimentado ningun alivio apreciable. Pero la curacion entonces es solo pasagera, pues vuelve á presentarse la hidropesía despues de un tiempo mas ó menos largo. Tambien puede cesar y reproducirse muchas veces consecutivas antes de hacerse definitiva; pero es muy raro que pueda disminuir ó desaparecer despues de la tercera vez. La terminacion mas comun de las hidropesías es la muerte, la cual es debida, ora á los progresos contínuos de las enfermedades de que la hidropesía es un síntoma, ora al desarrollo de alguna complicacion ó de accidentes producidos por el mismo derrame, como las gangrenas y las erisipelas flegmonosas (en la anasarca), y la asfixia (en el hidrotórax). Por último, diferentes alteraciones cerebrales, como el delirio y las convulsiones, y el coma, hacen sucumbir rápidamente á ciertos enfermos. Estos accidentes, á veces precedidos de cefalalgia y entorpecimiento, se desarrollan en general de un modo repentino, y se anuncian casi siempre por una disminucion considerable de la hidropesía. El desarrollo de los síntomas apopléticos depende aquí de que la serosidad reabsorbida ha sido trasportada hácia los centros nerviosos por un verdadero movimiento metastático; asi es, que en la auptosia de los que sucumben á estos accidentes, se han hallado derrames serosos considerables en los ventrículos, en la cavidad aragnoidea, en el tejido celular de la pia mater, ó bien, en fin, la serosidad se combinaba con la misma sustancia cerebral, aunque esto es mucho mas raro. Las alteraciones que preceden, y que pueden sobrevenir en el curso de todas las hidropesías, se encuentran sobre todo en los casos de anasarca y ascitis; y aun se las ha visto declararse muchas veces cuando la infiltracion no ocupaba sino los miembros inferiores: el doctor Lasserre ha recogido muchos ejemplos de esto en las mujeres embarazadas (*Gazette médicale de* 1843).

*Diagnóstico.*—Dos son los problemas que hay que resolver aquí: 1.° reconocer la hidropesía, 2.° determinar si es esencial ó sintomática.

Generalmente es fácil diagnosticar un derrame seroso, por las alteraciones funcionales que se observan, y por los signos que suministran la inspeccion de las partes del cuerpo que invadió al principio, las circúnstancias que la precedieron, y los síntomas que la acompañan. No debe olvidarse que en la actualidad son muy pocas las hidropesías idiopáticas y esenciales, y que cuando no puede esplicarse el desarrollo de los derrames serosos por un obstáculo mecánico á la circulacion, se encuentra casi siempre su orígen en una alteracion de la sangre; y como de todas estas modificaciones, la que produce con mas seguridad las hidropesías consiste en una disminucion de la albúmina que se elimina por los riñones, debe siempre averiguarse si la orina contiene este principio.

*Pronóstico.*—El pronóstico de la hidropesía está subordinado á la causa que la ha producido, al asiento del derrame, al número de las recidivas y á las complicaciones que se desarrollan. La disminucion del derrame es generalmente una circunstancia favorable; aunque este signo solo tendrá valor cuando al mismo tiempo se alivia el estado general, pues ya hemos dicho que la disminucion repentina de la hidropesía coincide algunas veces con el desarrollo de síntomas cerebrales graves. Ademas, no es tampoco raro el que los derrames serosos dis-

minuyan notablemente en los últimos dias de la vida, sin que haya metastasis.

*Tratamiento.*—Dos son las indicaciones que hay que satisfacer en el tratamiento de toda hidropesía: 1.° combatir la causa de la enfermedad; 2.° favorecer la evacuacion del líquido derramado.

*Primera indicacion*—Los medios que deben emplearse para satisfacer la primera indicacion, varían segun la causa que ha producido la hidropesía. Si esta depende de un obstáculo al curso de la sangre, es preciso disminuirlo ó destruirlo; por desgracia pocas veces se consigue llenar esta indicacion. Pero hay ciertas causas, como la plétora y el estado anémico, que pueden combatirse eficazmente, la primera con la sangría y los antiflogísticos, y la segunda con los tónicos, los ferruginosos, y un régimen analéptico. Cualquiera que sea por lo demás la causa primitiva de la hidropesía, es preciso, antes de evacuar la serosidad, combatir con esmero el estado inflamatorio ó esténico, que unas veces es el que la ha producido, y otras únicamente la complica. Este estado esténico, caracterizado especialmente por la fuerza y vibracion del pulso, por el calor y la congestion de la piel, reclama el uso de las emisiones sanguíneas, que deberán ser proporcionadas á las fuerzas del enfermo y á la intensidad de lós síntomas. Los antiflogísticos se hallan tanto mas indicados, cuanto que estos accidentes sobrevienen las mas veces en individuos jóvenes, vigorosos y bien nutridos, en quienes la hidropesía se desarolla con rapidez. Los médicos ingleses aconsejan en estos casos el uso simultáneo del opio y los calomelanos á cortas dosis (2 á 4 granos del mercurio dulce, y $^1/_2$ á dos de opio cada tres horas). muchos proponen continuar estos medios hasta que produzcan el tialismo; pero aun no se halla suficientemente demostrada la eficacia de este tratamiento.

*Segunda indicacion.*—Cuando se ha combatido convenientemente el estado esténico ó asténico, ó cuando no existe ninguna de estas dos indicaciones, y la hidropesía depende de una causa mecánica, solo puede esperarse un alivio momentáneo y es preciso evacuar la serosidad. Esto puede conseguirse con medios indirectos, como los purgantes, los eméticos, los diuréticos, los sudoríficos, los silagogos y los vejigatorios, á fin de provocar secreciones artificiales y de activar la absorcion del líquido derramado. Entre estos medios, los purgantes, sobre todo los drásticos, son los mas eficaces, y deben usarse cuando no los contraindique alguna complicacion de los órganos digestivos. El aceite de crotontillo, la escamonea, la jalapa, el jarabe de espino cerval, la goma gutta, los cocimientos de saúco ó *sambucus nigra* (una onza para cuatro cuartillos de agua, que deben reducirse á dos), y las píldoras de Bacher, cuya base es el eléboro, en dosis de dos á diez por dia, son las principales sustancias purgantes que deben emplearse, procurando administrarlas en intervalos muy cortos, es decir, cada dos ó tres dias, pues sin esta precaucion se reproduce el mal con mucha rapidez.

Los diuréticos que especialmente se usan en las hidropesías, son las tisanas hechas con la grama, la parietaria, los rabitos de guindas, la yerba turca, el fresal, el perifollo, el espárrago y la retama verde, á las que se añade cierta cantidad de nitrato ó de acetato de potasa. Tambien pueden prescribirse los polvos de digital y de cebolla albarrana. Igualmente se aconseja aplicar los diuréticos sobre la piel, para la cual conviene hacer fricciones con las tinturas de estas dos últimas plantas, ó valernos de compresas empapadas en un fuerte

cocimiento de las mismas: medio que ha preconizado mucho M. Trousseau; pero del que yo apenas he obtenido ventaja alguna. Háse tambien propuesto administrar el azúcar en muy alta dosis; pues este medio obra como diurético ó como sudorífico, y algunas veces se ha conseguido, en virtud de su sola accion, hacer desaparecer terribles hidropesías. El cogucho ó azúcar terciado, es en concepto de M. Bagot, mas eficaz que el refinado, y se propina en la dosis de una á muchas libras al dia. Los sudoríficos son agentes aun mas inciertos en su accion que los diuréticos; las fumigaciones aromáticas, y sobre todo los baños de vapor, son el medio mas seguro de producir la diaforesis, y á él puede agregarse el empleo de los leños sudoríficos y de los polvos de Dower, debiendo ademas cubrirse el cuerpo con franela desde la cabeza hasta los piés.

El régimen alimenticio debe variar segun las condiciones particulares de los enfermos. En ningun caso conviene imitar á los antiguos, privando al paciente de las bebidas, por el temor de aumentar la hidropesía, pues este temor es enteramente infundado, y no hay motivo alguno para añadir á los sufrimientos del mal, el tormento que produce la sed.

## DE LAS HIDROPESÍAS EN PARTICULAR.

### *De la anasarca.*

Dáse el nombre de *anasarca* ó de *leucoflegmasia* (1), á la acumulacion de la serosidad en las mallas del tejido celular de todo el cuerpo; donde suele especialmente manifestarse esta infiltracion es en el tejido celular sub-cutáneo.

*Caracteres anatómicos.*—Esta hidropesía se halla caracterizada por una tumefaccion, en general indolente, que cede á la presion del dedo, y conserva la impresion por mas ó menos tiempo. Cuando se dividen las partes infiltradas, fluye de ellas la serosidad presentando las cualidades de que ya hemos hablado. El tejido celular se halla enrarecido, sus mallas dilatadas, á veces es blando y mas friable (Lobstein), y otras es difluente, de aspecto gelatinoso, y ha perdido su organizacion. La serosidad existe en mayor abundancia en la red celular subcutánea; algunas veces se acumula tambien entre las capas musculares, en sus intersticios celulares, en el tejido celular que reviste las membranas mucosas y serosas ó entre las diversas túnicas de las vísceras membranosas. Cuando la anasarca es antigua, los músculos están pálidos, como macerados, y la piel blanca adelgazada y semitransparente.

*Divisiones y etiología.*—En el estudio de la anasarca pueden establecerse todas las divisiones que ya hemos indicado mas arriba. La enfermedad puede desarrollarse bajo la influencia de cada una de las causas que hemos enumerado al tratar de las hidropesías en general.

*Síntomas.*—La invasion de la anasarca es variable segun que es aguda ó crónica, y sobre todo, segun las causas que presiden á su desarrollo. Muy rara vez sucede que la hidropesía se haga de pronto general, y no es frecuente que invada á la vez muchos puntos del cuerpo. Esto es, sin embargo, lo que se observa cuando aparece como síntoma de una enfermedad aguda, como la aortitis

(1) Anasarca de ἀνὰ, *entre*, y de σὰρξ, *carne*. Leucoflegmasia de λευκὸς, *blanco*, y de φλέγμα, *flema*.

(Bizot), la pericarditis (Chomel), ó de la forma de aguda la nefritis albuminosa, ó bien cuando sobreviene al declinar la escarlatina, ó despues de un enfriamiento súbito.

Casi siempre se limita la hidropesía, durante un tiempo variable, á un punto mas ó menos circunscrito, sobre todo si es pasiva, y se propaga despues sucesivamente á todo el cuerpo. Las partes primitivamente invadidas por la infiltracion son diversas, segun la causa que reconoce la anasarca: circunstancia que importa tener en cuenta para el diagnóstico diferencial.

Los caracteres de esta hidropesía son variables: En general la piel está pálida ó de un blanco casi lechoso, y la presion del dedo determina en ella sin esfuerzo y sin dolor, un hundimiento que desaparece con lentitud luego que deja de comprimirse. Algunas veces, sin embargo, tienen los tegumentos una dureza y resistencia notable, que he observado especialmente cuando la serosidad ocupaba la pared abdominal. La infiltracion es mas considerable y abundante, á medida que es mas flojo el tejido celular. Los párpados, por ejemplo, se hinchan á veces tanto, que cubren completamente el ojo: los grandes labios en la mujer y el escroto en el hombre, pueden adquirir el volúmen de la cabeza de un adolescente; si el pene está muy infiltrado, el prepucio se arrolla en espiral, y se hace difícil la emision de la orina. La serosidad en todos los casos obedece á las leyes de la gravedad, y se acumula en mayor cantidad hácia los puntos declives, como en la region de los lomos; por esta misma causa es mas abundante en los miembros inferiores que en los torácicos; y no es raro que los primeros adquieran un volúmen doble y á veces triple del natural. Cuando la piel está tan desmesuradamente distendida, su temperatura es menor de la que constituye su término medio; pierde su humedad y su flexibilidad, y disminuye su sensibilidad, la cual cesa algunas veces tan completamente que nada sienten los enfermos aunque se hagan grandes y profundas quemaduras. La distension estremada de la piel puede llegar á hendirla y formar en ella grietas que dan salida á la serosidad. Otras veces, ya por esta tension permanente, ya por una herida, una picadura, ó cualquiera otra causa de irritacion, se desarrolla en la piel una erisipela, que casi siempre termina por gangrena. Este accidente suele ser á veces una de las principales causas de la muerte.

Los síntomas generales varian segun la causa que produce y sostiene la anasarca; en la mayor parte de los casos hay languidez en todas las funciones de la economia; la sed es mas ó menos intensa; la diarrea, que suele declararss sobre todo en un período avanzado del mal, aumenta tambien la debilidad; la orina es generalmente escasa; y cuando la anasarca es sintomática de la enfermedad de Bright, este líquido contiene, como hemos dicho, una cantidad de albúmina mas ó menos considerable. Los caracteres precedentes se notan sobre todo en la forma de anasarca que los autores llaman asténica ó pasiva.

*Curso.*—Cuando la hidropesía es aguda, aparece rápidamente, invadiendo en algunas horas una grande estension, y aun á veces todo el esterior del cuerpo. La piel suele presentar un tinte ligeramente rosado; está caliente, seca y renitente al tacto; si se la comprime fuertemente con el dedo, se provoca un ligero dolor, y se forma una pequeña depresion, que desaparece con prontitud luego que deja de comprimirse; entonces hay siempre una calentura mas ó menos intensa, y si se sangra á los enfermos, la sangre presenta por lo comun la

costra inflamatoria. La anasarca puede permanecer estacionaria ó aumentarse cada vez mas; aunque es raro, sin embargo, que el cuerpo adquiera ese volúmen enorme y monstruoso, que se observa algunas veces en las anasarcas crónicas y pasivas. En esta forma aguda del mal, el líquido derramado no parece obedecer tanto á las leyes de la gravedad, pues no se ve como en las anasarcas pasivas, que las partes declives formen rodetes voluminosos, y se desfiguren por la acumulacion escesiva de la serosidad. Tales son los síntomas señalados por la mayor parte de los autores como indicantes de la existencia de una anasarca *idiopático-aguda*. Pero si en estos casos se esploran con cuidado todas las funciones de la economía, descubriremos sin duda en el corazon, en el pericardio, en los riñones ó en la sangre, la causa material de la hidropesía. De todas estas causas orgánicas, la nefritis albuminosa aguda es la que da lugar con mas frecuencia á la anasarca activa, y entonces el dolor en la region lumbar, y sobre todo el estado albuminoso de la orina, nos servirán para establecer un diagnóstico cierto.

En un período avanzado, la mayor parte de las anasarcas se complican con derrames serosos en diferentes cavidades especialmente en el peritoneo y en las pleuras. Cuando el mal termina por la curacion, disminuye poco á poco la infiltracion, siendo la cara y los piés la últimas partes del cuerpo donde cesa.

*Diagnóstico.*—Es imposible confundir la anasarca con ninguna otra enfermedad. Las únicas que pudieran tener alguna analogía con ella, son el enfisema y la polisarcia. Pero un enfisema se descubre por la crepitacion especial que la presion produce; y en la polisarcia, enfermedad ocasionada por la superabundancia de la grasa, hay tal firmeza y resistencia en los tejidos, que estos no conservan la impresion del dedo, como ocurre en los casos de anasarca.

Si es fácil distinguir la anasarca de todas las demás afecciones, lo es mucho menos determinar la causa que ha producido la infiltracion serosa.

Para resolver este último problema, es preciso saber las partes que han sido primitivamente invadidas, el curso que la hidropesia ha seguido, los trastornos funcionales que la acompañan, y las circunstancias que precedieron á su desarrollo. Hállase demostrado por la observacion, que cuando la anasarca sobreviene lentamente y empieza á manifestarse en los piés y las piernas, casi siempre reconoce por causa una afeccion orgánica del corazon. Verdad es que tiene tambien el mismo orígen la que aparece como síntoma de una enfermedad del hígado ó del bazo; pero difiere de la precedente por la circunstancia notable de que la infiltracion serosa de los miembros es siempre consecutiva á una hidropesía del peritoneo. Esto es, al parecer, poco mas ó menos lo que sucede en la anasarca debida á la compresion ú obliteracion del tronco de la vena cava inferior: en cuyo caso existe ademas una dilatacion considerable, y á veces varicosa, de las venas superficiales de las paredes abdominales. La anasarca que empieza por la cara ó las manos, y la que ocupa á la vez muchos puntos del cuerpo distantes unos de otros como los parpados, un miembro, la pared anterior del pecho, etc., depende casi necesariamente de la nefritis albuminosa. Lo mismo ocurre cuando la infiltracion invade casi á la vez toda la superficie del cuerpo. Si los riñones se halláran sanos, convendria averiguar si existe alguna flegmasia del pericardio, del corazon, ó de la aorta, pues estas enfermedades son, despues de las del riñon y las calenturas eruptivas, la causa mas comun de las anasarcas que aparecen con

rapidez. Estudiaremos ademas los antecedentes y las circunstancias que han precedido, y averiguaremos especialmente si el cuerpo ha sufrido un enfriamiento brusco; porque, como ya hemos dicho anteriormente, algunas hidropesías de curso agudo no reconocen otro orígen. Siempre será fácil reconocer la verdadera causa de las anasarcas que suceden á las calenturas intermitentes prolongadas, á las eruptivas y á las que se presentan como síntomas de un estado caquéctico.

*Pronóstico.*—La anasarca es una enfermedad siempre grave: la que se desarrolla repentinamente bajo la influencia de un enfriamiento, es la única que casi nunca ofrece peligro alguno, y que en general cede muy pronto á los medios terapéuticos. Digo *casi nunca*, y no *nunca*, porque la anasarca que se presenta en estas condiciones, se complica algunas veces con una enfermedad de Bright, afeccion siempre grave y de éxito dudoso.

*Tratamiento.*—En el tratamiento de la anasarca deben seguirse las mismas reglas que ya hemos trazado al ocuparnos de las hidropesías en general. Nada tengo que añadir á los preceptos establecidos; pero por desgracia se encuentran con frecuencia casos que se resisten á los medios que dejo enumerados. Cuando la hidropesía continúa haciendo progresos, produce vivos dolores á consecuencia de la distension de la piel, y dificulta ó imposibilita el movimiento de las partes, en cuyo caso es urgente recurrir á algunos medios quirúrgicos para evacuar la serosidad. Con este objeto se han aconsejado los vejigatorios, los sedales y los cauterios, medicaciones que se hallan hoy abandonadas generalmente, y con razon, pues tienen el inconveniente de inflamar, y casi siempre gangrenar las partes donde se aplican. El mismo peligro deberiamos temer, si para evacuar la serosidad se practicasen escarificaciones, incisiones lineares y muy superficiales, ó aun pequeñas punturas de la piel. M. Roche dice que empleó muchas veces con ventaja, simples picaduras practicadas con una aguja: este era un medio que Willis habia preconizado mucho. M. Roche acostumbraba hacer, á una pulgada de distancia unas de otras, cinco ó seis picaduras con una aguja ordinaria, renovándolas muchas veces todos los dias, y hasta dos cada veinte y cuatro horas. Este es un escelente método, preferible al adoptado por la mayor parte de los prácticos, el cual consiste en hacer con una lanceta estrecha una simple picadura que comprenda todo el espesor de la piel, procurando elegir un punto en que esta membrana no esté adelgazada ni afectada de erisipela. Si á pesar de las precauciones que se adoptan, la gangrena llegase á apoderarse de los labios de las pequeñas soluciones de continuidad, seria casi imposible dominar los accidentes.

## *Del edema.*

El edema difiere solo de la anasarca, en que la infiltracion, en lugar de ser general, está limitada á una parte del cuerpo. Segun el punto que ocupa la infiltracion serosa, puede dividirse el edema en *sub-cutáneo*, *sub-mucoso*, *sub-seroso*, *intersticial y parenquimatoso.*

El edema sub-cutáneo presenta los mismos caracteres esternos que la anasarca, y reconoce las mismas causas, es decir, que casi siempre es sintomático.

Fenómeno frecuente en la convalecencia y en el último período de las enfermedades crónicas, ocupa las mas veces los miembros inferiores, sobre todo al nivel de los maléolos, en cuyo caso depende por lo comun de la debilidad de los sugetos, y presenta todos los caracteres de un edema pasivo, es decir, que la piel es de un blanco mate, y la tumefaccion, completamente indolente, conserva por mucho tiempo la impresion del dedo. Sin embargo, no es raro que el edema que sobreviene en la convalecencia de las enfermedades febriles, presente la mayor parte de los caracteres del edema activo: la piel entonces está poco pálida, pero sí dolorosa al comprimirla; la tumefaccion es mas resistente que en el caso anterior, y conserva menos tiempo la impresion del dedo. Este edema, limitado casi siempre á una parte de las piernas, tiene, como veremos, alguna analogía con el edema doloroso de las recien paridas. Es difícil esplicar su desarrollo, pues nada prueba que dependa de un obstáculo en la circulacion venosa ó de una alteracion de la sangre. No sucede lo mismo respecto del que vemos manifestarse con tanta frecuencia en algunos individuos, despues de largas marchas, especialmente en los que viajan muchos dias encerrados en un carruaje, con las piernas constantemente dobladas. En este caso, el edema se esplica muy bien por el entorpecimiento que la circulacion venosa ha esperimentado; asi, pues, bastan algunos dias de descanso en la posicion horizontal, para que desaparezca completamente. Si se esceptúan las condiciones que acabamos de enumerar, puede decirse que el edema que ocupa ambos miembros inferiores á la vez, si no se complica con la presencia de várices, es el primer grado de una hidropesía que tarde ó temprano se hará general, y que por lo comun depende de una afeccion orgánica del corazon. Hemos visto tambien que la dificultad de la circulacion de la sangre en la vena cava inferior, puede ocasionar el mismo fenómeno. Por último, el edema que se presenta tan á menudo en los miembros pelvianos de las mujeres que padecen un cáncer uterino, casi siempre depende de la presencia de coágulos fibrinosos adherentes, mezclados con detritus cancerosos, y que obstruyen las venas ilíacas, hipogástricas y crurales. Este es un hecho que he tenido ocasion de observar con frecuencia en el hospicio de la Salitrería hace mas de veinte años.

El edema limitado á uno de los miembros, indica casi siempre la obstruccion ó la obliteracion de algun vaso de los que llevan hácia el tronco la sangre de esta parte del cuerpo. Asi, el edema permanente de la pierna y del pié es debido muchas veces á los várices, y á la compresion que ejercen sobre la vena principal del miembro, los aneurismas poplíteos ó inguinales, las hernias crurales, ó los vendajes que las mantienen reducidas. Otras veces la causa reside en la misma fosa ilíaca: tales son en particular ciertos tumores flegmonosos y los aneurismas de las arterias ilíacas que comprimen las venas del mismo nombre.

El edema de uno de los miembros superiores debe tambien inducir al médico á esplorar atentamente la axila y la cavidad torácica, pues esta infiltracion depende muchas veces de la compresion que ejercen en las venas de los miembros diferentes tumores sólidos, y especialmente los aneurismáticos.

Si el edema ocupa la mitad de la cara y del cuello, debe suponerse que hay un obstáculo en la terminacion de la vena yugular.

Por último, cuando la hidropesia invade á la vez toda la mitad superior del tronco, como sucedió hace pocos años en la clínica de M. Chomel, y como en

otro caso que yo observé en 1848, debe diagnosticarse la existencia de un obstáculo como un tumor canceroso de los mediastinos, un aneurisma de la aorta, etc., que se opone á que la sangre retroceda á la vena cava superior.

Un edema circunscrito, que se desarrolla en un punto donde ha existido un tumor flegmonoso, es á veces el único signo que nos revela la presencia de un abceso mas ó menos profundo. Esto es lo que se observa, por ejemplo, frecuentemente en los abcesos sub-aponeuróticos de los miembros, y en los de las fosas ilíacas. En fin, la infiltracion serosa de la mitad de la cara, es un fenómeno que ha bastado algunas veces á M. Chomel para reconocer un abceso formado en el borde alveolar de una mandíbula, y debido casi siempre á la alteracion de un diente. El edema depende tambien aquí de la dificultad que produce en la circulacion la hinchazon de las partes. La infiltracion serosa que se observa con tanta frecuencia alrededor de las inflamaciones, reconoce la misma causa.

Por último, hay algunos casos de gangrena espontánea de los miembros, que van precedidos ó á lo menos acompañados de un edema considerable: circunstancia que debe inducirnos á sospechar que uno de los principales obstáculos al curso de la sangre reside tal vez primitiva ó secundariamente en los troncos venosos.

Los hechos que preceden, y que aun pudiera multiplicar mucho, demuestran cuán grande es el valor semeiótico del edema. Este se reconoce comunmente en la palidez de la piel y en el hundimiento que se forma al comprimirla con el dedo, aunque este último carácter parece faltar algunas veces. La depresion puede no percibirse con la vista; pero pasando ligeramente y repetidas veces la yema del dedo sobre el punto comprimido, se distingue un ligero hundimiento que no tarda en desaparecer. Cuando el edema es todavía pequeño, y solo ocupa la capa mas superficial del tejido celular, tambien puede reconocerse fácilmente pellizcando la piel con los dedos, lo cual da por efecto una depresion característica, único medio que tenemos muchas veces para diagnosticar el edema incipiente de la parte superior é interna de los muslos.

El edema exige el mismo tratamiento que la anasarca. Añadiré, sin embargo, que en muchos casos basta una posicion conveniente para que desaparezca el mal, siempre que favorezca la circulacion venosa. La compresion hecha por medio de un vendaje circular, es uno de los medios mas eficaces para curar el edema ó para evitar que aumente con tanta rapidez, cuando reconozca por causa una lesion permanente. En el edema doloroso de la convalecencia, deben cubrirse las partes con fomentos narcóticos. El doctor Graves, que ha publicado algunas observaciones sobre este punto, cree que el mejor medio para combatir esta especie de edema, consiste en aplicar sobre la tumefaccion de los miembros vejigatorios volantes; pero este tratamiento me parece peor que la enfermedad.

El edema sub-cutáneo tiene dos variedades importantes, que son el *edema de los recien-nacidos,* y la *phlegmatia alba dolens.*

### *Del edema de los recien-nacidos.*

Los recien nacidos abandonados en los hospicios, padecen frecuentemente en los primeros dias del nacimiento un edema limitado algunas veces á ciertas

partes, pero que invade por lo comun casi toda la periferia del cuerpo. Esta hidropesía no se diferencia, como diremos mas adelante, de los edemas ordinarios, y no hay razon para que muchos autores, fundándose en algunos fenómenos accidentales, y completamente agenos al mal, atribuyeran al edema de los recien-nacidos caracteres que no tiene, designándolo impropiamente con los nombres de *esclerema*, *induracion*, *y endurecimiento* del tejido celular.

*Lesiones cadavéricas.*—Esta enfermedad es un verdadero edema, pues si despues de la muerte se dividen las partes infiltradas durante la vida, fluye una cantidad mas ó menos considerable de serosidad amarilla, que apenas penetra sino el tejido celular sub-cutáneo, sin que este ofrezca ninguna alteracion (Valleix). En los cadáveres de los recien-nacidos que sucumben al edema, suele encontrarse inyectado el tubo digestivo, infartado de sangre el sistema sanguíneo, hepatizados á veces los pulmones; y en fin, segun las observaciones que mi amigo el doctor Charcellay publicó en 1841, en el resúmen de la *Societé médicale de Indre-et-Loire*, los riñones son casi siempre el asiento de alguna alteracion, pues ora están hiperemiados, ora pálidos, anémicos, pequeños y atrofiados; ora duros, resistentes y friables, y en fin, la sustancia cortical suele estar anémica, amarillenta, hipertrofiada, y de un aspecto granuloso. En suma, el hábil médico de Tours, ha encontrado en los niños que sucumben al edema algunas de las alteraciones que caracterizan la enfermedad de Bright: asi es que M. Charcellay sienta como proposicion general que el *edema de los recien-nacidos reconoce muy á menudo por causa una nefritis albuminosa.* Muchos hechos referidos por el distinguido observador que acabo de citar, justifican su parecer; pero en vista de las numerosas observaciones recogidas en París, sobre todo por M. Valleix y Billard, creemos que no puede considerarse la afeccion renal como causa del edema, sino en casos muy escepcionales. Habiendo M. Roger estudiado esta cuestion, nunca encontró enfermos los riñones. Añadamos, en fin, que la albuminuria del recien-nacido no se diferencia de la del adulto, y no presenta en su forma esterior los caracteres del edema duro. En cuanto á las pneumonias y demás lesiones que se encuentran en algunos cadáveres, no son mas que complicaciones ó alteraciones accidentales, que sin razon se han tenido por causa de la enfermedad que nos ocupa.

*Síntomas y curso.*—El edema aparece comunmente en los ocho primeros dias del nacimiento. Al principio del mal hay un color general lívido, un frio notable en todo el cuerpo, que es mayor en las estremidades; un sopor mas ó menos profundo, y dificultad en la respiracion, siendo cortas las inspiraciones. El edema aparece bien pronto en los piés, manos y cara con los caracteres comunes; y digan lo que quieran algunos autores, la presion del dedo determina un hundimiento profundo, que desaparece con lentitud, á no ser que el edema sea poco considerable. La infiltracion se estiende paulatinamente á las demás partes del cuerpo; la cara se pone pálida; la piel adquiere un color violado, mezclado á veces con un tinte ictérico; y el enfriamiento aumenta hasta tal punto, que M. Roger ha visto en estos casos que el termómetro colocado en la axila bajó á 25, 23 y 22 grados. El pulso es casi imperceptible, y el grito del niño tiene algo de particular: es agudo, entrecortado, sumamente débil y á veces como sofocado; fenómeno que no depende por lo comun, como se ha dicho, del edema de la glotis (Valleix). Por último, los niños sucumben á los progresos de

la asfixia, ó á causa de una enfermedad intercurrente, sobre todo la pneumonia. Cuando se verifica la curacion se respira con mas facilidad, desaparece el sopor, y el edema empieza á dejar los puntos últimamente invadidos.

*Diagnóstico.*—Es imposible confundir la enfermedad que nos ocupa con una *erisipela edematosa*, porque en esta tiene la piel un rojo subido, y está engrosada, prominente, dura y dolorosa á la presion. Algunos autores han confundido tambien el edema con el endurecimiento adiposo, alteracion que MM. Duges y Denis describieron como una variedad del primero; pero estas dos afecciones nada tienen de comun, como observan Billard y M. Valleix, pues la induracion del tejido adiposo no es mas que un fenómeno cadavérico, y si sobreviene antes de la muerte, es solo en la agonía y cuando se estingue casi del todo el calor animal. Estos últimos autores han notado algunas veces que mientras los niños estaban aun en la cuna, muertos hacia muchas horas, tenian los miembros blandos y flexibles, al paso que examinados al siguiente dia en el anfiteatro, se encontraban ya enteramente duros.

*Pronóstico.*—El edema de los recien-nacidos es una enfermedad muy grave, pues casi todos los niños á quienes ataca sucumben con mucha rapidez.

*Etiología.*—Suele afectar mas especialmente á los niños miserables y débiles, que nacen antes de tiempo. Esta enfermedad es rara en la práctica civil, y muy comun en los hospitales. Los cuadros estadísticos de Billard, MM. Valleix y Charcellay demuestran que la impresion del frio es la causa ocasional mas frecuente del edema, lo cual esplica la frecuencia con que reina en los hospitales, y particularmente en el invierno.

*Tratamiento.*—Las emisiones sanguíneas son al parecer el medio mas ventajoso: la aplicacion de una, dos ó tres sanguijuelas es útil para combatir la congestion y la plétora (Billard y Valleix). M. Charcellay ha obtenido tambien buenos efectos de los baños calientes repetidos y prolongados; pero en París ninguna ventaja positiva se ha podido conseguir con los baños de vapor. Conviene poner los niños á cubierto del frio, envolviéndolos en franela y dándoles algunas fricciones secas y aromáticas. Por último, cuando la debilidad es considerable, deben administrarse interiormente algunos tónicos, como el vino, la quina y las bebidas aromáticas.

*Naturaleza.*—El edema de los recien-nacidos no es tal vez siempre una afeccion completamente idéntica; pues como cree Charcellay, es posible que sea en ciertos casos sintomática de una afeccion renal, aunque su desarrollo se esplica mucho mas á menudo por la dificultad de la respiracion, y sobre todo por el estancamiento de la circulacion. Tal vez, en fin, el edema constituye con bastante frecuencia una enfermedad esencial, que sobreviene, como algunas anasarcas que se observan en una edad mas avanzada, bajo la influencia de un enfriamiento, y probablemente á consecuencia de la disminucion ó de la supresion de la perspiracion cutánea; seria, pues, de desear que se analizase la sangre.

## *De la phlegmatia alba dolens.*

Sinonimia.—Edema doloroso, edema de las recien paridas; infartos y depósitos lácteos.

Las mujeres recien paridas padecen algunas veces un edema limitado por lo

comun á las estremidades inferiores y acompañado de una sensibilidad muy viva de las partes que ocupa, que se complica á menudo con diversas lesiones inflamatorias y especialmente de los sistemas linfático y venoso, y de las articulaciones de la pelvis.

*Historia.*—Esta enfermedad, acerca de cuya naturaleza son aun poco precisas las nociones que tenemos, fue al parecer descrita la primera vez por Mauriceau en su *Tratado de las mujeres embarazadas.* Puzos y Levret trazaron de ella un cuadro mas exacto en sus obras de obstetricia; pero solo á fines del último siglo publicó White observaciones mucho mas completas acerca de esta afeccion (1). Desde entonces la *flegmatia alba dolens* ha sido objeto de trabajos muy importantes en toda Europa; entre ellos debemos hacer especial mencion de los de Davis (2), y Lee (3), en Inglaterra, y en Francia de los de MM. Velpeau (4), Boudeant (5), Bouchut (6) y Ghérard (7).

*Anatomía patológica.*—Son muy diversas las lesiones que se encuentran en las mujeres que sucumben á esta enfermedad. Unas veces se observan colecciones purulentas diseminadas ó difusas en el tejido celular sub-cutáneo, y entre las capas musculares de los miembros inferiores; otras aparecen infartados, supurados y reblandecidos, los ganglios linfáticos de la ingle. En estos casos, se han encontrado algunas veces voluminosos los linfáticos y conteniendo un pus flegmonoso ó rojizo, el cual existia tambien en el conducto torácico. Otros médicos, como Davis y Lee, han visto inflamadas y llenas de coágulos y pus las venas crurales, sus ramas profundas y las ilíacas é hipogástricas. Por último, M. Velpeau ha encontrado las sínfisis de la pelvis inflamadas y bañadas de pus, y reblandecidos sus cartílagos. No es raro que un mismo cadáver presente muchas de estas lesiones; pero ninguna puede considerarse como el carácter anatómico de la enfermedad, pues su única lesion constante, es la infiltracion serosa de los miembros abdominales. Las demás lesiones no deben, pues, ser consideradas sino como accidentes ó complicaciones. Asi es, que habiendo disecado con el mayor esmero el miembro abdominal de una mujer, que habiendo sido atacada de edema doloroso, murió de una peritonitis intercurrente, no pude observar lesion alguna en los vasos. M Jacquemier cita un hecho, y M Smeets publicó en 1836 otros tres enteramente iguales.

*Síntomas.*—Rara vez llega á manifestarse la enfermedad antes del quinto dia del puerperio ó despues del veinte y cinco. Las mas veces se declara entre el diez y el quince. No es comun que invada ambos miembros inferiores á la vez; parece ser mas frecuente en el izquierdo que en el derecho; y casi no hay ejemplo de que haya ocupado las estremidades torácicas. Al principio esperimenta la mujer una sensacion de peso, y muchas veces un dolor vivo ú obtuso en todo el miembro ó solo en su tercio superior é interno; hallándose algunas veces limitado á la pierna ó á la ingle en donde algunos ganglios están hinchados y dolorosos. Este síntoma no puede esplicarse en muchos casos por un cambio es-

(1) *Inquiries into the nature and cause,* etc., 1784.
(2) *Medico-chirurg. Transactions of London,* 1823, y *Journal des progrès,* t. I.
(3) *Medico-chirurg. Transactions of London,* 1829, y *Traité des maladies des femmes.*
(4) *Archives de Médecine,* t. VI, année 1824.
(5) *Bulletins de la Societé anatomique,* année 1828.
(6) *Gazette médicale de Paris,* année 1844.
(7) *Thèse de la Faculté de Strasburgo,* année 1835.

terior apreciable; pero bien pronto se observa una tumefaccion que se estiende progresivamente de arriba á abajo, pero que algunas veces, no obstante, sigue un curso contrario. Esta hinchazon suele ir precedida uno ó dos dias de dolores mas ó menos vivos en los puntos que debe ocupar; pero estos dos fenómenos se presentan las mas veces casi simultáneamente. El miembro está pesado, es incapaz de movimiento, y se sienten en él dolores vivos espontáneos; la piel lisa y mas ó menos tensa, ofrece un blanco lechoso y brillante; su temperatura se halla mas elevada; cuando se la comprime se provoca un vivo dolor, se percibe en ella una especie de remitencia difusa; algunas veces se distinguen cordones nudosos, formados por los linfáticos voluminosos y endurecidos, y por las venas inflamadas. Si el dedo no se hunde como sucede en toda parte edematosa, esto depende á mi parecer de la poca serosidad infiltrada, y de que esta ocupa especialmente el tejido celular profundo, de modo, que para determinar una depresion, seria preciso comprimir con mucha fuerza, á lo cual se opone la sensibilidad del miembro. La posicion que se da á la enferma en nada modifica la tumefaccion de la parte. Muchos médicos, especialmente MM. Raige-Delorme, Duplay y Roberto Lee, han citado en estos últimos tiempos muchos hechos que prueban que se establece una circulacion colateral, como lo demuestra el insólito desarrollo que adquieren las venas superficiales; pero esto, sin embargo, es una circunstancia poco comun. Las mujeres á quienes nos referimos, esperimentan sed, anorexia y una reaccion febril mas ó menos intensa, acompañada de sudores abundantes y escasez de orinas. Por último, los pechos se deprimen, y los loquios disminuyen, y aun llegan á suprimirse.

*Curso y terminaciones.*—Estos accidentes, despues de haber persistido con mas ó menos intensidad, por espacio de algunos dias, disminuyen de pronto; la calentura desaparece, se calman los dolores, y se resuelve el infarto del miembro. Es raro que la resolucion, modo mas frecuente con que termina el mal, se verifique simultáneamente en toda la estension del miembro, pues casi siempre empieza por el muslo y acaba un poco despues por la pierna y pié. El tiempo que tarda en realizarse es mas ó menos considerable: algunas veces trascurren uno ó dos meses antes que sea completa; pero en general se necesitan dos ó tres septenarios para que se efectúe. La *phlegmatia alba dolens* puede invadir el miembro que estaba sano despues que desaparece del enfermo, ó atacar de nuevo el primitivamente invadido.

La *flegmatia alba dolens* puede terminar funestamente, no tanto por sí misma cuanto por las complicaciones que se desarrollan, y que sin fundamento han sido consideradas generalmente como el elemento esencial del edema doloroso. A estas corresponden las vastas supuraciones que pueden denudar estensamente los músculos y la piel del miembro; las inflamaciones de las sínfisis puviana y sacro-ilíacas; la peritonitis, y finalmente la flebitis, que es la mas frecuente.

*Diagnóstico.*—El edema de las recien paridas se diferencia del edema simple en el dolor que lo precede ó acompaña; en la imposibilidad de hacer que conserve la impresion del dedo; en su curso progresivo de arriba á abajo, y finalmente en la poca influencia que ejercen sobre él las diferentes posiciones que se dan al miembro. Inútil pudiera parecer el insistir aquí en probar en qué se diferencia esta enfermedad del flemon, si no se hubiese incurrido en esta confusion muchas veces. En efecto cuando el flemon ataca las capas mas profun-

das del miembro, determina dolor y una hinchazon considerable, sin rubicundez alguna. No obstante, en los casos de que hablamos, el dolor es mas agudo, mayor la resistiencia, y mas graves los síntomas generales y simpáticos; por último, no tarda en manifestarse la supuracion, la cual produce los mayores desórdenes.

*Pronóstico.*—El pronóstico solo es grave á causa de las complicaciones que pueden existir; pero no tenemos aun datos precisos para calcular el grado de mortalidad y las condiciones que mas influyen en la terminacion funesta. El edema doloroso, cuando se presenta sin complicaciones, termina casi siempre felizmente. Pero si la vena principal del miembro está obliterada, puede resultar un edema permanente, hasta que una circulacion colateral supla la vena enferma. Por lo regular la infiltracion persiste á diferentes grados, por espacio de mas ó menos años, y á veces durante toda la vida de las mujeres.

*Etiología.*—La *flegmatia alba dolens* es una enfermedad rara; acerca de este punto se hallan conformes White, Hull, Thomás y M. Velpeau. Por mi parte solo he observado un ejemplo entre mas de quinientas mujeres que en 1835 parieron en el Hôtel-Dieu, ó que habiendo parido en casas particulares, fueron trasladadas poco despues á las salas confiadas en aquella época á mi cuidado. Nunca ataca mas que durante el sobreparto, pues los hechos que se dice haber observado en el hombre, no pertenecen probablemente á esta afeccion. Sus causas son casi enteramente desconocidas; parece desarrollarse sobre todo á consecuencia del frio; por lo cual es mas frecuente en los paises frios y húmedos, y en el invierno. Ha sido considerada por mucho tiempo como un efecto de la supresion de los loquios y de la leche, pero estas opiniones se hallan hoy en un total descrédito, puesto que nada demuestra su fundamento.

*Tratamiento.*—El edema doloroso reclama el uso de los antiflogísticos; la sangría general se halla indicada cuando el pulso es fuerte; las sanguijuelas aplicadas al miembro enfermo, sobre todo á las ingles y á la pantorrilla, alivian notablemente los dolores. Conviene ademas prescribir los baños tibios prolongados cuanto sea posible; cubrir los miembros con cataplasmas emolientes y recurrir á las pomadas y los linimentos narcóticos; el bálsamo tranquilo, el láudano y el estracto de belladona producirán resultados ventajosos. Tambien se administrarán las bebidas sudoríficas, diuréticas y laxantes para favorecer la resolucion. El doctor C. Smeets dice haber obtenido buenos efectos con el emético usado en altas dosis durante el período mas agudo de la enfermedad. Por último, luego que cesa la flegmasia y no queda mas que la tumefaccion, debe practicarse en el miembro una compresion metódica circular: medio que suele bastar en el mayor número de casos, para hacer desaparecer la hinchazon.

*Naturaleza.*—Muy diferentes son las opiniones emitidas acerca de la naturaleza de la *phlegmatia alba dolens*. Unos la consideran constituida por una inflamacion de los vasos y ganglios linfáticos (Moore, Hufeland, Struve, Velpeau, Deneux); otres la tienen por una flebitis (Davids, Lee, Boudant, Blandin, Andral); ó por una neuritis (Albers, Duges); ó por una flegmasia del tejido celular (Duncan, Steffen); y algunos en fin la miran como sintomática de una enfermedad de las articulaciones pelvianas (Velpeau), ó de una irritacion de las partes contenidas en la pelvis (Burns, Busche). Mas recientemente, en fin, M. Velpeau ha emitido la opinion, en una de las sesiones de la Academia de medicina (13 de

junio de 1843), de que el edema doloroso tenia por principal elemento la inflamacion de los vasos linfáticos del centro del miembro, la cual se propagaba consecutivamente á las venas. Pero todas estas lesiones que se consideran como el elemento anatómico de la afeccion, no deben, por el contrario, ser tenidas, en mi concepto, sino como complicaciones ó lesiones puramente accidentales. Repetimos que en la *plhegmatia alba dolens*, la única lesion necesaria y constante que se observa, es la infiltracion del tejido celular. El edema doloroso es tan solo, pues, á nuestro parecer, una especie de hidropesía esencial, una secrecion insólita desarrollada en el tejido celular, bajo la influencia de causas que aun no conocemos, á consecuencia muchas veces de escesos de régimen, y sobre todo de algun enfriamiento. Tal es poco mas ó menos la opinion de los catedráticos MM. Cloquet, Aug. Berard y Moreau. La idea que reina hoy generalmente de que la *plhegmatia alba dolens* es una flebitis, es de las menos fundadas, pues durante la vida no se observan los signos de reabsorcion é infeccion que sobrevienen en muchas inflamaciones venosas, y añadiremos que el edema se desarrolla de arriba á abajo, es decir, en un sentido inverso al que se produce por la obstruccion de las venas; en fin, la enfermedad, cuando es simple, nunca es mortal, y solo es grave á causa de sus complicaciones. Pero si no está constituida por una flebitis, debemos, sin embargo, reconocer que la inflamacion de las venas es una de sus mas ordinarias complicaciones. Algunas veces afecta una vena importante; pero por lo regular se limita á un vaso de pequeño calibre, y cuya alteracion no puede esplicar, por consiguiente, los desórdenes locales que se observan durante la vida.

### DE LAS HIDROPESÍAS CEREBRO-ESPINALES.

M. Magendie demostró que existe normalmente en el cráneo y el ráquis un fluido seroso, cuya cantidad está en razon inversa del desarrollo y volúmen del eje cerebro-espinal. Este líquido que él llama *céfalo-raquidiano*, reside entre la aragnoides y la pia-mater; envuelve por todas partes al cerebro y la médula, y baña ademas las cavidades que existen en los lóbulos del cerebro, en el cerebelo, la médula oblongada y la protuberancia anular; circula libremente por todos estos puntos, y es el que, aumentándose de un modo insólito, constituye la hidropesía de los centros nerviosos. Sin embargo, no es este el único orígen del fluido seroso que puede formarse en el cráneo y el ráquis. Es innegable en efecto, que algunas veces los derrames serosos existen esclusiva ó simultáneamente en la gran cavidad aragnóidea; pero estos casos deben considerarse como muy escepcionales. Las acumulaciones serosas del conducto vertebral toman el nombre de *hidrorraquis*, y las del cráneo constituyen el *hidrocéfalo*, del cual se admiten tres variaciones, que son: el *crónico*, el *agudo* y *sobreagudo* ó *apoplegía serosa*. Por último, la serosidad se infiltra algunas veces en el mismo cerebro: esta lesion se designa con el nombre de *edema cerebral*; pero nada diremos aquí de esta afeccion que es sumamente rara, y la cual considera M. Etoc como el carácter anatómico constante de la estupidez. De ella hablaremos al ocuparnos de la locura.

### *Del hidrocéfalo agudo.*

*Historia.*—El hidrocéfalo agudo, entrevisto en 1701 por Duverney el jóven, é indicado en 1732 y 1733 en Inglaterra, fue algunos años despues descrito como una afeccion distinta por Rob. Whytt, desde cuyo tiempo ha sido objeto de muchas observaciones en Inglaterra, Alemania, Suiza, Francia y Estados-Unidos. Mencionado al principio como una forma de hidropesía de la aragnóides y de los ventrículos, y descrito como enfermedad esencial, independiente de toda lesion orgánica, se consideró por mucho tiempo al derrame seroso como el único carácter anatómico de la afeccion, y como el que esplica el aparato de síntomas observados durante la vida. Pero á medida que la anatomía patológica se estudiaba con mas cuidado, no se tardó en conocer que en la enfermedad descrita con el nombre de hidrocéfalo agudo, el cerebro, y aun con mas frecuencia las meninges, ofrecian casi constantemente varias lesiones recientes de naturaleza inflamatoria, de las cuales era solo una consecuencia el derrame seroso. A pesar de este descubrimiento, hay algunos prácticos hábiles, entre quienes debemos citar á Dance, que todavía persisten en considerar al hidrocéfalo agudo como una enfermedad distinta, que difiere de todas las demás afecciones cerebrales por la acumulacion de un líquido intra-craniano que se juzga necesario para el desarrollo de los principales síntomas. Pero un estudio mas completo de los hechos ha probado despues, que esta última proposicion no es exacta, pues se ha visto que es imposible atribuir especialmente al derrame ninguno de los síntomas de la enfermedad; que esta se halla tan solo subordinada al asiento y la naturaleza de las lesiones meníngeas y cerebrales, y que la alteracion de las funciones no ofrece ninguna diferencia, haya ó no derrame seroso ó sero-purulento. Deducimos de todo lo que precede, con MM. Blanche y Guersant (1), que los autores han aplicado arbitrariamente dos y tres nombres distintos á una sola y única enfermedad, y que casi siempre los derrames serosos agudos del tejido sub-aragnoideo ó de los ventrículos, son el efecto secundario de una meningitis, de una meningo-encefalitis simple ó tuberculosa, ó bien de un reblandecimiento simple ó complicado con una inflamacion (Véanse los artículos *Meningitis simple* y *tuberculosa, Encefalitis* y *Reblandecimiento del cerebro*). ¿Podráse decir, sin embargo, que el hidrocéfalo agudo no existe, cual se describia desde el tiempo de Whytt, como una hidropesía esencial? No me atrevo á afirmarlo; pero hasta ahora no se cita ningun hecho concluyente, y si se quiere admitir su existencia, solo puede hacerse por analogía, puesto que faltan las observaciones clínicas. En el estado actual de la ciencia creemos que la única hidropesía esencial de las meninges y del cerebro que debe admitirse, es la que vamos á describir con el nombre de *apoplegía serosa.*

### *De la apoplegía serosa.*

Describen los autores con los nombres de *apoplegía serosa,* de *hidropesía cerebral sobreaguda* ó de *hidrorragia,* una enfermedad anatómicamente carac-

(1) *Dictionnaire de médecine,* t. XV, p. 562, artículo HIDROCEPHALE.

terizada por la exhalacion de una gran cantidad de serosidad en el interior del cráneo, que ocasiona la pérdida súbita y mas ó menos completa de las sensaciones, del movimiento y de la inteligencia. Sin embargo, algunos modernos niegan la existencia de esta enfermedad. Habiendo observado Abercrombie apoplegías mortales sin lesion cerebral, y encontrando por otra parte derrames considerables en el cráneo de individuos que no habian ofrecido durante la vida ningun síntoma apoplético, dedujo que los derrames serosos, que suelen á veces existir en el cerebro de los que mueren con síntomas de apoplegía, no deben considerarse como la causa de estos accidentes. Pero no creo que tales hechos puedan darnos las conclusiones que saca Abercrombie, pues si en efecto hay casos en que se encuentra una gran porcion de serosidad en el cráneo, sin que durante la vida se observase ningun síntoma de compresion cerebral, esto es probablemente debido á que, habiéndose verificado poco á poco la exhalacion, pudo muy bien el cerebro habituarse, por decirlo asi, á su presencia. Muy pronto veremos, al hablar de los hidrocéfalos crónicos, que algunos derrames muy considerables de serosidad, formados lentamente, determinan menores síntomas de compresion, mientras no sucede lo mismo cuando habiéndose formado de repente la exhalacion anormal del fluido seroso, el cerebro queda sometido de pronto á una fuerte presion, pues entonces resultan efectos análogos á los que hemos visto producirse por un derrame sanguíneo en la cavidad aragnoidea. Diremos; en fin, que la serosidad que existe en notable cantidad en el cráneo de ciertos individuos, que no presentaron síntoma alguno de apoplegía, no se formó muchas veces sino pocos instantes antes de la muerte, y entonces guarda proporcion con el tiempo que dura la agonía (Louis). En la actualidad son innegables los hechos de verdadera apoplegía serosa: M. Magendie ha observado un gran número en la Salitrería; M. Martin Solon ha publicado un caso muy curioso de ella, y yo la he visto declararse muchas veces en los hidrópicos.

*Anatomía patológica.*—Las circunvoluciones suelen estar aplanadas, y el cerebro comunmente pálido y casi exangüe; la cavidad de la aragnóides no contiene en general derrame alguno. Este reside esclusivamente en el tejido celular subaragnoideo, ó en la cavidad, en los ventrículos, y algunas veces en ambos puntos á la vez. Cuando es considerable, la aragnóides está desprendida y puede hallarse desgarrado el *septum lucidum*, en cuyo caso aparecen confundidos los ventrículos laterales y forman con el tercero una sola cavidad. La serosidad es generalmente incolora; algunas veces clara y trasparente como el agua de roca, y poco ó nada albuminosa, segun los esperimentos de Valsalva y de Morgagni. Su cantidad varía: puede llegar á dos onzas, y subir hasta dos vasos (Andral). Es raro, por lo demás, que se encuentre en la autopsia todo el líquido derramado durante la vida, pues resulta de las exactas observaciones de un hábil médico, M. Nat. Guillot, que el cerebro es un órgano muy higrométrico que absorbe despues de la muerte una gran parte de los líquidos derramados. Cuando este órgano se halla asi empapado de serosidad, parece mas húmedo, y fluyen al cortarlo algunas gotitas de ella. Este líquido parece en ciertos casos haber operado una especie de maceracion sobre ciertas partes del cerebro, pues á veces se encuentra el septo lúcido, la bóveda de tres pilares y las paredes de los ventrículos, reblandecidas y reducidas á una especie de pulpa blanquecina; lo cual no es mas que un fenómeno puramente cadavérico, que se esplica por

la imbibicion del líquido, sin necesidad de apelar, como lo hace Morgagni, á una pretendida acrimonia del fluido seroso. En suma, el líquido céfalo-raquidiano existe en mayor cantidad en la apoplegía serosa, sin que semejante supersecrecion pueda esplicarse por alguna lesion material perceptible á los sentidos, de las meninges y del cerebro.

*Síntomas y curso.*—La apoplegía serosa tiene dos modos de invasion: uno gradual, el otro súbito. En el primer caso los enfermos se quejan de una cefalalgia gravativa; esperimentan somnolencia, sus sentidos están debilitados y obtusas sus facultades intelectuales; á veces son presa del delirio. Estos síntomas se agravan, y los pacientes caen poco á poco en un estado comatoso, con resolucion general y parálisis.

Cuando la apoplegía serosa se anuncia súbitamente, los enfermos pierden de pronto el conocimiento; los cuatro miembros se hallan en una resolucion completa; las pupilas están dilatadas é inmóviles; el pulso es lento; la respiracion estertorosa; la sensibilidad abolida; el rostro aparece indistintamente pálido, rojo ó violado, y despues de un tiempo que varía entre algunas horas y muchos dias, llegan por último á sucumbir. Algunos recobran poco á poco el conocimiento, renacen progresivamente el movimiento y la sensibilidad, y desaparecen todos los síntomas de compresion cerebral en algunos dias, y aun á veces en veinte y cuatro horas. Los fenómenos notables que se observan, pues, en la apoplegía serosa, son: 1.° una invasion repentina; 2.° la resolucion completa de todos los miembros; 3.° la cesacion rápida de los accidentes, cuando la terminacion es favorable. Se ha dicho que si el derrame ocupa únicamente uno de los ventrículos laterales, podia existir tan solo una hemiplegia; pero aunque esto es posible, carecemos hasta ahora de un hecho que justifique esta opinion, pues la observacion de Morgagni que se ha invocado en su apoyo, está lejos de ser concluyente.

*Diagnóstico.*—No existe ningun signo que pueda diferenciar una apoplegía serosa de una hemorragia, ó de una congestion cerebral con resolucion completa de todos los miembros. La palidez de la cara, la lentitud del pulso, y el estado caquéctico de los individuos, que los antiguos indicaban como caracteres distintivos de las apoplegías serosas, no tienen valor alguno, pues por una parte faltan muchas veces, y por otra, suelen encontrarse tambien en las apoplegías sanguíneas.

*Pronóstico.*—El pronóstico es muy grave, pues la mayor parte de los enfermos sucumben.

*Etiología.*—La apoplegía serosa ataca especialmente á los viejos y á las personas débiles y aniquiladas por largos padecimientos. Ya hemos dicho que algunas veces se la observa en individuos afectados de anasarca ó de ascitis, cuando, reabsorbiéndose bruscamente una parte de la serosidad, se dirige en seguida por una especie de metástasis hácia el cerebro. El doctor Laserre publicó en la *Gazette mèdicale* de 1843 una serie de hechos que prueban que estas sufusiones serosas del encéfalo no son raras en las recien paridas, atacadas de anasarca ó edema de las estremidades inferiores.

*Tratamiento.*—Los antiguos prohibian la sangría en todos los casos de apoplegías serosas; pero debe recurrirse á las emisiones sanguíneas cuando el pulso se halla fuerte y duro. Este medio solo puede contraindicarlo la debilidad de los

enfermos, ó la pequeñez estremada de aquel. En todos los casos conviene provocar flujos artificiales ó aumentar ciertas secreciones; deberá pues insistirse con los purgantes enérgicos, tales como los drásticos, administrar bebidas diuréticas, y aplicar anchos vejigatorios en diversas partes del cuerpo, especialmente en la nuca y los miembros inferiores.

### *Del hidrocéfalo crónico.*

El hidrocéfalo crónico es unas veces congénito y otras no se desarrolla hasta despues del nacimiento.

*Caracteres anatómicos.*—La hidrocefalia, sobre todo cuando es congénita ó se forma antes que se osifiquen completamente las suturas, casi siempre va acompañada de un aumento considerable en el volúmen de la cabeza: digo *casi siempre*, porque diferentes autores, Gælis, Breschet, Gall, etc., han visto hidrocéfalos, cuyo cráneo tenia proporciones normales ó inferiores á las del estado fisiológico. No solo es mas voluminoso el cráneo, sino que ademas está mas ó menos alterado en su forma. Asi, pues, su circunferencia en un feto ó un niño de pecho, atacado de hidrocéfalo, ha podido llegar á 32, 40 y 48 pulgadas; y aun se le ha visto adquirir mas de 86 pulgadas en un niño de diez y seis meses, cuya pieza patológica ha sido depositada en el museo de Cruickshank, donde la vió J. Frank. Este aumento de volúmen ocupa casi esclusivamente la bóveda, mientras que la base subsiste invariable. La primera se deforma poco mas ó menos regularmente, y algunas veces el aumento ocupa un solo punto. Asi es que puede dilatarse solo un lado, ó se prolonga el occipucio, ó el sincipucio se levanta á manera de punta, y toma la forma de un pan de azúcar. El volúmen, generalmente enorme del cráneo, forma un contraste muy notable con la cara, la cual guarda proporcion con el resto del cuerpo. Una circunstancia digna de ser tomada en cuenta es, que en los hidrocéfalos voluminosos el diámetro vertical de la órbita aparece mas corto, á consecuencia de la depresion que ha sufrido la porcion orbitaria del frontal; por esta razon, el globo ocular está prominente y casi fuera de su órbita. Finalmente casi siempre se encuentran en diferentes puntos del cráneo, allí donde los huesos han cedido mas fácilmente, sobre todo en la frente, el occipucio y la parte superior de la cabeza, tumores mas ó menos voluminosos y fluctuantes. Los huesos rara vez presentan su grosor natural, pues ora están adelgazados y transparentes cual una hoja de papel (Breschet), ora presentan un grosor acaso doble ó triple del que tienen en el estado fisiológico. Por último, unas veces están los huesos separados al nivel de las suturas por anchos espacios membranosos, y otras, se hallan completamente osificadas las suturas.

En la mayor parte de los casos, la serosidad se acumula en los ventrículos, cuya distension puede ser tal que se borren las circunvoluciones y anfractuosidades: el cerebro entonces está reducido á una especie de bolsa ó quiste seroso; tiene una estructura homogénea, y es casi siempre imposible diferenciar la sustancia blanca de la gris. Esta alteracion no es incompatible con la vida y aun con cierto grado de inteligencia. Despues de los ventrículos, la serosidad se derrama especialmente en el tejido celular de la pia-mater, y en la cavidad mayor de la aragnóides. Dícese tambien que se la ha encontrado acumulada entre

la dura-mater y los huesos del cráneo, ó bien entre la primera y la hoja parietal de la aragnóides, y hasta en el ventrículo del septo-lúcido; de lo cual refiere Breschet muchos ejemplos. La cantidad de líquido que contiene el cráneo es muy variable: en algunos casos ha llegado á 8, 10 y 20 cuartillos; el cráneo que J. Frank examinó en el museo de Cruikshank, habia contenido 27.

Cuando el cráneo conserva su volúmen, ó cuando sus dimensiones son inferiores á las del estado fisiológico, el cerebro está atrofiado: algunas veces solo existe en el estado rudimentario, y el espacio que queda vacío está lleno de serosidad.

Terminaré diciendo una palabra respecto á las colecciones serosas que constituyen en ciertos individuos una especie de estado fisiológico. Estas suelen encontrarse en todas las personas en quienes el cerebro ha llegado á atrofiarse ó á esperimentar una disminucion general ó parcial de su volúmen, por efecto de la edad ó de una enfermedad cualquiera. Como entonces las paredes huesosas no pueden seguir la retraccion que sufre el cerebro, queda en el cráneo un espacio vacío, á no ser ocupado este inmediatamente por una supersecrecion del fluido céfalo-raquidiano; lo cual se halla perfectamente probado por las investigaciones de M. Magendie.

*Síntomas y curso* —A pesar de lo que en contra dice Feiler, es imposible diagnosticar el hidrocéfalo crónico mientras el niño está encerrado en el claustro materno. Durante el parto puede reconocerse el mal por la presencia de un tumor de ancha superficie, y de consistencia variable en los diferentes puntos de su estension, algo convexo, y que ocupa todo el estrecho superior, pero sin encajarse en él: es blando y fluctuante en el intervalo de las contracciones uterinas, y tenso durante estas. En fin, pueden reconocerse con el dedo unos espacios membranosos considerables algunas veces, en terminos de ser tan estensos como la palma de la mano. Cuando el hidrocéfalo llega á este grado, puede impedir ó retardar el parto, y reclama algunos medios especiales, cuya esposicion se encontrará en las obras de obstetricia.

Los caracteres de la hidrocefalia congénita varían despues del nacimiento. Ya hemos dicho que la cabeza tiene algunas veces un volúmen muy pequeño, en cuyo caso se halla mas ó menos deforme, presentándose comunmente puntiaguda y aplanada en los lados y en la frente. La fisonomía carece de esprecion; los miembros están flacos y sin fuerza; la voz es débil, la deglucion difícil algunas veces, y los enfermos son muy voraces, pero á pesar de esto, se observa mucha languidez en la nutricion. La mayor parte de estos desgraciados mueren poco despues del nacimiento, atacados de un coma ó de convulsiones. Recuérdese que en estos casos el cerebro falta en totalidad ó en gran parte, es decir, que hay una monstruosidad.

En el hidrocéfalo crónico conserva la cabeza su volúmen natural cuando el mal se desarrolla muchos años despues del nacimiento, y luego que es completa la osificacion de las fontanelas. Algunas veces, sin embargo, aunque las suturas están reunidas, como no han adquirido todavía toda su solidez, ceden al esfuerzo espansivo del líquido intra-craniano; se abren de nuevo una ó muchas, y los huesos presentan una separacion considerable; asi se ha observado muchas veces en niños que han sido atacados de hidrocéfalo hácia los ocho ó diez años.

Los individuos afectados de hidrocefalia despues de un tiempo mas ó menos

lejano del nacimiento, no siempre presentan los mismos fenómenos: la mayor parte suelen estar pacíficos y atontados; es mas raro que sean inquietos y revoltosos; casi todos duermen mucho y tienen un sueño muy pesado. La inteligencia en algunos se halla bastante desarrollada y pueden conservarla íntegra hasta el último momento; pero en la mayor parte son obtusas las facultades cerebrales, la palabra difícil, la percepcion lenta, y los sentimientos afectuosos, nulos ó poco desarrollados. Los enfermos rara vez gozan de la integridad de todos sus sentidos: si el oido, y tal vez el olfato y el gusto, están rara vez abolidos ó pervertidos, no sucede lo mismo con la vista, la cual se halla frecuentemente disminuida ó anulada, como igualmente la sensibilidad del tacto, que suele ser obtusa ó completamente nula. En muchos de ellos suele ademas observarse el estrabismo: algunos tienen los ojos dirigidos hácia arriba, otros hácia abajo, y muchos vacilan á cada paso; en algunos se paralizan uno ó mas miembros. La mayor parte, sin embargo, pueden estar de pie, pero su progresion es en general incierta, suelen dar frecuentes caidas, y á muchos les cuesta trabajo mantener la cabeza en equilibrio, pues se inclina á un lado ó á otro por su propio peso. Hay algunos que padecen de vez en cuando movimientos convulsivos, irregulares ó epileptiformes. Comprimiendo la cabeza con la mano, puede en ciertos casos determinarse por un momento el sopor, la parálisis ó las convulsiones. Casi siempre se distingue manifiestamente la fluctuacion al nivel de las fontanelas; la auscultacion del cráneo solo da resultados negativos, á pesar de lo que dice un médico americano. La nutricion se halla casi siempre intacta; muchos son voraces y digieren bien. Generalmente sucede, sin embargo, que despues de un tiempo mas ó menos considerable se pervierten y llegan á abolirse los sentidos, normales al principio; la sensibilidad general se embota y apaga, los músculos dejan de contraerse, la deglucion es difícil, y se hace involuntaria la escrecion de la orina y de las materias fecales. Por último, aunque el apetito suele conservarse hasta el fin, muchos niños sin embargo caen en el marasmo, sin que esto pueda esplicarse por ninguna lesion ó diatesis.

La muerte es la terminacion constante del hidrocéfalo, ya sea congénito ó adquirido, pues hasta ahora no existe al parecer ningun caso auténtico de curacion. Casi todos los hidrocefálicos mueren jóvenes, y la mayor parte sucumben en las primeras horas ó primeros dias que siguen al nacimiento. Los casos de enfermos que han llegado á vivir veinte, treinta, cuarenta y ocho, cincuenta y cuatro y aun setenta y nueve años, son muy raros, y no pueden destruir la regla general. La muerte es producida por el coma, por los progresos de la parálisis, ó bien sobreviene durante un acceso convulsivo; muchos sucumben á una enfermedad intercurrente. Si el hidrocéfalo es curable, cosa muy dudosa para nosotros, ignoramos todavía los cambios que sobrevienen consecutivamente en el cerebro ó en el cráneo. Uno de nuestros mas antiguos amigos, cuyo prematuro fin deploramos, Antonio Andral, creia que el hidrocéfalo podia curarse. Segun él, cuando el derrame se reabsorbia despues de osificadas las fontanelas, no pudiendo el cráneo contraerse ya sobre sí mismo para aplicarse al cerebro, debian los huesos engrosarse por su cara interna para llenar el vacío; pero no ha podido demostrarse todavía que sea fundada esta opinion ingeniosa.

*Diagnóstico.*—Parece desde luego que no es posible confundir el hidrocé-

falo con ninguna otra enfermedad, á causa especialmente de la notable dilatacion que adquiere el cráneo. Este, sin embargo, puede dilatarse igualmente en la hipertrofia del cerebro, enfermedad rara y que difiere del hidrocéfalo en que en ella el desarrollo del cráneo se verifica lentamente sin casi producir ningun trastorno funcional, al contrario de lo que sucede en aquel, hasta que luego sobrevienen de pronto accidentes agudos que acaban con el enfermo. Estos caracteres, sin embargo, no son tan constantes que formen un elemento cierto de diagnóstico, y apenas pueden suministrarnos sino algunas sospechas. Con todo, como el hidrocéfalo es sin comparacion mas frecuente que la hipertrofia cerebral, debemos siempre en los casos dudosos presumir que exista mas bien la primera que la segunda de estas dos afecciones. La raquitis de los huesos del cráneo puede engrosarlos y desfigurarlos hasta el punto de simular un hidrocéfalo: error que á veces es bastante difícil evitar. No obstante, en el caso de raquitis, segun lo observan MM. Rilliet y Barthez, la dilatacion de la cabeza no es uniforme, como ocurre cuando hay un hidrocéfalo; pudiera decirse en el primer caso que se han sobrepuesto en la parte media de los huesos algunas abolladuras aplanadas. Pasando el dedo por la superficie del cráneo, se percibe con bastante facilidad el punto en que los huesos empiezan á engrosarse; añadiremos en fin, que se encuentran signos del raquitismo en otras partes del esqueleto. Para completar el diagnóstico convendria determinar la causa del hidrocéfalo, despues de reconocida su existencia; pero esto nos parece casi imposible en el actual estado de la ciencia.

*Pronóstico.*—El pronóstico es siempre de mucha gravedad, pues la muerte es casi inevitable; y digo *casi*, porque se citan algunas curaciones; pero estos ejemplos ¿son auténticos?

*Etiología.*—Nada sabemos acerca de las causas del hidrocéfalo crónico, y es inútil repetir todo lo que se ha supuesto sobre el particular: vejez, embriaguez, y escesos de todo género cometidos por el padre; pesares, terrores y compresiones del vientre respecto de la madre. Infiérese de lo que he dicho en la anatomía patológica, que la acumulacion de serosidad del cráneo depende frecuentemente de la imperfeccion del cerebro ó de la falta de algunas de sus partes. Otras veces existe la hidropesía con el desarrollo regular del órgano: en este caso parece que no hay mas que una supersecrecion del fluido céfalo-raquidiano; pero es imposible determinar la causa de esta supersecrecion, que por lo regular se enlaza con una disposicion orgánica desconocida, que puede advertirse desde el segundo mes de la gestacion, como lo vió Osiander, y reproducirse en la mujer durante muchos embarazos consecutivos; asi, pues, J. Frank conoció una judía que habiendo tenido ocho hijos, dió á luz siete hidrocéfalos. La hidrocefalia coexiste frecuentemente con alguna lesion accidental del cerebro ó de las meninges, como tubérculos, tumores fibrosos, quistes apopléticos, etc. No siempre es fácil decir el cómo estas lesiones obran para determinar la sufusion serosa; pero en algunos casos puede esplicarse por la dificultad de la circulacion, por la compresion que los tumores ejercen en los senos y las venas del cerebro, especialmente en las de Galeno, que son las venas ventriculares. M. Barrier cita de esto dos observaciones curiosas en el tomo II de su *Traité des maladies de l'enfance*, y M. Magendie refiere otras muchas en sus *Recherches sur le liquide cephalo-rachidien.* Este médico vió, en efecto,

colecciones bastante considerables de líquido en el cráneo, mas abajo de la aragnóides, debidas á la compresion ejercida por un tumor en el cuarto ventrículo, en el conducto de Silvio, en la venas de Galeno, etc. Sin embargo, aunque se admitan estos hechos, estamos lejos de admitir con MM. Rilliet y Barthez, que el mayor número de hidrocéfalos resulten de la compresion de las venas intracranianas; pues creemos, por el contrario, que esta causa es muy rara, ó á lo menos puramente escepcional.

*Tratamiento.*—Muchos son los remedios que se han propuesto para combatir el hidrocéfalo, pero siempre sin resultado. Hánse preconizado los baños y las fricciones aromáticas, la trementina, los mercuriales, los exutorios, los alcalinos y los tónicos. Reid-Clamey dice que muchas veces obtuvo buenos resultados con los calomelanos empleados hasta el punto de producir la salivacion y aplicando muchos vejigatorios y sinapismos; pero no tengo noticia de que facultativo alguno haya sido tan feliz. Muchos han propuesto evacuar el líquido: unos lo verifican poco á poco, á beneficio de punciones sucesivas, y otros de una vez. Esta operacion, hecha por los prácticos mas hábiles, y ensayada muchas veces en Francia por Dupuytren y Breschet, nunca ha sido ventajosa entre nosotros. En Prusia, y sobre todo en Inglaterra se citan algunos casos de curacion definitiva, y aunque estos hechos deben admitirse con reserva, los creemos, sin embargo, suficientes para que el médico se crea autorizado á intentar la puncion de los hidrocéfalos; pues en la acualidad es el único tratamiento de que puede esperarse algo en una enfermedad, que abandonada á sí misma, produce necesariamente la muerte tarde ó temprano. M. Malgaigne, despues de haber estudiado un gran número de estas operaciones, consignó que se podia recurrir á la puncion: 1.° Cuando el enfermo tiene menos de tres ó cuatro meses, aun cuando el hidrocéfalo parezca estacionario; 2.° Mas allá de los cuatro meses, y sin otros límites que la osificacion del cráneo, si el hidrocéfalo aumenta visiblemente, y amenaza la vida general ó la de relacion del paciente (1).

### *Del hidrorraquis.*

Bajo el nombre de *hidrorraquis* deben comprenderse todas las colecciones de agua en el conducto raquidiano. El hidrorraquis es, pues, respecto de este, lo que el hidrocéfalo respecto del cráneo. Conviene distinguir dos especies de hidrorraquis, segun que es simple ó va acompañado de un vicio de conformacion por defecto de desarrollo, que consiste en la separacion ó falta de una ó muchas láminas vertebrales. Esta última forma ha recibido el nombre especial de *espina bífida.*

El hidrorraquis simple es una enfermedad sobre la cual aun no tenemos ningun dato preciso. Se sabe que cuando la agonía es prolongada, puede encontrarse, asi en el canal vertebral como en el cráneo, una cantidad mayor de líquido cefalo-raquidiano. Sabemos igualmente que en ciertas atrofias de la médula, esta misma serosidad ocupa el vacío que deja en el raquis la retraccion de la sustancia nerviosa; pero á esto se limitan poco mas ó menos, nuestros conocimientos sobre la materia. Se ha supuesto, sin embargo, que podia exis-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1840.

tir una apoplegía serosa en la médula, lo mismo que en el cerebro. Atribúyense igualmente á la presencia de un esceso de líquido cefalo-raquidiano en el conducto vertebral, ciertas debilidades de las piernas y varias paraplegías que ofrecen de notable el hecho de que sus accidentes se agravan estando de pié y sentado, es decir, cuando el líquido está acumulado en un punto formando una capa espesa, mientras que se alivian en la posicion horizontal, porque entonces aquel se disemina en una superficie mayor. Estas ideas son ciertamente muy racionales, pero creo que han sido mas bien emitidas *á priori* que fundándose en observaciones clínicas. En el estado actual de la ciencia nada sabemos todavía sobre la historia del hidrorraquis simple. Solo tenemos datos positivos sobre el que se complica con *espina bífida.*

## *Del hidrorraquis con espina bífida.*

La *espina bífida* es una enfermedad congénita, caracterizada por uno ó muchos tumores serosos, fluctuantes y situados á lo largo del raquis, que se comunican con las membranas de la médula, las cuales forman hérnia al esterior á causa de la falta ó separacion de las láminas vertebrales correspondientes.

*Anatomía patológica.*—El tumor del hidrorraquis se observa comunmente en los lomos, y muy rara vez en el cuello; en general es redondeado, de base ancha ó pediculado, y su volúmen varía entre el de una avellana y el de la cabeza de un adulto. La piel suele hallarse intacta á su nivel; pero si el tumor es muy voluminoso, se pone adelgazada, violada y rojiza. Puede no recubrir el tumor, y este está entonces constituido únicamente por las membranas de la médula. Cuando el tumor se rompe durante la vida intra-uterina, se encuentra deprimido, y en su centro hay una cicatriz retraida y adherida á las partes subyacentes. Generalmente no hay mas que un tumor, y cuando existen dos ó tres, pueden aumentarse los demás comprimiendo uno de ellos. Obsérvase al abrirlos que el conducto raquidiano carece de pared huesosa en su cara posterior, ya sea porque falten los arcos laterales de una ó muchas vértebras, ó lo que es mas frecuente, porque se hallen simplemente separados. El líquido que sale de ellos es seroso, y puede llegar á una ó muchas libras. Las mas veces ocupa casi esclusivamente el espacio sub-aragnoideo, pero en otras, y esto es innegable, apenas se encuentra en dicho punto, al paso que la acumulacion ocupa evidentemente la cavidad de la aragnóides. En este caso debe creerse que hubo una época del mal en que se rompió por distension la hoja visceral de la aragnóides. La médula puede hallarse intacta, en parte destruida, reblandecida ó atrofiada, libre ó adherida á las paredes del tumor. Lo mas comun es que estas se adhieran intimamente y se confundan con los nervios que forman la cola de caballo. El hidrorraquis coexiste algunas veces con un hidrocéfalo.

*Síntomas y curso.*—Para completar lo que acabo de decir sobre los caracteres del tumor, añadiré que este es á veces mas ó menos transparente; que se hace mas tenso y renitente con la posicion vertical, y algunas veces cuando el niño grita; pero es mas comun que se hinche durante la espiracion y se depri-

ma en la inspiracion. Tambien se han observado en él movimientos isócronos á los del pulso (Cruveilhier). El doble movimiento que se nota en el tumor durante la respiracion se esplica, como lo ha probado muy bien M. Longet (1), por la disposicion diferente de los senos de la dura-mater y de los plexos venosos intra-raquidianos. Los primeros, colocados entre dos hojas fibrosas, son incompresibles, y no varían en los movimientos respiratarios; los segundos, por el contrario, tienen paredes libres y están por consiguiente sometidos á las alternativas de contraccion y dilatacion como todas las venas del cuerpo. Asi pues, afluyendo la sangre venosa de todas las partes hácia el pecho durante la inspiracion, se forma entonces un vacío en el conducto raquidiano, vacío que se llena inmediatamente por el líquido cerebral, que es, por decirlo así, aspirado en la cavidad raquidiana. Durante la espiracion, por el contrario, las venas intra-raquidianas se hinchan y dilatan, y obedeciendo el líquido á esta compresion, refluye hácia el encéfalo. El tumor desaparece muchas veces completamente cuando se comprime, de lo cual no resulta por lo comun accidente alguno; en otros casos, están disminuidas ó extinguidas la motilidad y sensibilidad de los miembros inferiores. Por último, si el hidrorraquis va acompañado de hidrocéfalo, puede hacerse que refluya la serosidad hasta el cráneo comprimiendo el tumor espinal, y entonces sobreviene el coma ó las convulsiones.

He supuesto hasta aquí que habia un tumor local; no obstante, en algunos casos observados especialmente por Bidloo, Valsalva y Richter, solo existia una especie de hinchazon longitudinal y media que se estendia desde la nuca hasta el coxis. Pero esto no se verifica sino en los raros casos en que todo el raquis está bífido.

La mayor parte de los niños atacados de hidrorraquis sucumben poco despues del nacimiento. La muerte es en general mas pronta á medida que el tumor ocupa un sitio mas elevado. Si la vida se prolonga un poco, se conservan muy débiles los niños, y casi todos están parapléjicos, el tumor aumenta de volúmen, se ulcera y abre al esterior; el líquido entonces se altera, y se hace fétido y purulento, á causa de la inflamacion de la aragnóides: complicacion de que resulta necesariamente la muerte. Cítase sin embargo un caso en que la abertura espontánea del tumor fue seguida de curacion (Terris), y otros muchos en que, á pesar de un flujo continuo que salia por la abertura, que se habia hecho fistulosa, se prolongó la vida veinte, veinte y nueve y aun treinta años; mas puede dudarse con Ollivier (de Angers), que existiese realmente en estos casos un hidrorraquis. Muchos niños sucumben á una enfermedad intercurrente.

*Etiología.*—El hidrorraquis, que siempre es congénito, no es una afeccion muy rara: este es el vicio de conformacion que Chaussier ha encontrado mas frecuentemente despues del pié de piña: lo ha visto treinta y dos veces entre 22,293 niños que nacieron ó fueron entregados en la Maternidad. Sus causas son tan desconocidas como las del hidrocéfalo crónico. M. Cruveilhier opina que la causa ocasional de la *espina bífida* es una adherencia morbosa de la médula y sus membranas con los tegumentos, formada antes de la cartilagini-

(1) Anat. et physiolog. du syst. nerveux. t. I, p. 211.

ficacion de las vértebras. Esta esplicacion puede aplicarse á los casos en que la médula ó los nervios de la cola de caballo se adhieran al tumor; pero se sabe que esta disposicion es poco frecuente.

*Tratamiento.*—Los medios terapéuticos, como los tópicos estimulantes y los exutorios, apenas ofrecen ventaja alguna contra este mal; por esta razon se han creido preferibles los medios quirúrgicos, proponiendo como los mas á propósito para conseguir una curacion radical, la compresion, las punciones, la escision y la ligadura. La compresion, que puede hacerse por medio de un vendaje cóncavo análogo al que se emplea en ciertas hernias, ha producido muchas curaciones radicales, aunque por lo regular solo ha sido un medio paliativo para mantener únicamente reducido el tumor. La compresion es ventajosa cuando este es poco voluminoso y estrecha la abertura que le hace comunicar con el raquis. Las punciones repetidas del tumor han producido la curacion completa de muchos hidrorraquis, solas ó combinadas con la compresion, segun el método de Ast. Cooper. No obstante, son infinitamente mas numerosos los casos adversos que los favorables, pues estas punciones tienen el inconveniente de inflamar á menudo las membranas, y esponen ademas á herir la médula y los nervios, que están á veces, como hemos dicho, adheridos á la pared cutánea del tumor. En 1841, M. Dubourg, médico en Marmande, publicó en la *Gazette médicale* dos casos de curacion de *espina bífida,* conseguida por medio de la ablacion del tumor y por la reunion de la úlcera mediante la sutura enroscada ó entortijada. M. Dubourg dice que puede recurrirse á su método siempre que la abertura de comunicacion con el raquis no pase de tres centímetros de diámetro. La ligadura, aplicada solamente á los casos en que al tumor es pediculado, cuenta algunas curaciones, y un número mayor de casos desgraciados.

Desde que el uso de las inyecciones yoduradas se ha generalizado en la práctica, el hidrorraquis ha sido tratado tambien por este medio. Algunos ensayos felices, hechos especialmente por M. Brainard y M. Chassaignac, deben inducirnos á hacer otros nuevos (1).

En los casos en que el tumor abandonado á sí mismo se abre espontáneamente, es preciso procurar, mediante la compresion, que el aire penetre lo menos posible en el foco; conviene tambien en todos los casos preservar el tumor de los rozamientos y de todas las causas de irritacion que pudieran inflamar y ulcerar la piel.

M. Malgaigne dedujo la siguiente conclusion, en el estudio que hizo de los diferentes procedimientos. «Si el aislamiento del tumor, dice, es evidente, la escision es el procedimiento mas sencillo y espedito; pero si la comunicacion persiste, la prudencia nos aconseja que nos abstengamos de él. Sin embargo, en el caso en que el incremento rápido del tumor amenazase inminentemente la vida del enfermo, es lícito recurrir á algun medio, y el menos peligroso es indudablemente la puncion (2).»

## *Del edema de los pulmones.*

Defino, de acuerdo con Laënnec, el *edema de los pulmones* diciendo que es

(1) *Gazette des hopitaux*, 3.ª serie, t. 1, n.º 14, y *Gazette des hopitaux*, du 26 mars, 1851.
(2) *Journal de chirurgie*, année 1845.

una infiltracion de serosidad en el tejido pulmonar, hasta el grado de hacer el órgano menos permeable al aire.

*Historia.*—Esta lesion aunque es muy frecuente, apenas llegó á fijar la atencion de los médicos hasta mediados del último siglo, y Laënnec fue el primero que precisó bien sus caracteres anatómicos y los signos propios para conocerla.

*Anatomía patológica.*—El edema rara vez invade todo un pulmon, pues las mas veces se limita á su lóbulo inferior. Las partes del órgano asi infiltradas tienen esteriormente un color gris pálido, ó un amarillo leonado bajo; el pulmon es mas duro y pesado; menos crepitante y elástico; no se aplana al comprimirlo, y conserva la impresion del dedo como el edema sub-cutáneo. Cuando se corta, fluye de él una cantidad variable de serosidad, mas ó menos incolora y algo espumosa. Esta parte del pulmon parece contener menos sangre que de ordinario; el tejido del órgano es coherente, aunque á veces parece mas friable, lo cual depende de una especie de maceracion operada por el fluido derramado. Pero basta las mas veces desinfartar el pulmon de la serosidad que lo penetra, para que recobre casi su consistencia normal: por lo demás, se reconoce fácilmente todavía la estructura celular propia del órgano. Es raro que haya en el centro de las partes edematosas, núcleos apopléticos ó hepatizaciones. Laënnec opina que en el edema pulmonar se halla derramada en las células una parte del líquido, y que la otra infiltra sus paredes, pero falta mucho para probar esta última asercion. El exámen anatómico nos induce mas bien á creer, que la mayor parte de la serosidad se halla infiltrada en el tejido celular que separa las vesículas unas de otras. El edema de los pulmones se propaga á veces tambien á las adherencias antiguas de la pleura, que en razon de su laxitud, suelen tener un aspecto gelatinoso; esta misma apariencia puede igualmente observarse en el mismo pulmon, cuando el edema invade el borde cortante del órgano, y cuando es muy considerable la cantidad de serosidad derramada.

*Síntomas.*—Los signos del edema de los pulmones son muy equívocos: en general no hay dolores ni dificultad notable de la respiracion. Laënnec le atribuye, sin embargo, alguna disnea, tos, espectoracion acuosa, y la espulsion de una pituita incolora muy aireada y parecida á una ligera solucion albuminosa. Pero estos signos no tienen ningun valor, pues son comunes á otras muchas enfermedades, y faltan muy á menudo en el edema. Cuando la infiltracion de los pulmones es considerable, la percusion del tórax hecha á este nivel, puede darnos un sonido oscuro. La auscultacion puede igualmente manifestarnos que está disminuida en el mismo punto la intensidad del murmullo respiratorio, y se oye ademas un estertor sub-crepitante, cuyas burbujas son húmedas y mas ó menos numerosas. La mayor parte de los médicos conceden demasiado valor al estertor sub-crepitante, el cual existe por lo comun en la parte posterior é inferior de ambos pulmones; pero su presencia jamás puede servir para caracterizar el edema. Lo que únicamente puede indicarnos es, que se halla derramado un fluido mas ó menos viscoso en las células pulmonares; pero esta exhalacion puede depender, tanto como del edema, de una bronquitis capilar, y aun de la pneumonia. Sin embargo, cuando los fenómenos morbosos que suministran la percusion y auscultacion ocupan las partes mas declives de los pulmones, per-

sistiendo mucho tiempo en el mismo punto, hay motivo para sospechar la existencia de un edema pulmonar, aunque esto no es suficiente para tener una certidumbre. Concíbese en fin, que cuando el edema es considerable, como en los casos, por ejemplo, en que la infiltracion serosa, es tal, que comunica al pulmon un aspecto gelatiniforme, la percusion debe suministrarnos un sonido macizo mas ó menos completo, cesando el murmullo vesicular; pero no es probable que se oiga el soplo bronquial ni la broncofonia.

El edema pulmonar, cuya manifestacion es brusca, y adquiere rápidamente una intensidad bastante grande, puede, segun se dice, acarrear la muerte en medio de un estado de sofocacion comparable al que el edema de la glotis determina. En otros casos el curso de la enfermedad es menos rápido, pues el edema puede prolongarse durante muchos dias, sobreviniendo tambien la muerte en medio del mismo aparato de síntomas que el anterior. Estoy muy lejos de negar la posibilidad de tales accidentes cuando el edema se desarrolla con rapidez é invade la mayor parte de los pulmones; pero no he observado todavía hecho alguno de este género, ni he podido encontrar ninguna descripcion auténtica en los autores, por cuya razon no creo esté demostrada todavía la existencia de un edema idiopático y agudo en su curso.

*Diagnóstico.*—La falta de dolor de costado, de calentura, y de esputos herrumbrosos, unida á la persistencia del estertor sub-crepitante en el mismo punto, sin que sea reemplazado por el soplo tubario, impiden siempre que se confunda el primer grado de la pneumonia con el edema. Este, por el contrario, apenas difiere por su curso y sus síntomas de la congestion pasiva, con la que suele existir muy á menudo. Cuando el edema fuera tan intenso que oscureciese el sonido, haciendo casi nulo el ruido respiratorio, seria difícil distinguirlo de un derrame pleurítico leve y circunscrito. Sin embargo, la imposibilidad de hacer que cambien con la posicion los resultados de la auscultacion y percusion, hará mas probable la existencia de un edema pulmonar. El estertor sub-crepitante puede confirmar este diagnóstico, pero no hacerlo evidente, pues se le ha observado algunas veces en algunos casos de infiltracion serosa de las falsas membranas celulares de la pleura, sin que hubiese edema del pulmon. Uno de los hechos mas curiosos que se conocen, y que ofrece todas las garantías posibles de exactitud, es el que observó el profesor Walsh, de Londres, publicado en un pequeño pero escelente libro, en el que este hábil médico resume con claridad todo lo respectivo al diagnóstico de las enfermedades de los pulmones. (*The physical diagnosis of diseases of the lungs*, London, 1843).

*Pronóstico.*—Si existiese la forma aguda del edema, su pronóstico seria muy grave. En cuanto ó la forma crónica, no me ha parecido que acelere notablemente el término fatal de las enfermedades en cuyo curso se desarrolla, con tal, sin embargo, que permanezca circunscrito á la base de los dos pulmones.

*Etiología.*—El edema de los pulmones es rara vez primitivo, pues casi siempre sobreviene consecutivamente á diversos estados morbosos. Los viejos, las personas debilitadas y los convalecientes, suelen padecerlo muchas veces. Reconoce ademas las mismas causas que las hidropesías, á las que muchas veces precede y casi siempre acompaña. El edema de los pulmones se encuentra casi constantemente complicando las enfermedades orgánicas del corazon. Laënnec dice que la mayor parte de las pneumonias durante la resolucion van acompaña-

das mas ó menos tiempo del edema; pero ya he probado en mi *Tratado práctico de la pneumonia*, que esta opinion no se halla justificada.

*Tratamiento.*—Como el edema pulmonar es casi siempre sintomático, su tratamiento se halla subordinado á la afeccion que complica. Asi, si existe al mismo tiempo que una enfermedad orgánica del corazon, puede hacerse que disminuya ó se disipe, facilitando la circulacion y respiracion, por medio de una sangría. Si el enfermo esta débil y anémico, están indicados los ferruginosos, los tónicos y analépticos. En todos los casos, y especialmente cuando no predomina ninguna indicacion, debe insistirse con los purgantes, los diuréticos y los revulsivos cutáneos. Cuando los enfermos se ven precisados á estar habitualmente en la cama, conviene que cambien muchas veces de postura, para evitar la formacion de congestiones pasivas, cuyo efecto necesario seria el producir ó aumentar la infiltracion serosa.

### *Del hidrotórax ó hidropesía de las pleuras.*

El *hidrotórax* está caracterizado por una acumulacion de serosidad en una ó en ambas pleuras. Algunos autores confunden sin razon con este nombre casi todos los derrames de las pleuras, sean serosos ó purulentos: circunstancia que importa mucho aclarar, asi para el pronóstico como para el tratamiento. El hidrotórax, tal como lo hemos definido, es la enfermedad que se llama en el lenguaje vulgar, *hidropesía del pecho*. Es muy frecuente, pero nunca tal vez primitiva ó idiopática, pues si no en todos los casos, casi siempre es sintomática de alguna afeccion preexistente. En mas de la tercera parte de los cadáveres se encuentra un derrame de líquido en la pleura, cuya cantidad varía entre dos y tres onzas. Estas acumulaciones que son casi constantes en los que sucumben á una enfermedad del corazon, y sobre todo á una nefritis albuminosa, faltan mas á menudo en los tísicos, en quienes M. Louis las ha visto únicamente una vez por cada diez sugetos. Esta diferencia depende de que en los tuburculosos hay por lo comun adherencias mas ó menos estensas, y á veces generales, entre los pulmones y las pleuras, cuya disposicion, como es fácil concebir, impide que se produzca el derrame. La mayor parte de estas colecciones serosas se forman durante la agonía, y son debidas entonces á la profunda alteracion que esperimentan la respiracion y circulacion en los últimos instantes de la vida; los derrames pleuríticos que sobrevienen en estas condiciones, rara vez pasan de cuatro onzas. Cuando el hidrotórax, por el contrario, es sintomático de una enfermedad orgánica del corazon, de una nefritis albuminosa, y de todas las lesiones de los sólidos y líquidos que pueden producir la diatesis serosa, vemos formarse el derrame en una época mas ó menos próxima á la muerte, y entonces se revela por signos especiales, constituyendo una complicacion de mayor ó menor gravedad, que puede acelerar el término fatal. En suma, opino que el hidrotórax apenas sobreviene sino como afeccion secundaria ó consecutiva, y cuya causa puede encontrarse casi siempre en una dificultad de la circulacion cardiaca ó pulmonar, ó en una alteracion de la sangre. Me inclino, pues, á negar la existencia del hidrotórax idiopático, cuya posibilidad á lo menos no se halla demostrada todavía por ningun hecho auténtico, pues todos los que se refieren como tales, no son mas que plueresías agudas ó crónicas; enfermedades que no deben confun-

dirse en nuestros dias con los derrames simplemente serosos de las pleuras.

*Síntomas y diagnóstico.*—El hidrotórax jamás produce dolor ni calentura. Cuando es considerable ó reside en ambas pleuras. determina disnea y opresion, observándose ademas todos los signos físicos que caracterizan los derrames pleuríticos (Véase *Pleuresía*). Asi, pues, en los puntos que ocupa el derrame, hay sonido macizo, falta de respiracion, á veces soplo tubario y egofonía, cuyo último fenómeno sufre las mismas alternativas que cuando se enlaza con la existencia de un derrame inflamatorio. En el hidrotórax es mas fácil hacer que cambien los fenómenos de percusion y auscultacion con las posiciones dadas al enfermo, que en los casos de pleuresía, pues en los primeros no se forman adherencias alrededor del foco seroso, aunque este, sin embargo, podria hallarse en rigor circunscrito por algunas bridas, cuya formacion se remontase á una época lejana. Inúlil es decir que cuando un lado del pecho está lleno ó casi lleno, no pueden sufrir ninguna modificacion los resultados que dan la auscultacion y percusion, sean cuales fueren las diferentes inclinaciones del tronco. Es raro que el sonido macizo ocupe en el hidrotórax mas de las dos terceras partes del pecho, y que el derrame sea bastante considerable para dilatar sensiblemente esta cavidad. Teniendo en cuenta todas estas diferencias, y sobre todo los antecedentes, las enfermedades concomitantes, los síntomas generales, la falta de calentura y de dolor, es fácil distinguir el hidrotórax de la pleuresía, asi aguda como crónica.

*Curso.*—El curso del hidrotórax está subordinado al de la enfermedad de que es síntoma. Es tambien muy frecuente observar que de un dia á otro se aumenta ó disminuye considerablemente el derrame, sin que por lo regular esto pueda esplicarse por ningun fenómeno ocurrido en la enfermedad principal.

*Pronóstico.*—El hidrotórax es siempre una complicacion fatal, que agrava los sufrimientos del enfermo, dificultando la respiracion, ó aumentando esta dificultad si de antemano existe. En fin, si el hidrotórax llegara á formarse rápidamente en ambos lados del tórax á la vez, podria ocasionar la muerte ó acelerarla mucho.

*Tratamiento.*—Conviene insistir con los purgantes y diuréticos cuando no se hallan contraindicados, y aplicar vejigatorios volantes al pecho. Si el derrame fuera demasiado considerable y amenazase producir la asfixia, seria preciso evacuarlo por medio de una simple puncion hecha con un trócar, como en la paracentesis. Si el hidrotórax no apareciese las mas de las veces como síntoma de una enfermedad incurable, deberian esperarse mejores resultados de la toracentesis en esta enfermedad que en los casos de pleuresía crónica, á causa de la integridad en que se halla la pleura, y de que el pulmon puede dilatarse mas fácilmente por el aire, no estando sujeto por falsas membranas. Como quiera que sea, debe procederse á la evacuacion del líquido, siempre que por ser mucha su cantidad determina accidentes de sofocacion, ó cuando tarda demasiado en reabsorberse. Hállase demostrado por hechos bastante numerosos, muchos de los cuales han sido estudiados en el tomo V del *Compendium de médecine,* que la toracentesis puede ser un medio curativo, que por lo tanto conviene no descuidar, desechando esas prevenciones que abriga todavía contra esta operacion la generalidad de los médicos, pues aunque sea inútil casi siempre, nunca tal vez es peligrosa.

### *Del hidropericardio.*

En el pericardio de la mayor parte de los individuos que sucumben á una enfermedad aguda ó crónica, se encuentra una, dos ó tres cucharadas de serosidad citrina ó algo sanguinolenta, cuyo derrame parece efectuarse, lo mismo que el anterior, dutante la agonía, y reconoce tambien las mismas causas. Cuando el líquido pasa de cuatro onzas, creemos que no debe considerarse como cadavérico: este es, pues, el término que debia fijarse á mi parecer para marcar el punto donde empieza el hidropericardio.

La mayor parte de los autores dividen el hidropericardio en idiopático ó esencial, y en sintomático; pero repetimos aquí lo que hemos dicho del hidrotórax, es decir, estos derrames son siempre sintomáticos de una de las numerosas afecciones que ocasionan las demás especies de hidropesías. Donde con mas frecuencia suele encontrarse, es en el curso de la enfermedad de Bright, pues se le observa en la cuarta parte de los casos, y casi siempre es tambien consecutivo á los derrames serosos del peritoneo, de la pleura y del tejido celular.

Ningun hecho auténtico demuestra todavía que un hidropericardio se haya desarrollado primitivamente por sola una supersecrecion activa de la serosa. En los casos que se han referido como tales ha existido manifiestamente una pericarditis mas ó menos estensa: el pericardio contenia, pues, entonces ademas de la serosidad, una cantidad variable de copos albuminosos, idénticos á los que se encuentran en la inflamacion de todas las membranas serosas.

*Caracteres anatómicos.*—La serosidad citrina ó sanguinolenta varía en su cantidad: asi, algunas veces solo llega á cuatro ó cinco onzas, al paso que otras veces puede llegar hasta mas de ocho libras, de lo cual ha observado un caso Corvisart. Cuando el derrame se presenta en cantidad tan considerable, el pericardio se halla necesariamente dilatado y rechazado hácia atrás el corazon, cuyo tejido suele á veces ser mas pálido, y el pericardio presenta tambien en algunos casos un color lactescente ó blanco mate. Por último, los pulmones, el diafragma, el estómago, el hígado y hasta el bazo, pueden hallarse desviados ó comprimidos, como lo hemos visto en ciertas pericarditis crónicas con copioso derrame.

*Síntomas.*—Los signos locales del hidropericardio son los mismos que los de la pericarditis aguda ó crónica, con derrame considerable. Hay lo mismo que en esta, una arqueadura de la region precordial, y un sonido macizo que se estiende sobre una superficie mayor ó menor, y puede variar mas en un sentido que en otro, segun las posiciones que se dan al enfermo. Por medio de la auscultacion se nota que los ruidos del corazon son oscuros, lejanos y aun á veces no se perciben. Corvisart dice que de un momento á otro pueden sentirse los latidos del órgano á derecha ó á izquierda, lo cual depende de que el pericardio dilatado por el líquido, permite al corazon nadar, por decirlo asi, y moverse de este modo con bastante facilidad. Pero este signo, observado por Corvisart, no parece haber sido comprobado por muchos médicos; no obstante, de él han hecho mencion Hope, M. Pigeaux; y especialmente el catedrático Requin, que lo observó una sola vez. En fin, en los hidropericardios muy voluminosos podríamos des-

cubrir algunas veces, á ejemplo de Senac, un movimiento de undulacion producido por la ola del líquido, en el intermedio de las tercera, cuarta y quinta costillas. Tambien pudiera sentirse manifiestamente en este punto la fluctuacion, como lo ha observado Corvisart una sola vez; pero nadie hasta el dia ha encontrado iguales fenómenos. Digamos, no obstante, que si volviesen á observarse de nuevo serian enteramente característicos de un abundante derrame en el pericardio.

En el hidropericardio no hay dolor, pero sí una sensacion de peso y opresion, que á veces es ortopnea; la cara está violada; el pulso pequeño y frecuente, y si no existia ya el edema de las estremidades inferiores por efecto de una enfermedad anterior, puede manifestarse bajo la influencia del hidropericardio. Para que se verifiquen estos fenómenos, es preciso, sin embargo, que sea muy considerable la serosidad derramada, pues si es mediana su cantidad, se alteran poco ó nada las funciones del corazon, lo cual debe atribuirse á que el derrame se forma lentamente; pero si lo verificara con rapidez, aun siendo poco considerable, podria ocasionar un gran desórden en las contracciones cardiacas. El hidropericardio puede permanecer algun tiempo estacionario, lo mismo que el hidrotórax, ó bien se aumenta ó disminuye en poco tiempo. Su duracion es indeterminada.

Los signos anteriormente indicados nos revelarán la presencia del líquido en el pericardio, aunque no sea mucho el derrame, pues no admitimos con Laënnec, que los medios físicos de esploracion que poseemos, nos permitan reconocer tan solo los hidropericardios muy considerables, es decir, los que contienen al menos un cuartillo de serosidad.

Para reconocer la causa de la afeccion, es preciso tener en cuenta los antecedentes, el curso de la enfermedad, y las afecciones concomitantes.

*Pronóstico.*—La gravedad del prónostico está en proporcion con la abundancia del derrame; pero nada puede aun decirse de fijo sobre esta materia.

*Tratamiento.*—Nada diré de los medios generales que convienen en todos los casos de hidropesías, y que son, por lo tanto, igualmente aplicables al hidropericardio. Desde el tiempo de Senac han propuesto los autores dar salida al líquido por medio de una operacion quirúrgica. Unos aconsejan la simple puncion (Senac); otros la incision entre los cartílagos de las sesta y séptima costilla (Desault), ó bien este mismo medio despues de trepanar el esternon (Laënnec); y aun se ha propuesto, en fin, despues de evacuar completamente la serosidad, inyectar en su lugar un líquido irritante, á fin de producir una inflamacion adhesiva, como sucede en los hidroceles; pero la esperiencia no ha justificado todavía el valor de estos diversos modos de tratamiento. En cuanto á la idea de introducir en el pericardio una inyeccion irritante, es una práctica que recomiendan los hombres mas eminentes; pero no se halla aun sancionada por la esperiencia. Por mi parte, creo que este es siempre un medio muy peligroso, y no me atreveria en ningun caso á aceptar la responsabilidad de su adopcion.

## *De la ascitis.*

La acumulacion de serosidad en la cavidad peritoneal recibe el nombre de *ascitis*. Algunos autores han designado tambien con este nombre la infiltracion

de las paredes abdominales (*ascistis sub-cutánea*), y el derrame de serosidad en la vaina de los músculos rectos (*ascitis vaginal*), en un quiste desarrollado en el peritoneo (*ascitis enquistada peritoneal*), ó en una de las vísceras abdominales (*ascitis visceral*). Pero estas enfermedades difieren demasiado de la ascitis propiamente dicha, para que puedan describirse á la par ni confundirse bajo un mismo nombre.

*Historia.*—La ascitis, que despues del edema es la forma mas comun de las hidropesías, fue ya conocida desde la mas remota antigüedad. Esta palabra toma su orígen probablemente de la analogía que efectivamente existe entre el abdómen lleno de serosidad y un odre (ασκιος) igualmente distendido por un líquido. Aunque los antiguos consideraban la ascitis como una enfermedad casi siempre esencial, idiopática, han tratado, sin embargo, en diversas épocas de atribuirla á una lesion material, especialmente á una alteracion del hígado (Galeno), ó á las varias lesiones orgánicas de las principales vísceras abdominales (F. Hoffmann). Las investigaciones de anatomía patológica continuadas con tanto celo desde Morgagni, han hecho limitar cada vez mas el número de las ascitis idiopáticas, al mismo tiempo que algunos medios de esploracion mas exactos, no permitian ya confundir las hidropesías del abdómen con otras muchas enfermedades que tanta semejanza tienen con ellas. La precision que tiene en la actualidad el diagnóstico de la ascitis y el conocimiento de su naturaleza, lo debemos especialmente á los trabajos de MM. Andral, Bouillaud, Duges, Piorry, Reynaud, Rostan, etc.

*Etiología.*—Hay una ascitis idiopática que casi siempre reviste la forma esténica. Obsérvasela casi únicamente en las personas jóvenes y robustas, y sucede á la supresion de una hemorragia, y con mas frecuencia á la impresion del frio, como acontece despues de la ingestion de una bebida helada estando sudando. Otras veces, una escitacion demasiado fuerte de los órganos abdominales, como la que produce el uso, ó por mejor decir, el abuso de los drásticos, ocasiona en ciertos casos un derrame seroso en el vientre, de lo que hemos visto muchos ejemplos á consecuencia del tratamiento que se usa en el hospital de la Caridad para combatir el cólico saturnino. En estos casos no puede esplicarse la hidropesía por lesion alguna material apreciable, y parece que no reconoce otra causa que una escitacion particular del peritoneo, cuyo efecto es producir una supersecrecion de líquido. La ascitis es casi siempre sintomática, y puede desarrollarse bajo la influencia de todas las causas que presiden al desarrollo de las demás hidropesías, y que seria inútil enumerar de nuevo. La mayor parte de estas causas no producen la ascitis hasta despues de manifestarse otras hidropesías, especialmente el edema de algunas partes del cuerpo. Pero entre estas lesiones hay algunas que parecen mas á propósito para ocasionar la ascitis, pues cuando determinan la diátesis serosa, han desarrollado anteriormente un derrame peritoneal: tales son la hipertrofia del bazo y del hígado, la atrofia de esta víscera, su alteracion, conocida con el nombre de *cirrosis*, la estrechez de la vena porta y la peritonitis tuberculosa. Por último, cuando en los cánceres uterinos la degeneracion se estiende hácia el fondo de la vejiga, y se propaga al orificio de los uréteres, suele formarse á veces una ascitis que desaparece luego que el tejido enfermo, ya reblandecido y ulcerado, facilita el aflujo de la orina á la vejiga. Concíbese que la ascitis debe ser muy comun, en atencion al núme-

ro infinito de sus causas; en efecto, se la observa en todas las edades, y aun durante la vida intra-uterina, en cuyo caso el volúmen que adquiere el vientre puede convertirse en una causa de distocia.

*Anatomía patológica.*—Infiérese de lo que precede, cuán numerosas y variadas serán las alteraciones que se encuentran en el cadáver. En cuanto al mismo derrame, puede ser mas ó menos abundante. Es raro que el abdómen contenga menos de dos libras de líquido, pues su cantidad llega con bastante frecuencia á sesenta, ochenta, cien y aun mas cuartillos; dícese que se han estraido hasta ciento y nueve libras de serosidad. Esta es á veces algo lactescente ó rojiza, y puede contener algunos copos albuminosos; casi siempre es de un amarillo citrino ó verdoso, inodora, y tiene muy rara vez un olor nauseabundo ó fétido: ofrece en ciertos casos al tacto una ligera consistencia oleaginosa, y en oposicion á lo que generalmente se dice, no la ha encontrado M. Andral mas albuminosa que la procedente de las demás hidropesías que dejamos estudiadas. Hace poco que un médico muy distinguido, M. de la Harpe, dice haber notado en la serosidad de algunas ascitis cierta porcion de fibrina, que, lo mismo que la de la sangre, se concretaba espontáneamente, formando coágulo. Segun el hábil médico del hospital de Lausana, este principio apenas se encuentra sino en las ascitis esténicas, en esas que, valiéndome de sus palabras, forman un término medio entre la simple exhalacion de serosidad y la peritonitis, con produccion de falsas membranas. Diremos, sin embargo, que las observaciones de este médico no son aun concluyentes, pues creemos que no bastan los caracteres que establece sobre todo para admitir la presencia de la fibrina. Por el contrario, está bien probado que en ciertas ascitis, en las que, por ejemplo, son consecutivas á la enfermedad de Bright, la serosidad derramada en el vientre contiene una cantidad mayor ó menor de urea.

La serosidad derramada en el vientre, ocasiona por sí misma diferentes lesiones. Asi, pues, cuando la coleccion es considerable, y las paredes del vientre han sido distendidas, se ve que la mayor parte de los músculos que las forman, y sobre todo, los músculos rectos; están pálidos, adelgazados y como atrofiados; lo mismo sucede respecto de los intestinos, que están rechazados hácia la parte superior del vientre; por último, el peritoneo parietal y visceral, presenta muchas veces un color opalino, un tinte lechoso, que resulta probablemente de la maceracion que esta membrana ha sufrido por parte del líquido derramado.

*Síntomas.*—Cuando la serosidad se forma en el peritoneo, el vientre aumenta poco á poco de volúmen, los enfermos se quejan desde luego de la opresion que les causan sus vestidos, incomodidad que es mayor despues de comer, cuando el estómago está distendido por los alimentos. Examinando entonces el vientre, se le encuentra mas ó menos deforme; si el enfermo está de pié ó sentado, el hipogastrio y las regiones ilíacas forman una prominencia mayor ó menor; si se acuesta horizontalmente, se ensanchan los vacíos, y si se recuesta, en fin, sobre uno de los lados, se abulta el vientre en el punto mas declive. No obstante, á medida que se aumenta el derrame, se hace mayor la tension del abdómen, cuya circunferencia puede ser doble ó triple del estado normal. Sucede entonces con bastante frecuencia, que elevándose el ombligo, forma un tumorcito blando, fluctuante y transparente, que se pone tenso durante la tos

ó los esfuerzos. La percusion del vientre suministra un sonido completamente macizo en todos los puntos ocupados por el líquido, cuyo sonido es tanto mas completo y mayor la resistencia que encuentra el dedo, á medida que la capa de serosidad tiene mayor espesor. Estos fenómenos marcan, pues, su máximum de intensidad en el hipogastrio y hácia los costados; disminuyen en la inmediacion de la parte superior, y se llega en fin á un punto mas ó menos próximo al ombligo, donde es menos completo el sonido macizo y existe ya alguna elasticidad, que es la que indica la línea de nivel del líquido. Por encima de este punto se nota una sonoridad timpánica producida por los intestinos, que en razon de los gases que encierran, tienen mayor pesadez específica, y nadan en la serosidad. Para comprobar estos fenómenos conviene percutir al principio ligeramente, para que el líquido no llegue á desalojarse. Pero si queremos descubrir el estado de las partes profundas, medir el espesor de la capa del líquido, y asegurarnos de que no hay en el centro del derrame ninguna asa intestinal sostenida por adherencias antiguas, es preciso deprimir la pared del vientre, y hacer la percusion á medida que nos aproximamos á la columna vertebral. En la ascitis se nota comunmente el fenómeno de la fluctuacion, la cual se hace en general tanto mas evidente, cuanto mayor es la cantidad del líquido, cuanto mas distendidas se hallan las paredes abdominales y menor sea la infiltracion del tejido celular subcutáneo. Para percibir la fluctuacion, basta aplicar una mano sobre un lado del vientre, y golpear ligeramente con la otra el opuesto: la primera siente al punto un choque ó una ondulacion. No siempre conviene sin embargo proceder de un lado á otro del vientre para comprobar la fluctuacion, pues no la encontrariamos sobre todo cuando no es bastante considerable el derrame para dilatar el vientre. En estos casos es preciso buscarla en el punto mas declive y en un pequeño espacio, donde percutiendo con el índice de una mano á distancia de 3 ó 4 pulgadas de la que se tiene aplicada, se obtiene lo que se llama *fluctuacion periférica*. Este modo de esploracion ha sido perfectamente descrito por el doctor Tarral. En los casos comunes conviene en general aplicar la mano á la parte inferior del vientre, donde tenga mas espesor la capa del líquido. Para notar la fluctuacion, basta unas veces colocar simplemente la mano, y otras es preciso deprimir con bastante fuerza las paredes abdominales. La fluctuacion se percibe raras veces en toda la estension del sonido macizo, pues en ciertos casos solo existe de un modo manifiesto en el hipogastrio ó hácia los vacíos.

Cuando la ascitis se hace considerable, la piel del vientre está lisa y tensa; el tejido celular subyacente no tarda en infiltrarse, y no es raro ver hasta el mismo dermis penetrarse de serosidad. En estos casos basta pasar muy ligeramente la uña sobre el abdómen para que se forme un surco mas ó menos profundo, que no tarda en borrarse. La infiltracion llega por último á propagarse á todo el cuerpo, especialmente á los miembros inferiores.

Las vísceras abdominales, sobre todo los órganos digestivos, sufren una alteracion mas ó menos notable de sus funciones, proporcionada á la compresion que sobre ellos ejerce el líquido derramado. Asi es que las digestiones son laboriosas y molestas; á veces sobrevienen vómitos y un estreñimiento pertinaz; en el tubo digestivo, sobre todo en el estómago, suelen formarse gases en abundancia, que aumentan la ansiedad, y la ingestion de alimentos y bebidas hace

igualmente mayores la incomodidad y la tension del abdómen. Parece tambien que la compresion que sufren los riñones y los uréteres hace que disminuya muchas veces la secrecion urinaria, la cual recobra por lo comun toda su actividad luego que se ha evacuado el líquido por medio de la paracentesis. Tambien se esplica en gran parte por la compresion de las venas abdominales, el edema de los miembros inferiores y el desarrollo insólito que suelen adquirir las sub-cutáneas del vientre, y aun las de las paredes laterales del pecho hasta la axila, en cuyas venas se establece una circulacion suplementaria. Esto se prueba porque, luego que se destruye la causa de la compresion practicando la paracentesis, disminuye y á veces desaparece el edema de los miembros inferiores, y las venas de las paredes torácicas y abdominales recobran tambien su calibre á no ser que haya un obstáculo permanente en la vena porta, ó en la cava inferior, el cual seria entonces el orígen de todos los accidentes. En la ascitis hemos visto alterarse las funciones de las vísceras torácicas. La retraccion hácia arriba del diafragma, y la contraccion consiguiente que la cavidad torácica esperimenta, en su diámetro vertical, esplican la disnea de los enfermos, siempre proporcionada á la dilatacion dèl vientre, la opresion, las palpitaciones, y á veces hasta la hemoptisis, como parece haberlo observado Stoll. Estos accidentes tocan á su mayor grado de intensidad cuando la ascitis coexiste con un embarazo, pues las mujeres esperimentan entonces una ansiedad contínua, y se hallan amenazadas de sofocacion. Estos síntomas se hacen sobre todo alarmantes desde el sesto mes de la gestacion, es decir, cuando el fondo del útero se eleva á dos pulgadas y media por encima del ombligo.

La cara de los ascíticos está generalmente pálida, alterada, abotargada ó descarnada; las mucosas se hallan descoloridas, la piel seca, árida y rugosa; la orina es escasa, y la sed variable; la debilidad y el enflaquecimiento van siempre en aumento, y durante la estacion y progresion se ven los enfermos obligados á inclinar el tronco hácia atrás para conservar el equilibrio. Hay ademas otros muchos síntomas generales y locales, que varían segun la enfermedad de que es un síntoma la ascitis.

En los casos raros en que esta es idiopática y esténica, la acumulacion de líquido en el peritoneo se verifica con mas rapidez que en los precedentes; pero no es por lo comun tan considerable, y va precedida y acompañada de un estado subinflamatorio; asi es que la piel está caliente y halituosa, y el pulso dilatado, duro y mas frecuente que de costumbre; en fin, se sienten algunos dolores en el abdómen.

*Curso y duracion.*—El curso de la ascitis es variable, segun la causa que reconoce: unas veces es primitiva y otras consecutiva á ciertas hidropesías. Asi es que en las enfermedades del corazon, el derrame peritoneal va siempre precedido del edema de las estremidades inferiores, y muchas veces tambien del de la cara. El derrame se aumenta con mas ó menos rapidez; suele presentar alternativas sin causa apreciable; su duracion es siempre larga, es raro que termine antes de uno ó dos meses, y muchas veces persiste durante medio, uno ú muchos años. El doctor Graves cita una curacion que se verificó despues de ocho años. M. Canu, médico en Ivetot, presentó en 1842 á la Academia de medicina una observacion relativa á una mujer de treinta y seis años, que habiendo padecido de ascitis por espacio de diez y seis, se curó despues de haber sufrido

ochocientas ochenta y seis punciones. Cítanse, en fin, casos aun mas estraordinarios de ascitis, que persistieron por espacio de treinta ó cuarenta años. Pero notemos que estos hechos, maravillosos en la apariencia, han sido observados casi en su totalidad en mujeres, y que tal vez, menos que ejemplos de ascitis, son casos de hidropesía enquistada de los ovarios. La curacion de esta última afeccion, sin ser comun, es, no obstante, menos estraordinaria que la de una ascitis que ha durado un gran número de años.

*Terminaciones.*—La ascitis puede terminar por la curacion, la cual se verifica comunmente poco á poco, á causa de la reabsorcion lenta del líquido, ó bien con mas prontitud, en cuyo caso suele observarse un flujo por los intestinos, el estómago, las vías urinarias, la piel, y muchas menos veces por las glándulas salivales, la vagina, ó una superficie secretoria accidental. La cantidad de líquido espelido puede entonces ser enorme: asi se ha visto á una mujer arrojar 30 pintas de orina en setenta y dos horas (Mondière); y Penada cita un caso en que en noventa y seis horas se espulsaron 384 libras de orina. Los hechos mas notables de este género han sido reunidos por M. Mondière, en un trabajo que este observador, cuya pérdida es tan sensible, publicó en el séptimo tomo del periódico *La Esperiencia*. Hay algunos casos mas graves, en que ha llegado á ulcerarse la piel del ombligo, y el líquido ha salido por esta vía. En las personas afectadas de una hernia escrotal se ha visto tambien fluir la serosidad por una fístula del escroto, resultante de una escara gangrenosa que interesó hasta la túnica vaginal. Por último, cítanse tambien casos en que el líquido se ha abierto paso al través del intestino. Sea de esto lo que quiera, la ascitis casi nunca se cura cuando depende de una lesion material de los órganos, y si algunas veces cesa completamente, es casi siempre de un modo momentáneo, pues tarda poco en reproducirse.

Si se recuerdan las causas que mas frecuentemente desarrollan la ascitis, es fácil esplicar la terminacion funesta que por lo comun suele tener. Entonces generalmente se agravan la opresion y ansiedad; la hidropesía invade todo el cuerpo; sobrevienen desmayos, síncopes y gangrenas, y los enfermos sucumben de pronto ó lentamente.

*Diagnóstico.*—Tres son los puntos que comprende el diagnóstico: 1.° reconocer la ascitis: 2.° diferenciarla de otras enfermedades que tienen con ella alguna analogía; 3.° averiguar su causa.

La tumefaccion uniforme del vientre, el sonido macizo y la fluctuacion son los tres caracteres por cuyo medio diagnosticaremos la presencia de un derrame de líquido en el vientre. Se conocerá que el líquido se halla libre en el peritoneo por la facilidad con que se desaloja al variar las posiciones del tronco; asi, pues, haciendo acostar al enfermo sobre uno de los lados, el líquido obedeciendo á las leyes de la gravedad, se acumula en la parte mas declive, y percutiendo á este nivel obtendremos un sonido completamente macizo, mientras que en el punto correspondiente del lado opuesto, el sonido será mas ó menos timpánico. Si el enfermo se acuesta sobre este último lado, los resultados serán análogos, pero en sentido inverso. Variando de este modo las posiciones del enfermo, podemos llegar á conocer los derrames poco abundantes y que aun no determinan la fluctuacion ni el sonido macizo, como lo ha demostrado M. Piorry. Mas, como el líquido entonces se acumula especialmente en la

pelvis, es preciso, para descubrir su presencia, á beneficio de nuestros medios de esploracion, elevar aquella é inclinar el enfermo hácia un lado, para que reuniendo asi toda la serosidad en un solo punto, se pueda obtener el sonido macizo y determinar el fenómeno de la fluctuacion, si no existen adherencias antiguas que se opongan á que varie el sitio del líquido. Ya he dicho mas arriba cómo debiamos proceder para producir la fluctuacion, y no volveré á repetirlo. Importa mucho advertir á nuestros jóvenes comprofesores que no confundan la fluctuacion con la vibracion ó el estremecimiento que esperimentan las paredes abdominales, distendidas, cuando se percuten bruscamente. La sensacion que se esperimenta en estos casos difiere bastante de la fluctuacion, y solo el hábito puede enseñarnos á distinguir estos dos fenómenos.

Hay diversos tumores ó enfermedades del vientre que pueden simular la ascitis, y que han hecho cometer errores en el diagnóstico: estos son la timpanitis, los tumores enquistados, la dilatacion de la vejiga por la orina y todos los tumores debidos al desarrollo del útero.

En la timpanitis, el vientre se halla mas ó menos distendido, como en la ascitis; pero en la primera el abdómen ofrece en toda su estension una sonoridad exagerada, mientras que en la ascitis el sonido timpánico no se encuentra mas que en la parte superior, donde se hallan acumulados los intestinos, pues en los demás puntos el sonido es mas ó menos macizo.

Si la vejiga dilatada por la orina hiciera sobresalir la pared abdominal anterior, el sonido es macizo á su nivel, y puede obtenerse la fluctuacion lo mismo que en la ascitis; pero en el caso de retencion de orina la fluctuacion es mas profunda y oscura; el tacto del abdómen nos da á conocer la presencia de un tumor oval ó periforme, situado en la línea media; el sonido macizo apenas cambia aunque el enfermo mude de postura, y comprimiendo el tumor suelen provocarse las ganas de orinar. Por último, la salida de la orina por medio del cateterismo, disiparia todas las dudas que aun pudieran abrigarse.

Es imposible confundir la ascitis con un embarazo adelantado, pues en este se halla ocupado el abdómen por un tumor piriforme, duro, macizo y no fluctuante, situado en la línea media, un poco hácia la derecha. Si se practica la auscultacion á su nivel, se oyen el ruido placentario y los latidos dobles del corazon del feto; en fin, tambien puede reconocerse por el tactar el acortamiento mas ó menos considerable del cuello uterino y el movimiento de traqueteo. Es igualmente fácil distinguir la ascitis de la hidrometra, de la pneumatosis uterina, de los tumores enquistados de los ovarios, y de la enfermedad impropiamente llamada hidropesía del estómago, como veremos detenidamente al ocuparnos de cada una de estas enfermedades. (Para el diagnóstico diferencial de ciertos abcesos del bazo, véanse estos).

Hay una afeccion bastante rara, que casi era imposible distinguir de la ascitis, cuando la ciencia carecia de los medios esploradores que hoy poseemos: hablo de esos tumores enquistados de las paredes abdominales (hidropesías enquistadas del peritoneo), de que hace mencion Morgagni en su Carta treinta y ocho, los cuales se han visto estenderse desde el epigastrio al pubis, y de un hipocondrio al otro. El vientre en estos casos se halla desarrollado, fluctuante y da un sonido macizo como en la ascitis; pero basta la percusion para conocer la naturaleza del mal. Demostrará en efecto, que las posiciones del enfermo no

pueden hacer que cambie de lugar el sonido macizo, que existe igualmente en toda la estension del tumor; y en fin comprimiendo fuertemente con el dedo estendido la pared abdominal en los puntos mas declives, como el hipogastrio, y percutiendo con fuerza, nos convenceremos por el sonido algo claro que se obtiene y por la elasticidad que perciben los dedos, que los *intestinos existen á este nivel, sin que hayan sido dislocados;* circunstancia esencial, pues ya hemos visto que en la ascitis están siempre por encima del derrame. Tendráse en cuenta, como complemento del diagnóstico, que la enfermedad ha empezado por un tumor circunscrito que fue poco á poco invadiendo todo el vientre, estendiéndose muchas veces de arriba á abajo; y faltarán, por último, los síntomas de las afecciones que suelen producir la ascitis.

Luego que esta se ha reconocido es preciso determinar su causa, lo cual se consigue las mas veces estudiando los antecedentes del enfermo, el curso que ha seguido la ascitis y los accidentes morbosos que la acompañan. El derrame peritoneal que aparece consecutivamente al edema de las estremidades inferiores, puede depender de un obstáculo al curso de la sangre en la vena cava inferior; pero casi siempre es indicio de una afeccion orgánica del corazon. La ascitis que se presenta en los individuos cuya cara está pálida y abotagada, y que han tenido ya edema en otras muchas partes del cuerpo, debe hacernos suponer la existencia de la enfermedad de Bright, y obligarnos á examinar las cualidades de la orina. Cuando la ascitis es primitiva, y se trata de un individuo que presenta la diatesis serosa en su mayor grado, y sabemos que la hidropesía ha empezado por el vientre, propagándose despues consecutivamente á las demás partes del cuerpo, es preciso buscar en el mismo abdómen la causa de la enfermedad. Por medio de la palpacion y percusion, podremos reconocer en esta cavidad algun tumor mas ó menos voluminoso, y si nada encontrásemos á pesar del mas atento exámen, debemos sospechar que hay algun obstáculo en la vena porta, ó mas bien una cirrosis del hígado; pues esta lesion es la causa mas frecuente de las ascitis primitivas. Por último, cuando el derrame peritoneal ha sido precedido de dolores en el vientre, de un gran enflaquecimiento, y va acompañado de renitencia y dureza de las paredes de esta cavidad, debe siempre atribuirse á una peritonitis crónica.

Antes de terminar esta materia repetiremos que son muy raras las ascitis idiopáticas; por lo cual conviene examinar siempre todos los órganos y todas las funciones, en los casos de derrames peritoneales, y analizar cuantos fluidos puedan ilustrarnos sobre la causa del mal. No debe olvidarse sobre todo, que algunas ascitis, en apariencia espontáneas, que sobrevienen rápidamente y sin dolor en individuos jóvenes y al parecer sanos, dependen muchas veces de una lesion grave del peritoneo, de la presencia de tubérculos miliares. Algunos enfermos, sin embargo, se restablecen momentáneamente de esta alteracion, y sucumben despues á una recidiva ó á otra enfermedad ocasionada por la misma diatesis. Hace quince dias que envié á las salas de M. Chomel una jóven, fuerte en apariencia, que padecia, sin saber á qué atribuirlo, una ascitis despues de algunas semanas. El modo con que la afeccion habia invadido, su curso, el estado actual de la enferma y la facilidad con que se curó, hicieron creer que la ascitis era esencial; pero no habian trascurrido algunas semanas cuando esta jóven volvió á entrar en el *Hôtel-Dieu* con una meningitis granulosa que la

condujo al sepulcro. En la autopsia encontráronse, aparte de las lesiones del cerebro, un gran número de granulaciones miliares en el peritoneo, que presentaba ademas algunas falsas membranas y un resto de derrame líquido.

*Pronóstico.*—La ascitis es una enfermedad siempre grave, no tanto por el derrame en sí mismo, cuanto por las lesiones de que casi siempre es sintomática. El embarazo es, en todos los casos, una circunstancia muy agravante, y es preciso saber que la paracentesis que muchas veces nos vemos precisados á practicar para combatir los accidentes, provoca en general el parto.

*Tratamiento.*—El tratamiento que debemos oponer á la ascitis es el mismo que el de las demás hidropesías: insistiremos especialmente en los purgantes hidragogos y en los diuréticos (Véase lo preceptuado anteriormente). Contra esta afeccion se han propuesto ademas algunas medicaciones especiales. Chrestien publicó en el tomo XXVII de los *Archives de médecine* un trabajo encaminado á probar la utilidad de la dieta esclusivamente láctea en las ascitis simples, y en las que son sintomáticas de las alteraciones del bazo y del hígado. Los enfermos de que habla se curaron á consecuencia de una abundante diuresis. ¿Fue espontánea esta supersecrecion, ó efecto del tratamiento? Este es un punto que aun no está aclarado. Sea, por lo demás, cual fuere el método que se haya seguido, para juzgar bien del efecto de los remedios, debe medirse de vez en cuando la circunferencia del vientre con un cordon, y marcar con tinta ó nitrato de plata la altura del derrame.

Cuando los medios comunes han sido inútiles, y la distension del vientre llega á producir una disnea y ansiedad considerables, es preciso evacuar el líquido por medio de la paracentesis. Comunmente suele tardarse demasiado en practicar esta pequeña operacion, que siempre alivia á los enfermos; y retardándola, como acostumbra hacerse, se distienden y debilitan mucho las paredes abdominales, lo cual es un motivo para que el derrame se reproduzca mucho mas fácilmente.

Cuando se trata de practicar la paracéntesis, el enfermo se mantendrá acostado sobre el borde de la cama correspondiente al lado en que debe operarse, teniendo la cabeza levantada por las almohadas y el cuerpo un poco inclinado. Un ayudante debe sostener al enfermo. La puncion puede practicarse indistintamente á derecha ó izquierda, á no ser que un tumor obligue á preferir uno de los lados. El punto de eleccion para introducir el instrumento corresponde á la mitad de una línea que partiendo del ombligo fuese á parar á la espina ilíaca anterior y superior. No obstante, si la ascitis coexiste con un embarazo, habiendo sido rechazado el líquido en gran parte hácia los hipocondrios, como lo demuestran el sonido macizo y la fluctuacion, háse aconsejado practicar la puncion en dicho punto (Scarpa y Cruch de Pavía). Pero creemos preferible, de acuerdo con Oliverio de Angers, dar salida al líquido al través del ombligo, ó por algun punto de la línea blanca. Sea cual fuere la parte del vientre en que se opere, y de cualquier modo que esto se verifique, conviene, antes de introducir el trócar, percutir el vientre á este nivel, y asegurarse por medio de la percusion superficial, y luego por la profunda, que no hay ninguna asa intestinal adherida en este punto.

Una vez tomadas estas precauciones, estando convenientemente untado con grasa el trócar, y despues de haberse asegurado de que el punzon está móvil en

la cánula y puede sacarse fácilmente de ella, se coge el instrumento con la mano derecha de modo que su mango se apoye en el centro de la palma, y se introduce rápidamente en el vientre hasta que ya no se sienta resistencia alguna, procurando mantener dilatada la piel con los dedos pulgar é índice de la mano izquierda; retirando entonces el punzon, el agua fluye por la abertura y se recibe en una jofaina. En general, no es necesario imprimir á la cánula movimiento alguno; á veces, sin embargo, debe inclinársela en diferentes sentidos, ayudando la salida del líquido mediante una presion ejercida en el vientre por las manos de un ayudante.

Aconsejamos vaciar el vientre en una sola vez, á no ser que la ascitis sea demasiado considerable, pues en este caso deberiamos practicar muchas punciones sucesivas, y no permitir en cada una de ellas sino el derrame de una parte del líquido, á fin de evitar la contraccion de las paredes sobre sí mismas. Cuando el líquido ha sido evacuado, la cánula se retira inmediatamente, mientras que con dos dedos de la otra mano se mantiene tirante la piel. Despues de haber limpiado la sangre que fluye en pequeña cantidad de la abertura, se aplica un pedazo de esparadrapo, y se rodea el vientre con un vendaje de cuerpo, medianamente apretado.

En algunos casos hemos visto producirse una hemorragia por la picadura. Cuando esto ocurre, y la compresion no basta para detenerla, podremos, como lo hacia Belloc, introducir en el trayecto de la herida un pequeño cilindro de cera, ó aun mejor, un pedacito de cerilla de las llamadas en Francia *rats-de-cave*, que merced á su torcida pueden introducirse y sacarse mas fácilmente. El síncope es tambien uno de los accidentes que sobrevienen despues de la paracentesis; pero, no obstante, es poco comun; la posicion horizontal y la inspiracion de algun olor penetrante, bastan para reanimar á los enfermos.

A fin de prevenir ó retrasar una nueva formacion de derrame, es preciso establecer, si por otra parte no existe alguna contraindicacion, una fuerte revulsion en los riñones, por medio de los diuréticos, en los intestinos, á beneficio de los purgantes enérgicos; y en la piel, de algunos baños de vapor. Continuarase asimismo practicando una compresion metódica sobre todo el vientre. Estos medios han producido á veces la curacion de algunas ascitis, ó por lo menos han retrasado su recidiva: asi resulta sobre todo de un trabajo publicado por M. Bricheteau en el periódico los *Archivos* en 1832. Este distinguido médico demostró especialmente la utilidad de la compresion en algunos casos de ascitis simples que no se complican con ninguna lesion orgánica, ni con ningun obstáculo á la circulacion venosa.

En diferentes épocas se ha intentado la curacion radical de la ascitis, en virtud de procedimientos análogos á los que se emplean para obtener la curacion del hidrocele. Asi, pues, se ha propuesto alternativamente inyectar en el peritoneo vapores vinosos, el gas protóxido de ázoe, agua tibia, alcohol, vino, un cocimiento de quina, y en estos últimos tiempos tintura de yodo. Muchos médicos notables no han temido emplear y preconizar este método: MM. Leriche y Dieulafoy han citado especialmente algunos hechos favorables (1), y M. Boinet, en un trabajo recien publicado por la *Gazette médicale* de 1851,

(1) *Revue médico-chirurgicale* de 1846, y *Union médicale* de 1850,

ha encarecido mucho las virtudes de las inyecciones yoduradas, y hasta ha proclamado su inocuidad. Este médico asegura que de trece operaciones de este género se cuentan en la actualidad once resultados felices. Por mucha confianza que este autor nos inspire, no nos atreveriamos á hacer ni aconsejar semejantes operaciones. En efecto, ¿cómo no temblar cuando se inyecta en el peritoneo un líquido tan irritante como la tintura de yodo (1)? Dícese, es verdad, que esta sustancia provoca una flegmasia especial, plástica, y que nunca se forma pus; pero ¿qué importa? no por esto dejará de producirse una peritonitis que puede ocasionar la muerte, que la ocasionará en efecto casi necesariamente, si llega á invadir toda la serosa abdominal. Nos parece tanto mas imprudente esponer á los enfermos á un peligro tan terrible, cuanto que, en nuestro concepto, semejante operacion es completamente irracional. Porque, si, como casi siempre acontece, la ascitis es sintomática, la inyeccion yodurada no puede remediar, en caso de buen éxito, sino un síntoma; y si la ascitis es esencial, y por consiguiente curable, se emplea un medio violento y de los mas peligrosos. Añadamos que las adherencias que los intestinos están espuestos á contraer entre sí y con las paredes del vientre, pueden ocasionar dolores y desórdenes permanentes en los órganos digestivos. Conviene, pues, mantenerse en una prudente reserva, recordando en presencia de esos prósperos resultados que tanto se ensalzan, que no hay operaciones irracionales, procedimientos bárbaros y medicaciones incendiarias, de que no haya triunfado muchas veces la fuerza medicatriz de la naturaleza.

## SECRECIONES SEROSAS DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS.

Los flujos acuosos ó serosos son muy raros en las membranas mucosas; las únicas secreciones de este género que algunas veces se observan, apenas ocupan sino el tubo digestivo y los órganos genitales de la mujer. Se han descrito flujos análogos que podian verificarse por las fosas nasales, de lo cual cita Morgagni algunos ejemplos; pero esta afeccion, que algunos han propuesto llamar *rinorrea*, no es aun bastante conocida. En el estudio de los flujos serosos intestinales creemos deben admitirse dos variedades, que son el *cólera asiático* y la *hidro-enterorrea*.

### *Del cólera asiático.*

El cólera epidémico ó asiático ofrece por síntomas principales en su forma grave, los vómitos y las cámaras de materias acuosas blanquecinas, semejantes al agua de arroz; la supresion de la orina; la frecuencia, la pequeñez, y luego la falta de pulso; el enfriamiento casi glacial del cuerpo; el color violado de la piel, que está flácida y rugosa; un enflaquecimiento rápido, calambres muy dolorosos en los miembros, una afonia mas ó menos completa, y una opresion á veces estremada.

*Historia.*—No disputaré si el cólera asiático es una enfermedad nueva, ó si

(1) M. Boinet aconseja inyectar en el peritoneo, y dejar en él durante algunos minutos, el líquido siguiente:

| | |
|---|---|
| Agua. . . . . | siete onzas. |
| Tintura alcohólica de yodo. . . . . | una onza. |
| Yoduro de potasio. . . . . | ochenta gotas. |

es la de que se habla en muchos pasajes de los libros sanscritos. Sea de ello lo que quiera, esta enfermedad fue conocida hace mucho tiempo en las Indias Orientales, donde reina endémicamente. Muchas veces ha llegado á traspasar sus límites naturales, ejerciendo estragos en puntos mas ó menos distantes. El hecho mas estraordinario que de esto conocemos, es el de esa epidemia mortífera que, empezando en Jessora, cerca de las bocas del Ganges, en 1817, invadió sucesivamente el Asia, el Africa, la Europa y la América, llegando á nuestros paises, que recorrió desde 1832 á 1836, atravesando en quince años mas de tres millones de leguas cuadradas. Habiendo desaparecido casi enteramente de Francia por espacio de trece años, este azote volvió á recorrerla en 1849, causando por lo menos tantas victimas como en su primera aparicion en 1832; desde fines de noviembre de 1853 hasta mayo de 1854 sufrió nuestro país por tercera vez una epidemia que fue benigna, si se la compara con las dos anteriores. Estas epidemias han sido objeto de muchos estudios y trabajos, entre los cuales mencionaremos especialmente el escelente tratado de MM. Gerardin y Gaimard; las monografías de MM. Bouillaud, Gendrin, Briquet y Mignot; las investigaciones de MM. Magendie y Rayer, y el notable artículo publicado en el *Dictionnaire de médecine* por Dalmas, hábil práctico y escelente observador, cuyo prematuro fin lloramos. Citaremos, en conclusion, los informes de M. Moreau de Jonnes, los de la comision médica del departamento del Sena, y los de los catedráticos Dubreuil y Rech.

*Anatomia patológica.*—Las lesiones cadavéricas difieren segun que el enfermo sucumba en el segundo período llamado de *cianosis*, ó bien en el tercero, llamado de *reaccion*. En el primer caso, los cadáveres pierden poco á poco su calor; la cara y los miembros conservan el tinte cianótico; el ojo está marchito, y todo el cuerpo demacrado; los músculos, poco consistentes, se hallan mas ó menos violados, cuyo color se encuentra en la mayor parte de los huesos esponjosos y hasta en la raiz y mitad de la corona de los dientes. Los intestinos, rara vez dilatados por los gases, suelen tener esteriormente un color violado, sobre todo en las asas que llegan hasta la escavacion pelviana. Abierto el tubo digestivo se ve que está pálido y descolorido á trechos, aunque en la mayor parte de su estension presenta diversos colores, como el rojo, el de heces de vino, el negruzco ó violado: sus túnicas parecen engrosadas. Los vasos de la parte correspondiente del mesenterio están infartados de sangre. Estas diversas coloraciones no pueden atribuirse á un trabajo inflamatorio, y sí únicamente á una estancacion sanguínea, pues cuando á ejemplo de M. Magendie, se inyecta agua en las arterias mesentéricas, se arrastra toda la sangre que infarta las paredes intestinales, recobrando estas el color blanco pardusco que naturalmente tienen. La membrana mucosa suele conservar su color y consistencia normales, pero presenta en toda la estension de las vías digestivas, desde el esófago hasta el recto, sobre todo al final del ileon, en el ciego y el cólon, una erupcion de cuerpecitos duros y opacos que resisten á la presion, del volúmen de una cabeza de alfiler, un grano de mijo ó de un cañamon, y que no son otra cosa que unos folículos tumefactos; esta lesion nada presenta de característico, pues no es especial del cólera; en efecto, se la encuentra en muchos estados morbosos, siempre que la exalacion intestinal se aumenta; y como por otra parte no es constante, no puede considerársela como el carácter anatómico de la enfermedad.

Los intestinos y el estómago de los coléricos contienen en mas ó menos abundancia un líquido de un olor desagradable, blanco y coposo, que ha sido comparado con el suero mal clarificado, ó con un cocimiento de arroz ó de harina de avena. La membrana mucosa se halla ademas tapizada por una materia parecida á la crema, que tiene un color blanco pardusco. Está generalmente admitido que la composicion del líquido colérico es idéntica á la que ofrece la serosidad de la sangre. Habiéndolo sometido M. Becquerel á algunos análisis, vió que estaba formado por un agua ligeramente albuminosa, neutra ó un poco alcalina, que contenia ademas de la albumina en disolucion, una cantidad variable de albúmina coagulada, unida á una cantidad muy pequeña de mucosidad, y á otra relativamente bastante considerable, de cloruro de sodio. Ademas de este líquido, puede encontrarse tambien en los intestinos bilis amarilla y verde, ó una serosidad rojiza y sanguinolenta. Los vasos linfáticos y biliarios se hallan sanos; el hígado, que tiene el volúmen ordinario, está infartado de una sangre negra y difluente, lo mismo sucede con los riñones, sobre todo en su capa cortical. El bazo está en general pequeño y duro; todos los demás tejidos parenquimatosos aparecen congestionados y tienen un color lívido particular. En las paredes de la vejiga, luego que se ha vaciado la orina, se encuentran á veces copos blanquecinos análogos á lo que hemos dicho se observan en el tubo intestinal. Los pulmones están por lo comun flácidos, deprimidos, y apenas infartados; otras veces es considerable la ingurgitacion sanguínea y aun se han visto núcleos apoplécticos en mayor ó menor número; á veces tambien se han encontrado en los bronquios los corpúsculos blanquecinos ya indicados del tubo digestivo y de la vejiga. El corazon es pequeño, flácido friable, y está lleno de una sangre negra y pegajosa, que se ha comparado muy bien con el uvate blando ó la gelatina de grosellas mal cocida. MM. Miguel Lévy y Tholosan observaron muchas veces, durante la epidemia de 1849, equimosis en la cara esterna del corazon, y en la interna del ventrículo izquierdo. Todo el sistema venoso, especialmente alrededor del corazon, está infartado de una sangre que tiene la misma apariencia y cualidades; la cantidad de este líquido que se encuentra en el cadáver suele ser poca, pues en la epidemia de 1832 era difícil recoger mas de 8 á 10 onzas. La mayor parte de los micrógrafos han visto que los glóbulos de la sangre colérica no presentan alteracion alguna apreciable; pero los químicos han hallado disminuida la cantidad normal de la fibrina, de la albúmina y de las sales, mientras que la materia colorante era cinco veces mayor. M. Andral ha obtenido resultados un poco diferentes, y ha consignado en una nota, leida en agosto de 1847 á la Academia de las ciencias, que la albúmina se mantenia en el suero de la sangre en su proporcíon normal. M. Becquerel dedujo á su vez de dos análisis, que en el cólera hay aumento en la cantidad de los glóbulos; que el suero menos abundante y mas denso, contiene albúmina, y proporcionalmente mas materia estractiva, mas sales, y sobre todo mas materias grasas, cuyo volúmen es casi triple. La supersecrecion intestinal esplica tambien el estado de sequedad mas ó menos completa en que se encuentran todas las membranas serosas del cuerpo, especialmente el peritoneo. En efecto, su superficie se presenta como pegajosa, y algunas veces está completamente seca, rugosa y apergaminada. El fluido céfalo-raquidiano está algo disminuido; los vasos cerebrales y raquidianos se hallan

mas ó menos infartados de sangre, igualmente que la pulpa nerviosa. En fin, tambien pueden hallarse empapados de sangre los nervios y sus ganglios, pero están siempre exentos de toda alteracion.

Cuando los coléricos sucumben en el tercer período, llamado de reaccion, las congestiones venosas son menos numerosas é intensas, pues entonces predominan los caracteres propios de la inflamacion y las congestiones activas. El cerebro tiene un aspecto arenoso, los pulmones estan á veces inflamados y hepatizados; la sangre que contienen los vasos es mas roja, y ofrece mayor cantidad de suero á medida que tarda mas en sobrevenir la muerte. El líquido colérico ha desaparecido, las membranas serosas están húmedas, y los corpúsculos intestinales forman poca ó ninguna elevacion, mientras que los folículos agmíneos suelen estar algo hinchados, pero sin presentar ninguna lesion característica de la calentura tifoidea: por último, la vejiga contiene mas ó menos orina.

*Síntomas y curso.*—El cólera asiático invade algunas veces de repente, pero en el mayor número de casos va precedido de prodomos, como malestar, debilidad, inapetencia, sed, dolores de vientre, borborigmos muy sonoros, diarrea amarilla ó blanquecina, mucosa y fétida; esperiméntase ademas postracion, insomnio, sudores, desmayos, escalofríos vagos é irregulares; el pulso está tranquilo ó un poco acelerado. A este conjunto de prodromos dieron algunos el nombre de *colerina*: este es, por decirlo asi, el primer período de la enfermedad. Estos accidentes, que se combinan entre sí de mil maneras diferentes, persisten mas ó menos, y pueden no durar sino un dia, ó prolongarse mas allá de un septenario, terminando casi instantáneamente por la curacion ó siendo reemplazados por los síntomas propios del cólera. M. Magendie dice que algunos enfermos han sucumbido sin haber presentado mas síntomas que los de la colerina. La muerte es debida entonces á la destruccion progresiva de las fuerzas, pero los hechos de este género han sido muy raros.

Luego que el cólera se declara, se hace viva la sed, y se reciben con avidez las bebidas frias; el vientre se pone mas ó menos retraido y algo sonoro, hay dolores cólicos que suelen aumentarse con la presion, y no tardan en sobrevenir vómitos de esas materias blancas y grumosas, de un olor desagradable de que anteriormente hemos hablado; al mismo tiempo sobrevienen evacuaciones albinas. Las materias intestinales, al principio amarillentas y fétidas, concluyen pronto por hacerse idénticas á las que se espulsan por la boca. Estas evacuaciones se reproducen generalmente con cortos intervalos; el pulso se acelera pronto, llegando á latir 120 á 130 veces por minuto, y su fuerza disminuye en proporcion de su frecuencia; los latidos del corazon son débiles y se acompañan á veces de un ruido de fuelle, debido sin duda á la obstruccion de los orificios por la sangre coagulada; la respiracion es penosa, anhelante, y mas ó menos acelerada; los enfermos se quejan de disnea, ó por mejor decir, de una opresion y una especie de constriccion sub-esternal, aunque la percusion y auscultacion no descubren ningun fenómeno morboso en el pecho. La voz se debilita; sobrevienen vértigos, cefalalgia y zumbido de oidos; se manifiestan calambres muy dolorosos en los brazos, los dedos y sobre todo en las pantorrillas, que están duras y consistentes como un leño; las fuerzas se hallan tan postradas que muchos enfermos no pueden estar de pié; su fisonomía espresa un abatimiento y unos padecimientos estremados; las facciones están contraidas y notablemente des-

carnadas, y los ojos hundidos y rodeados de una mancha negra. Si estos accidentes siguen agravándose, la piel se pone fria; el rostro adquiere un tinte azulado y la yema de los dedos de manos y piés se pone violada, sobre todo alrededor de las uñas, mientras que la piel de estas partes se presenta arrugada como si hubiera sufrido una larga maceracion en agua tibia. Cuando se pellizcan los tegumentos de las demás partes del cuerpo, conservan por mucho tiempo el pliegue que se ha formado, como si hubiesen perdido toda su elasticidad; no solo el rostro, sino todo el cuerpo enflaquece á causa de la absorcion del fluido seroso que lubrifica el tejido celular; todas las secreciones naturales ó accidentales están disminuidas ó suprimidas, y hasta se suspende por completo la secrecion urinaria. Al principio, ó en los cóleras mas graves, este líquido existe unicamente en cantidad menos considerable; por lo general es turbio, y muchas veces se ha descubierto en él la presencia de la albúmina. Este hecho, indicado en Alemania, ha sido atentamente estudiado en Francia durante la epidemia de 1849, primero por M. Rostan, y despues por MM. Bouchut y Miguel Lévy; este ha encontrado la albuminuria en la mayor parte de los casos: 511 veces entre 697.

En un grado mas adelantado, se dice que la afeccion ha llegado á su segundo período. Los miembros y la cara se hallan entonces completamente azulados, cuyo color puede invadir casi toda la superficie del cuerpo: los ojos están secos y empañados, la córnea marchita, á causa de absorberse una porcion del humor acuoso; y la piel está fria y cubierta de un sudor viscoso, de modo que al tocarla nos da la misma sensacion que si palpásemos la nariz de un perro ó la piel de una rana. La lengua está azulada y fria, la sed es viva, los vómitos generalmente mas raros que en el período anterior; las cámaras son involuntarias, y muchas veces están formadas por un líquido rojizo y fétido; se apaga la voz, el aliento es frio, y el aire espirado contiene á veces mas oxígeno que en el estado sano, como resulta de los esperimentos de Davy, cuya exactitud ha comprobado M. Rayer durante la epidemia de 1832. En este mismo período, la opresion y la disnea se aumentan; el pulso se hace imperceptible, y tambien á veces los latidos del corazon; la circulacion parece hallarse entonces interrumpida: asi es, que se ha podido cortar al través una arteria voluminosa, sin que saliera sangre. Si se abre una vena, solo haciendo presiones repetidas, se consigue estraer algunas cucharadas de una sangre negra y viscosa que se coagula en totalidad, conservando todo ó casi todo su suero. La sangre presenta una temperatura inferior en 4 ó 5 grados del termómetro de Reuamur, á la que se advierte en la de otros enfermos; esta disminucion de temperatura es general, y afecta las partes profundas lo mismo que las superficiales. Cooper vió en Berlin, en 1832, bajar la temperatura á 26 grados centígrados; y M. Roger observó, que en la epidemia de 1849 bajaba el termómetro 5 ó 6 grados respecto de la temperatura media fisiológica. En el período que describimos, todos los sentidos están debilitados ó tienen estinguida su accion; el oido sobre todo es tardo, la vista está perturbada, y la sensibilidad táctil abolida. No obstante, á pesar de tan imponente conjunto de síntomas, las facultades intelectuales se mantienen intactas, y es raro en efecto, que haya delirio. La mayor parte de las veces, los enfermos sucumben en medio de estos desórdenes. La muerte sobreviene, unas veces lentamente siguiendo á la agonía, y otras repentinamente como si

fuese ocasionada por un síncope; y lo que hay de notable entonces, es que muchas veces la temperatura del cuerpo se eleva cuando los pacientes han llegado á este último período; esto es sin duda lo que ha hecho creer á algunos que la temperatura de los coléricos aumentaba algunas veces despues de la muerte. Tales son los fenómenos que caracterizan este segundo período del cólera grave, al que se ha dado los nombres de *algido*, *azul*, *ciánico* ó *asfíxico*, á causa del enfriamiento del cuerpo, del color lívido de la piel, y de los fenómenos de asfixia que predominan.

Cuando el enfermo no sucumbe en el período algido, el mal cambia pronto de aspecto: el frio desaparece poco á poco; el pulso se hace perceptible y recobra su estension y fuerza; disminuyen la cianosis y el enflaquecimiento; la cara se pone colorada, los ojos se inyectan, adquiere fuerza la voz, se restablece la secrecion urinaria, y algunas veces se descubre en ella, pero accidentalmente, la presencia de la albúmina; en fin, la sangre recobra poco á poco sus cualidades normales, y su cantidad de suero es tanto mas abundante cuanto mayor es el tiempo que ha trascurrido desde que principió la reaccion. El conjunto de estos fenómenos caracteriza el período que se llama de *reaccion del cólera*.

Cuando ningun accidente opone obstáculos á este período, los enfermos tardan poco en convalecer; pero la reaccion no siempre es tan franca: hay enfermos en quienes es *incompleta*, es decir, que, despues de establecerse en parte, la reemplazan bien pronto nuevos síntomas algidos, que arrebatan á casi todos los individuos. En otros, la reaccion se complica con accidentes tifoideos; asi es, que sobreviene calentura; la lengua se pone seca, áspera y negra; los dientes se cubren de fuliginosidades; la sed es viva; los pacientes se hallan atormentados por un hipo contínuo; la cara presenta la espresion de la imbecilidad y el estupor; aparece el coma ó el subdelirio; sobrevienen rigideces, contracturas y saltos de tendones, y sucumben en fin á los cinco, seis, ocho ó diez dias á lo mas. Algunos sin embargo, suelen curarse; pero se restablecen lenta y muy difícilmente. En el curso de la reaccion cesan las evacuaciones intestinales y los vómitos. A veces, sin embargo, persisten estos, alternando con el hipo, y atormentan mucho á los enfermos: por lo regular van acompañados de dolores cardiacos, de mucha ansiedad, y suelen ocasionar la muerte. Durante la reaccion, es tambien cuando sobrevienen la mayor parte de las complicaciones, como las congestiones ó inflamaciones, especialmente de las meninges, del cerebro y de los pulmones y tambien diversas erupciones cutáneas (sarampion, escarlatina, roseola, eritema y urticaria). Algunas veces se han observado parótidas. M. Miguel Levy vió con frecuencia la ictericia durante la epidemia de 1849, y en todos los casos la enfermedad terminó felizmente.

Los síntomas precedentes no siempre guardan, sin embargo, el órden que acabo de indicar: se ha visto con bastante frecuencia en 1832, invadir el mal bruscamente con los síntomas mas graves del estado algido; en cuyo caso se decia, que el cólera era *fulminante*: en otros, la enfermedad presentaba los síntomas ordinarios, á escepcion de las cámaras y los vómitos, aunque el fluido colérico se exhalase abundantemente en los intestinos, como la autopsia lo demostraba.

*Duracion.*—El curso del cólera es mas ó menos rápido; puede á veces oca-

sionar la muerte en algunas horas, pero su duracion media es de unas sesenta; con bastante frecuencia la vida se prolonga siete dias, y muy rara vez mas de doce. En igualdad de circunstancias, la duracion del mal está en razon directa de la fuerza de los enfermos.

La convalecencia es mas ó menos rápida; generalmente se muestra lenta, y exige muchos cuidados, porque á veces se han esperimentado recaidas; otros enfermos conservan por un tiempo variable la dispepsia y diversas alteraciones de los órganos digestivos, ora permanentes, ora manifestándose con intervalos mas ó menos largos.

El cólera puede curar, ó suspender por un espacio de tiempo mas ó menos largo, las enfermedades agudas ó crónicas en cuyo curso se declara. Asi, pues, se ha visto que las hidropesías, las flegmasias y las afecciones rebeldes de la piel desaparecian, y que, hasta las calenturas eruptivas se hacian estacionarias y no seguian su curso sino despues de haber cedido completamente la afeccion colérica.

*Diagnóstico.*—Teniendo en cuenta la naturaleza de los vómitos y las cámaras, el enfriamiento de la lengua y de toda la superficie del cuerpo, la estrema debilidad del pulso, el color azulado ó cianótico, los calambres, la supresion de la orina y la afonia, es imposible confundir el cólera epidémico con ninguna otra afeccion conocida. El envenenamiento ocasionado por las sustancias caústicas, y sobre todo por el arsénico, es la única enfermedad que podria simular el cólera asiático. En efecto, cuando la cantidad de ácido arsenioso ingerida es considerable, puede observarse el enfriamiento del cuerpo, el estado ciánico del rostro y de las estremidades, la alteracion de la voz, la disnea, y la escasez y supresion de la secrecion urinaria; pero las evacuaciones albinas que son negras y sanguinolentas, y los vómitos de materias acres, biliosas é igualmente sanguinolentas, nos permitirán reconocer la causa de los accidentes, ademas de los datos que nos suministren los signos conmemorativos. Por otra parte, si, en cualquier estado de las cosas, hay alguna incertidumbre, el análisis químico de las deyecciones y las materias espulsadas por el vómito, disipará en breve todas las dudas. (Véase mas adelante *Cólera europeo*).

*Pronóstico.*—El cólera asiático es enfermedad muy grave, y que ha hecho grandes estragos en todas las partes donde llegó á presentarse, pues comunmente perecian la mitad de los enfermos. Parecia ser mas peligrosa en los dos estremos de la vida, y ha sido mas mortífera en el hombre que en la mujer. Los accidentes fueron siempre mas graves al principio de la epidemia, que hácia su declinacion. Cuando los enfermos se ponen frios, cianósicos y sin pulso, es grande el peligro. Una reaccion completa, continua y que no sea muy intensa, debe hacernos esperar una terminacion feliz.

*Etiología.*—El cólera asiático es endémico en la India, y solo accidentalmente suele verse en Europa. Sin embargo, desde la epidemia de 1832, no ha pasado año alguno en que no hayamos encontrado muchos casos, generalmente benignos, lo cual nos induce á creer que esta enfermedad es una afeccion ya definitivamente importada á nuestro continente.

Para esplicar el curso y los progresos del cólera asiático, se han invocado todas las causas ocultas por las que en todas épocas se ha pretendido esplicar la aparicion de las enfermedades epidémicas, y es inútil enumerarlas. Algunos

han tratado en todos tiempos de darse razon del curso y la propagacion del mal, atribuyéndolo á un agente contagioso. Esta opinion apenas encontró prosélitos en Francia durante la primera epidemia; pero despues de la que volvió á afligir este país en 1849, se presentaron muchos hechos todos favorables á la doctrina del contagio, y que fueron recogidos por la mayor parte de los médicos de los departamentos. Sin embargo, antes de adoptarlos, es necesario someterlos á un exámen severo para determinar con exactitud su valor.

Cuando se trata de una enfermedad epidémica que, como el cólera, salva repentinamente las mayores distancias, es preciso proceder con mucha reserva, y no darse prisa á deducir consecuencias, porque seria esponerse muchas veces á atribuir al contagio unos efectos que dependen del curso irregular y caprichoso de la enfermedad. Por otra parte, los casos de contagio recogidos en los centros epidémicos, presentan siempre alguna circunstancia sospechosa, á causa de la imposibilidad en que se está de distinguir la parte que pertenece al contagio, si existe, y á la constitucion epidémica cuya influencia es incontestable; he aquí por qué los hechos de contagio tan laboriosamente recogidos por MM. Briquet y Mignot, en su escelente libro, y relativos especialmente á los enfermos del hospital de la Caridad que fueron invadidos despues de su llegada á las salas de los coléricos, no tienen ni pueden tener valor alguno. Los únicos hechos capaces de resolver el difícil problema del contagio del cólera, son aquellos en que la enfermedad se trasladó de un foco epidémico á otro lejano, donde era desconocida, y se trasmitió de los recien llegados que cayeron inmediatamente enfermos, á los que les asistian. Y es positivo que han tenido lugar hechos de esta naturaleza. Uno de los mas notables que conozco, es el referido por el doctor Brochard, de Nogent-le-Rotrou (1). El departamento de Eure-et Loir disfrutaba de un estado sanitario satisfactorio, pues no habia ocurrido en él ningun caso de cólera, cuando muchas nodrizas que habian salido de París, acometidas ya de los prodromos del cólera, llegaron al departamento de Nogent-le-Rotrou; una de ellas fue á morir á su aldea, como tambien el niño que lactaba; y su hermana, que acudió de una aldea inmediata para prestarle sus auxilios, fue invadida á su vez y murió en pocos dias. Otra nodriza sucumbió con su niño en Nogent-le-Rotrou, y tres de las mujeres que la asistian fueron acometidas, siéndolo dos mortalmente; desde este momento el azote invadió la poblacion y causó en ella terribles estragos. Estos hechos son graves, y es difícil creer que no hubo en ellos sino una mera coincidencia; y aun suponiendo una influencia epidémica todavía oculta, no seria menos extraordinario ver á la enfermedad atacar esclusivamente primero á las personas que estuvieron en contacto con las primeras enfermas. Si se presentasen hechos iguales con los mismos caracteres de autenticidad, seria difícil negar al cólera el carácter contagioso. Sin embargo, la cuestion del contagio del cólera es problemática para la mayor parte de los médicos, pues especialmente en París los hechos han sido casi negativos. Las razones que militan contra la doctrina del contagio, han sido espuestas con mucho acierto por el doctor Jolly, en un notable trabajo que este sabio médico publicó en la *Union médicale* de 1853. Entre los hechos mas decisivos que pueden aducirse contra la idea del contagio, debe tenerse presente el que las

(1) *Du mode de propagation du choléra.* Paris, 1851.

personas que, como los médicos, los practicantes, las monjas, los capellanes de establecimientos públicos y los enfermeros, estuvieron en contacto mas inmediato con los coléricos, y en la atmósfera de las salas del hospital, se vieron atacados en menor número que las personas colocadas fuera del foco de la enfermedad. La cuestion del contagio del cólera, es de las mas delicadas. Importa, pues, estudiar los casos que se presenten con completa independencia y mucha rectitud de criterio. Digamos en conclusion, que si el cólera es contagioso, parece serlo escepcionalmente; la trasmision exige, para que el contagio se efectúe, relaciones un tanto continuas con los enfermos, como lo son las que median, por ejemplo, en las personas que los asisten.

Inútil es discutir con mas estension acerca de la causa primera del cólera; diremos, no obstante, que al considerar que este azote ha hecho sentir sus estragos en los paises mas diferentes, y en medio de las condiciones higiénicas mas opuestas, es racional suponer la existencia de una causa específica que probablemente está esparcida en la atmósfera; pero no podemos tener demostracion alguna sobre el particular. Como quiera que sea, hemos visto ejercerse la influencia epidémica no solo sobre el hombre, sino tambien sobre muchas clases de animales, especialmente los que tienen cuernos, sobre las aves, y hasta los peces. En general, el cólera nunca ha invadido súbitamente un país, sino que la mayor parte de las veces se ha mostrado precedido por diferentes estados morbosos que reinan epidémicamente como las fiebres intermitentes, las disenterias, las diarreas ó las afecciones gástricas.

Finalmente, en las últimas epidemias, se notó que ciertas causas predisponian mas á la epidemia, y que otras podian provocar su desarrollo. Entre las primeras se cuentan especialmente la aglomeracion de muchos individuos y la falta de ventilacion (Piorry), el habitar en parajes húmedos, la edad adulta, el sexo femenino, la miseria, las privaciones, los escesos, los trabajos rudos y los disgustos. Las causas ocasionales que han parecido mas frecuentes, son los enfriamientos, los escesos, las indigestiones, etc.

*Tratamiento.*—Casi todos los agentes de que dispone la terapéutica, se han preconizado para combatir el cólera, pues todos los facultativos se jactaban al principio de haber encontrado un específico; pero la esperiencia demostró que no podia emplearse un método uniforme de tratamiento, y que este debia variar segun muchas circunstancias, y sobre todo, segun el estado sintomático. Cuando en los prodromos se observa ese conjunto de síntomas llamado *colerina*, deben prescribirse la quietud en la cama, la dieta, las enemas mucilaginosas, las bebidas gomosas ó ligeramente aromáticas, y sobre todo, el opio interiormente ó en lavativas, desde uno hasta seis y aun ocho granos. Los pediluvios ó las cataplasmas sinapizadas, son útiles para calmar la cefalalgia. Cuando el pulso tiene resistencia, la piel un calor febril, y hay cólicos, debe hacerse una pequeña sangría del brazo, ó mas bien aplicar cierto número de sanguijuelas. Si el pulso, por el contrario, es débil y la postracion considerable, conviene insistir en las bebidas algo aromáticas y administrar algunos atiespasmódicos, sobre todo el jarabe de éter. Los medios precedentes convienen tambien por lo comun en el segundo período de la enfermedad, durante el cual aconsejan algunos la ipecacuana y los purgantes salinos con objeto de moderar las evacuaciones. El emético nos habia producido bastantes buenos resultados en la epidemia de 1832;

pero en 1849, ninguna ventaja reportamos de su administracion; lo mismo podemos decir respecto de los purgantes salinos.

En este mismo período, cuando las evacuaciones son abundantes, predominan los accidentes nerviosos, el pulso es casi imperceptible, y la sangre se estanca en la periferia del cuerpo y en los parénquimas, es preciso prescribir sin demora las bebidas estimulantes, como las infusiones calientes de manzanilla, de árnica, de café, de menta, de té, los vinos mas alcohólicos, y aun el aguardiente y el rom, como tambien el acetato y el carbonato de amoniaco en alta dosis; se escitarán la circulacion y la calorificacion con fricciones secas é irritantes, y mejor todavía con sinapismos permanentes y por medio de un calor artificial sostenido con saquitos de arena ó ladrillos calientes. Las emisiones sanguíneas son casi siempre entonces perjudiciales, aparte de que las mas veces seria imposible estraer sangre, por hallarse coagulada en los vasos.

Los medios que acabamos de enumerar nos han ayudado mas á producir la reaccion, que muchos medicamentos alternativamente preconizados durante la epidemia de 1849: tales son especialmente el stachis anatólica, el haschisch, el cloroformo, la sal marina y los mercuriales. Algunos se han propuesto tambien modificar la superficie intestinal, y por consiguiente, agotar la secrecion morbosa de que era el asiento, por medio del nitrato de plata en lavativas, en la dosis de cinco granos, y en pocion en la dosis de uno. M. Barht París, y M. Im. Lévy en Alemania, han obtenido, al parecer, alguna ventaja de la administracion de dicho medicamento; este es, pues, un medio que merece ser esperimentado.

La energía de estos diferentes medios debe disminuir á medida que se presenta la reaccion. Cuando esta es completa y moderada, debemos limitarnos á prescribir las bebidas dulces, aciduladas y atemperantes; si la reaccion fuese incompleta y persistiese alguna cianosis, conviene insistir con el tratamiento estimulante y tónico. Cuando, por el contrario, es demasiado intensa, es preciso moderarla con los antiflogísticos y la sangría general ó local; pero estos medios deben usarse con la mayor prudencia y reserva. El régimen antiflogístico, combinado con los revulsivos y los vejigatorios, es tambien útil en el primer período de la reaccion tifoidea; pero cuando predominan los síntomas adinámicos, conviene emplear de nuevo los tónicos, y especialmente la quina.

Hay un síntoma que siempre es muy penoso para los enfermos; este síntoma son los calambres, los cuales se moderan muchas veces mediante las fricciones secas, las aplicaciones narcóticas, las planchas imantadas, y sobre todo el cloroformo aplicado á los músculos doloridos.

No hay medio alguno que pueda preservar del cólera, pues los lazaretos y las cuarentenas han sido tan inútiles como las fumigaciones del cloro y el uso del alcanfor, de los aromáticos, desinfectantes, etc.

*Naturaleza.*—Inútil es discutir aquí acerca del valor de todas las opiniones emitidas sobre la naturaleza del cólera asiático. Se ha dicho que era una irritacion ó inflamacion gastro-intestinal, pero esta asercion no se ha confirmado por la autopsia. Otros lo consideran como una asfixia, una calentura algida, un trastorno de la inervacion general ó del gran simpático, y en fin, un envenenamiento. Esta última opinion es la mas sostenible, si se atiende á la causa probable de la enfermedad, y á los síntomas que la caracterizan y establecen

una semejanza completa entre ella y ciertos envenenamientos. Como quiera que sea, estas opiniones no son sino otras tantas hipótesis; y en la imposibilidad en que estamos de penetrar la naturaleza íntima de la afeccion, debemos, para clasificarla convenientemente en el cuadro nosológico, tener sobre todo en cuenta el síntoma predominante, es decir, la exhalacion intestinal: he aquí la razon que hemos tenido para colocar el cólera morbo asiático en la clase de las secreciones morbosas.

## *De la hidro-enterorrea.*

Es posible que sobrevenga por el ano un flujo de líquido transparente y completamente acuoso, sin mezcla de bilis ni mucosidades. Viajando Morgagni en posta para visitar á un cardenal enfermo, esperimentó deyecciones formadas por un líquido casi transparente. Mar Donatus, Car. Piso y Poterio refieren algunos hechos análogos. Hace algunos años, uno de mis antiguos maestros, Caillard, médico del *Hotel-Dieu* de París, esperimentó el mismo accidente que Morgagni, á causa de la violenta conmocion que le produjo una caida, y todos saben que el gran Haller perdia con frecuencia, bajo la impresion de los primeros frios, mas de tres libras de un líquido acuoso.

La enfermedad tiene casi siempre una breve duracion; no obstante, Caillard sufrió la evacuacion serosa de que hablo, repetidas veces y durante muchos meses consecutivos.

La cantidad de líquido evacuado ha sido variable. Morgagni arrojó 16 cuartillos en doce horas, y el enfermo de Poterio, segun se dice, 40 libras en solo un dia.

Esta escrecion apenas se acompaña de dolor abdominal; y aun á veces, como yo lo he visto en el médico del *Hotel-Dieu*, no hay ninguna incomodidad; pero los enfermos se debilitan considerablemente. Morgagni dice que se enflaqueció tanto como si hubiera pasado una larga enfermedad de consideracion. En todos ha durado en general bastante esta debilidad.

Es imposible determinar el órgano que ha segregado el líquido. Algunos han creido que era el páncreas; pero hasta ahora no se halla justificada esta opinion, y no hay razon alguna plausible para atribuir el flujo seroso, mas bien al páncreas, que al aparato folicular del tubo digestivo.

A estos casos pueden agregarse tambien ciertos flujos serosos del tubo intestinal, que han curado muchas hidropesías. Se han observado por ejemplo individuos curados de una anasarca despues de haber esperimentado vómitos abundantes y deyecciones de una serosidad clara, citrina y untuosa; en estos casos existió evidentemente una metastasis, y todo induce á creer que el líquido reabsorbido fue exhalado por la mucosa gastro-intestinal. Los autores hablan tambien de algunos otros flujos serosos, sobre cuya naturaleza no tenemos ningun dato exacto, y cuya existencia es por lo menos problemática. Tales son, por ejemplo, esas diarreas que se ha dicho estaban constituidas por la orina, la leche, ó una materia adiposa.

Nada se ha determinado todavía sobre el tratamiento que debe emplearse para combatir los flujos serosos de los órganos digestivos. Hay algunos que de-

ben respetarse, en cuyo caso se hallan los que hacen desaparecer alguna enfermedad grave, como una hidropesía. En cuanto á los flujos serosos tales como el que padeció Morgagni, creemos que pudieran disminuirse ó suspenderse con la ipecacuana, cuando se verifican esclusivamente por el ano: en el caso contrario, un purgante podria ocasionar el mismo efecto. Si los flujos se verifican á la vez por arriba y abajo, son perjudiciales los evacuantes; parece que en estos casos se han obtenido buenos efectos del uso interior de los calmantes y cordiales, y de los revulsivos aplicados á la superficie del cuerpo.

### EXHALACIONES SEROSAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.

Los órganos genitales de la mujer padecen á veces una exhalacion serosa, que puede verificarse durante el embarazo, ó en el estado de vacuidad del útero; el fluido seroso puede en ambos casos presentarse al esterior, ó detenerse en la cavidad uterina. Los ejemplos de flujos acuosos por los órganos sexuales de la mujer, son muy raros. Fernel, Baudelocque y otros autores citan algunos hechos que prueban que las mujeres han podido arrojar durante muchos años consecutivos, hácia la época menstrual, algunos cuartillos de un fluido acuoso, sin que se alterase notablemente su salud, pues ellas se quejaban cuando mas, de alguna incomodidad y una sensacion de calor ó de comezon hácia las partes genitales, sin cambio manifiesto en la forma y el volúmen del útero. Esto escluye la idea que tenia Desormeaux de que los líquidos estaban acumulados y retenidos algun tiempo en el útero, antes de llegar á escretarse, como sucede en la enfermedad que describiremos muy pronto con el nombre de *hidrometra*.

Tambien debe colocarse al lado de la enfermedad precedente, el flujo acuoso que se observa en algunas mujeres embarazadas, sobre todo hácia los últimos tiempos de la gestacion, que es lo que llaman los comadrones *hidrorrea* ó *aguas falsas*. El líquido sale gota á gota ó por oleadas, sin dolor é independientemente de toda contraccion uterina. Algunas veces sobreviene el flujo durante el sueño, pero en general lo provocan ó escitan los movimientos del cuerpo y las emociones: comunmente no ejerce influencia alguna funesta sobre el embarazo. Los autores esplican de diversos modos el orígen de las aguas falsas: unos creen que provienen de la alantoides ó de una hidátide abierta ó rota y otros de la cavidad del amnios, ya porque las membranas se desgarran, ya porque el líquido se infiltra al través de ellas. Pero Nægelé ha emitido una opinion que juzgamos admisible: este ilustre comadron cree que el líquido es exhalado por la cara interna del útero, y que se acumula por algun tiempo entre ella y las membranas despegadas, hasta que aumentándose el derrame, las membranas se desprenden hasta el cuello uterino, al través del cual fluye el líquido. Cuando sobreviene este accidente debe aconsejarse la quietud en la posicion horizontal.

Casi siempre, el líquido seroso exhalado en el útero, sobre todo durante el estado de vacuidad, antes que salga al esterior, se detiene un tiempo mas ó menos largo en lo interior del órgano, el cual aumenta de volúmen. Esta acumulacion de serosidad se ha llamado *hidrometra*, *hidrometría*, *ascitis* ó *hidropesía del útero*, enfermedad escesivamente rara, y hasta negada por al-

gunos, pero cuya existencia, sin embargo, nos parece comprobada por hechos que no admiten réplica. Nosotros solo distinguiremos dos especies de hidrometria segun que la acumulacion de serosidad se verifique en el estado de vacuidad ó de plenitud del órgano. Aquí no hablaremos, pues, de la hidrometra hidatíca de Astruc y Sauvajes, porque esta es una enfermedad esencialmente distinta de la que nos ocupa, á causa de hallarse constituida por la presencia de una ó muchas hidatides en la cavidad del útero. (Véase la historia de las hidátides). Por último, tampoco admitimos, á ejemplo de M. P. Dubois, la *hidrometra celular*, de J. P. Frank, en la que el líquido se halla derramado en las paredes uterinas: opinion que solo apoya este ilustre médico en un hecho incompleto, y que nos parece mas bien un caso de quiste hidatíco desarrollado en el espesor de las paredes ó en la misma cavidad del útero.

1.° *Hidrometra en el estado de vacuidad.—Síntomas y curso.*—Para que la serosidad se acumule en la cavidad del útero fuera del embarazo, son precisas estas dos circunstancias: la oclusion del orificio uterino y un aumento en la secrecion uterina. El cuello del útero puede obliterarse á consecuencia de una inflamacion adhesiva, del infarto y escirro de sus paredes, ó de la compresion que ejerce sobre él un tumor esterno: tambien puede obstruirlo una membrana, un pólipo, un coágulo fibrinoso, un moco espeso y tenaz, etc. Se ha dicho igualmente que una estrechez espasmódica del cuello puede ocasionar el mismo efecto; pero esta opinion, muy poco probable, no se halla justificada. Por lo demás, cuando existen las condiciones orgánicas que acabo de referir, y sobreviene en la cara interna del útero una exhalacion serosa ó seromucosa, suele formarse una especie de hidropesía. Pero no ha sido posible hasta ahora descubrir las causas que favorecen ó determinan esta supersecrecion.

*Síntomas.*—Cuando se acumula cierta cantidad de líquido en el útero, adquiere este un volúmen proporcionado á la abundancia del derrame; el hipogastrio está prominente; hay una sensacion de peso y tirantez en las ingles y hácia los riñones. Por medio de la palpacion abdominal se percibe un tumor mas ó menos voluminoso en la línea media, enteramente macizo y fluctuante; introduciendo el dedo en la vagina hasta el hocico de tenca, pueden imprimirse movimientos al tumor, y es fácil asegurarse que está formado por el mismo cuerpo del útero. Las reglas se suprimen generalmente, sobre todo cuando la enfermedad es antigua. Si esta no depende de ninguna lesion orgánica grave, pueden las mujeres conservar su robustez y fuerzas, y las únicas incomodidades que esperimentan son debidas al aumento de volúmen del vientre, producido por un tumor que, comprimiendo los vasos de la pelvis, puede infiltrar de serosidad los miembros inferiores. El líquido puede tambien salir al esterior despues de un tiempo mas ó menos considerable, unas veces poco á poco y otras de repente. Es raro que sea completamente seroso, pues en el mayor número de casos está mezclado con mucosidades y coágulos fibrinosos, ó á lo menos algo teñido de sangre; pero aun son poco exactos los datos que tenemos sobre este materia. Por último, una vez evacuado el líquido, el útero recobra poco á poco su volúmen normal, y puede curarse radicalmente, á no ser que persista la causa primera, pues entonces se reproduce el mal.

Segun M. Jobert, la hidrometría puede limitarse al cuello uterino, en cuyo caso esta parte aparece hinchada, su orificio está obliterado, y sin embargo de

tiempo en tiempo fluye de él un líquido seroso, mas ó menos abundante. Este es un punto de patología poco conocido aun, y respecto del cual debemos esperar nuevas observaciones.

*Diagnóstico.*—La hidrometra podria confundirse con el embarazo, los tumores sólidos del útero, la fisometria, los quistes de los ovarios, la ascitis y la dilatacion de la vejiga. El desarrollo del útero por la serosidad puede ir acompañado de la supresion de las reglas, de un ruido de soplo abdominal, debido á la compresion que sufren los vasos, de un aumento en el volúmen de los pechos, y de algunos fenómenos simpáticos que pudieran simular la preñez. Pero no se observa como en esta el movimiento de traqueteo, ni los latidos cardiacos del feto: tambien se reconoce la fluctuacion, lo cual no sucede en un simple embarazo. La circunstancia de que los tumores escirrosos ó fibrosos son duros, desiguales y muy pesados, permite siempre distinguirlos de una hidrometra. Mas adelante veremos que es fácil diferenciar esta de la fisometria y de los quistes del ovario. El diagnóstico diferencial de la ascitis y de la hidrometra, no ofrece dificultad alguna, pues la fluctuacion es superficial en la primera y profunda en la otra. En la ascitis puede hacerse que cambie de lugar el sonido macizo, pero esto es imposible conseguirlo en la hidropesía del útero; la forma del tumor, su situacion junto á la línea media, y los datos que suministra el tactar viginal y rectal, nos permitirán establecer el verdadero asiento de la enfermedad. En fin, con estos mismos elementos de diagnóstico, y sirviéndonos del cateterismo, nos será fácil tambien distinguir la hidrometra de un tumor de la vejiga. Luego que se ha reconocido la naturaleza de la afeccion, es preciso saber si la hidrometra depende de alguna lesion orgánica; lo cual se consigue estudiando los antecedentes y sobre todo por medio del tactar y del speculum. Este conocimiento es muy importante para el pronóstico y el tratamiento.

*Pronóstico.*—El pronóstico es favorable cuando el útero está sano, y grave cuando la hidrometra es sintomática de una lesion orgánica.

*Tratamiento.*—Todo el tratamiento consiste en evacuar directamente el líquido, para lo cual se aconsejarán desde luego las inyecciones y los baños, á fin de reblandecer el cuello; despues se introducirá en él un pedazo de esponja seca, para que al embeberse dilate el orificio. Algunas veces basta tambien comprimir fuertemente el útero ó hacer que reciba una sacudida violenta, tal como la que produce el vómito, para que fluya con rapidez el líquido derramado. Se aconseja igualmente introducir sin esfuerzos una sonda ó un estilete, para separar algun tumor ó vencer un obstáculo poco resistente. Por último, en los casos estremados se ha tratado de practicar una incision ó puncion en el cuello; pero semejante procedimiento no está aun justificado por la esperiencia. Por lo demás, una vez evacuado el líquido, conviene impedir que se reproduzca la exhalacion, comprimiendo al efecto el vientre, y escitando otras secreciones.

2°. *Hidrometra durante el embarazo.*—Esta especie de hidrometra se halla constituida por un aumento insólito del fluido amniótico, Ignoramos absolutamente las causas de esta supersecrecion; pero en algunos casos ha parecido ser el resultado de la plétora sanguínea, y ha presentado en su desarrollo el carácter de una hidropesía activa. Es raro que se anuncie antes del quinto mes, y se la ha observado especialmente en los embarazos dobles. Ciertas enfermedades de la placenta pueden producirla: asi es que en un caso de hidrometra obser-

vado por mí en 1849, una mitad de la placenta estaba endurecida, y se parecia mucho en su aspecto esterior, y sobre todo cuando se la cortaba á la carnificacion del pulmon.

En la hidrometra, el vientre adquiere rápidamente un volúmen considerable; y por lo regular al quinto ó sesto mes del embarazo, el útero se halla mas distendido de lo que acostumbra estarlo á fines del noveno. Las paredes uterinas deben hallarse entonces reducidas á una escesiva tenuidad, si hemos del juzgar por la facilidad con que se percibe la fluctuacion. Yo la encontré una vez tan superficial y ostensible, como si el líquido se hubiese derramado en el peritoneo; pero en estos casos, la forma del vientre, que diseña con exactitud el tumor uterino, la desviacion de los intestinos hácia atrás y lateralmente, la imposibilidad de hacer cambiar de lugar al líquido, y por consiguiente al sonido macizo, impedirán, aparte de los datos que nos suministrará el tactar vagina, confundir con una ascitis la hidrometría que sobreviene en el curso de la gestacion.

La estremada distension que sufre el útero, suele muchas veces provocar el aborto; otras el embarazo llega á su término natural, pero el feto nace débil y miserable; finalmente, muchas criaturas mueren en el útero en una época mas ó menos adelantada de la gestacion, y son espulsadas despues de mas ó menos tiempo. La hidropesía del amnios hace sentir especialmente sus funestos efectos sobre el feto. Concíbese bien que esponga á la mujer á dislaceraciones uterinas, y despues del parto á las hemorragias pasivas por inercia: sin embargo, nada sabemos todavía de positivo respecto del particular.

El arte es casi impotente contra esta enfermedad, pues una vez declarada, casi nada puede detener su curso. Cuando, siendo mucha la dilatacion del útero, esperimentan las mujeres una ansiedad considerable, y se alteran ó dificultan la digestion y la hematosis, por la compresion y dislocacion hácia el pecho del estómago y el diafragma, se hace urgente evacuar las aguas del amnios, practicando al efecto una puncion en la bolsa amniótica por la vagina al través del cuello, la cual es indudablemente preferible á la que Camper y Scarpa aconsejan hacer entre el ombligo y el pubis.

---

# SEGUNDO GENERO DE SECRECIONES

## MORBOSAS.

### DE LAS SECRECIONES MUCOSAS.

El fluido que segregan las membranas mucosas puede exhalarse en mayor abundancia, á cuyo aumento de secrecion mucosa llamaban los antiguos *catarro*.

La palabra *catarro* solo ha espresado durante muchos siglos una idea hipotética y verdaderamente absurda. Los médicos griegos y sus sucesores suponian, en efecto, que una materia morbosa se exhalaba en la cabeza y se dirigia en

seguida hácia una membrana mucosa; pero desde F. Hoffmann se han estudiado é interpretado mas racionalmente estos flujos. El autor que acabamos de citar consideraba estas secreciones morbosas, como efecto ó consecuencia de una lesion especial de la membrana mucosa, ó como el resultado de una alteracion de los fluidos. La mayor parte de los patólogos modernos las describen como una enfermedad primitiva del órgano secretorio; pero no están de acuerdo cuando tratan de determinar su naturaleza. Para unos, la palabra *catarro* no significa mas que una inflamacion aguda ó crónica de una membrana mucosa, á la par que otros la reservan para designar un flujo mucoso independiente de todo trabajo inflamatorio apreciable: este es el sentido que nosotros le damos. En el estado actual de la ciencia, la palabra, *catarro* debe, pues, sugerirnos la idea de un aumento accidental en la secrecion de los folículos mucosos, sin que haya actualmente en ellos ningun trabajo flegmásico.

Los antiguos piretólogos consideraban esta alteracion de la secrecion mucosa como el carácter esencial de ciertos estados febriles diferentes, como las calenturas catarral, mucosa y pituitosa. En la primera se suponia una afeccion limitada á la membrana pituitaria y los bronquios, mientras que en las otras se creia que la alteracion ocupaba ademas la mucosa de los órganos digestivos. Sin embargo, consultando los principales escritos que nos han sido trasmitidos sobre las epidemias, se ve que bajo los nombres de calentura catarral, mucosa y pituitosa, los médicos describieron no una afeccion especial, sino diversas enfermedades que reinaban bajo una misma constitucion epidémica. Ademas, cuando en la calentura catarral simple habia una alteracion manifiestamente inflamatoria de muchas mucosas, con especialidad de la de los ojos, nariz, garganta y vías aéreas, era menos evidente la afeccion de estos tejidos, y aun las mas veces se dudaba de ella en las calenturas llamadas mucosas ó pituitosas; ó si acaso existia, no era mas que un epifenómeno del estado general. En efecto, las formas graves de estas pretendidas calenturas catarrales corresponden manifiestamente á nuestra afeccion tifoidea. Por último, es muy cierto, como dice con razon M. Littré, que en muchos casos se llamaba á una enfermedad catarral, no por los síntomas que presentaban las membranas mucosas, sino en virtud de una causa hipotética, llamada catarral, cuya existencia se admitia gratuitamente.

Los catarros, sobre todo crónicos, son por lo comun primitivos; pero algunas veces suceden ostensiblemente á una inflamacion aguda que ha dejado al terminar en la membrana mucosa un aumento de la secrecion natural del tejido, una especie de hábito morboso.

El catarro está caracterizado por el flujo mas ó menos abundante de un líquido incoloro, filamentoso, viscoso ó grumoso, que, á medida que la enfermedad es mas antigua, se hace mas espeso, amarillento, verdoso y despues opaco, en algunas circunstancias toma un aspecto purulento, como, por ejemplo, cuando sobreviene una alteracion grave de estructura en el tejido, ó cuando este es atacado por una inflamacion. El fluido segregado exhala un olor desagradable, y rara vez fétido, casi siempre alcalino, y en ciertos casos ácido. Visto al microscopio, se conoce que es homogéneo ó que se halla compuesto de glóbulos completamente análogos á los del pus, siendo por esta causa difícil y aun imposible diferenciar estas dos especies de líquidos. Los flujos mucosos van acompañados de varias alteraciones, segun la

mucosa enferma, la abundancia del flujo, su antigüedad y duracion. La secrecion mucosa no suele producir ningun dolor; otras veces se esperimenta en el órgano exhalante un poco de calor y prurito; pero casi nunca se observan síntomas de reaccion, ó á lo menos, si existen, son muy débiles y completamente efímeros. Cuando el flujo es antiguo y considerable, se ponen descoloridos los enfermos, caen en un estado de languidez; las carnes están flácidas, la piel se decolora, las digestiones se alteran, sobreviene la calentura héctica algunas veces, y el paciente puede sucumbir en un estado de marasmo.

El curso de los flujos mucosos es muy irregular: algunas veces se observan exacerbaciones por lo regular inesplicables, ó cuya causa se encuentra en un enfriamiento del cuerpo ó disminucion de la temperatura, sobre todo cuando al mismo tiempo es húmeda; asi, los catarros se agravan en el otoño é invierno, mientras que los climas y las estaciones cálidas los disminuyen generalmente ó los disipan del todo.

La duracion de estos flujos es variable, rara vez terminan antes de siete dias; están sujetos á reproducirse y al fin pasan al estado crónico, en cuyo caso es indeterminada su duracion. Hay muchos que son compatibles con un estado de perfecta salud, y acaban por hacerse constitucionales, formando entonces una especie de emuntorio, que debe tenerse en cuenta, y cuya supresion podria acarrear graves accidentes si fuera demasiado pronta.

La falta de dolor vivo y de calentura, y la invasion muchas veces brusca de la secrecion mucosa, ó lo menos las variaciones casi instantáneas que presenta, son otros tantos caracteres que distinguen los flujos mucosos. A esto añadiremos que, cuando la secrecion no es escesiva, los catarros son generalmente compatibles con la salud, siendo lo mas notable que muchos alteran poco ó nada las funciones del órgano que ocupan, lo cual, como ya lo hemos visto, no sucede en la inflamacion. La afeccion catarral no es, sin embargo, tan simple en todos los casos, siendo á veces sintomática, ó por lo menos coexistiendo con alguna alteracion grave de testura. Esta complicacion puede sospecharse cuando el enflaquecimiento no es proporcionado á la antigüedad y abundancia del flujo; cuando hay dolores vivos ó el moco sale mezclado con sangre negruzca, y cuando es opaco ó tiene en su superficie estrías delgadas, irregulares ú opacas, que parecen formadas por una materia purulenta. La distincion del pus y del moco no siempre, por consiguiente, es cosa fácil. Cuando el último es filamentoso, transparente, y no se mezcla con el agua, es ciertamente fácil distinguirlo del pus blanco y opaco, que forma emulsion con el agua y se precipita con el reposo; pero la dificultad se presenta en los casos en que la membrana mucosa exhala un fluido que tiene la consistencia del moco y el color del pus. Para resolver este problema se han propuesto la inspeccion microscópica y una multitud de esperimentos químicos; pero hemos visto que si hay algunos mocos homogéneos y desprovistos de glóbulos, como el del útero, todos los demás contienen glóbulos idénticos á los del pus, aunque son algo menos numerosos. Los esperimentos químicos tampoco nos han suministrado hasta aquí sino datos muy inciertos. Por otra parte, como dice con mucha razon el catedrático M. Berard, estas investigaciones no tienen ninguna utilidad, pues basta la simple inspeccion para conocer si el moco está ó no mezclado con pus. En efecto, cuando una mucosa suministra un líquido que tiene todavía cierta viscosidad, cuando sin

ser difluente como el pus, comunica al agua con que se mezcla un color blanco amarillento; y cuando en fin, se advierte en él un número mayor de glóbulos del que hay normalmente en el moco, es preciso deducir que el fluido que se examina es una mezcla de pus y moco. Acerca de esto recordemos tambien aquí lo que ya hemos dicho en otro lugar, y es, que la presencia del pus no supone necesaria ni aun ordinariamente, como se ha creido por mucho tiempo, una solucion de continuidad en la membrana mucosa, y solo debe inferirse de ello que hay mucha probabilidad de que esté inflamado el tejido.

El pronóstico de las afecciones catarrales es mas ó menos grave segun la intensidad, duracion y abundancia de la secrecion mucosa, su asiento y sus complicaciones.

Las afecciones catarrales atacan especialmente á los individuos de una constitucion blanda y linfática, á las mujeres, los niños y las personas debilitadas por enfermedades, escesos ó un régimen debilitante. La edad influye mucho sobre el sitio de la afeccion : asi, en la infancia se observan especialmente los catarros de la nariz, los ojos é intestinos; en la adolescencia, el del estómago, y en la vejez el de la vejiga y los bronquios. En fin, en la mujer, la membrana mucosa que suele padecer con mas frecuencia el catarro, es la del útero y la vagina.

Los catarros rara vez se acompañan, ni aun al principio, de una reaccion febril suficiente para reclamar los antiflogísticos : en este caso suele bastar una medicacion simplemente emoliente. Sin embargo, por poco que el flujo se prolongue, es preciso recurrir á los ferruginosos, amargos, aromáticos, resinosos y balsámicos administrados interiormente, ó bien en lociones, inyecciones ó fumigaciones. Cuando lo permite el estado de las partes, deben modificarse las superficies por medio de la cauterizacion.

Despues de estas generalidades, no tratamos de estudiar los flujos mucosos en todas las membranas donde pueden presentarse : asi, nada diremos de la *rinorrea*, la cual tiene la mayor analogía con la coriza crónica, á escepcion de que con la abundante secrecion de mucosidades, no hay signo alguno inflamatorio en la mucosa pituitaria. Tambien omitiremos hablar de la *blenorrea* ó flujo uretral, pues de ella nos ocuparemos al tratar de la blenorragia. Los únicos flujos mucosos que como mas importantes deben estudiarse aquí, son : la *broncorrea*, la *gastrorrea*, la *diarrea mucosa*, la *leucorrea* y el *catarro vesical*.

## DE LA BRONCORREA.

Sinonimia.—Catarro pituitoso, flegmorragia pulmonar, flujo bronquial.

La broncorrea es una enfermedad caracterizada por le espectoracion de una cantidad considerable de moco incoloro, filamentoso, transparente, mezclado con burbujas de aire, y parecido á la clara de huevo disuelta en agua : esta secrecion se verifica sin que haya ningun trabajo inflamatorio.

*Historia.*—A Laënnec debemos las primeras nociones que hemos tenido sobre la broncorrea : afeccion que este eminente médico describió con los nombres de *catarro pituitoso* y *flemorragia pulmonar*. Poco despues M. Alard, en su obra acerca de *la nature et le siege des maladies*, y M. Andral en su *Clinique*,

publicaron algunas observaciones dignas de ser consultadas; pero á M. Roche es debido el honor de haber trazado en el *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, una historia bastante completa de esta enfermedad, que separó con razon de la bronquitis. A estos diferentes trabajos es justo agregar el que Copland publicó en Inglaterra.

*Divisiones.*—La broncorrea puede ser aguda ó crónica: esta es la única division racionalmente admisible en el estudio de esta afeccion, y fue adoptada por MM. Roche, Andral y G. Copland.

*Anatomía patológica.*—Rara vez ha podido examinarse el estado de los bronquios en esta enfermedad. Laënnec dice que los caracteres anatómicos de esta afeccion consisten en una hinchazon mediana de la mucosa pulmonar, que le ha *parecido* ligeramente reblandecida y algo rubicunda en diversos puntos. Bajo este aspecto, añade Laënnec, la broncorrea parece ocupar el límite que separa las congestiones serosas de las sanguíneas, y corresponder mas bien á las primeras que á las últimas; pero los datos que el espresado autor presenta en este caso, son, como se ve, poco exactos. Habiendo examinado M. Andral muchos individuos que sucumbieron en el curso de una broncorrea, encontró pálida en toda su estension la membrana mucosa; yo he podido observar esto mismo en un caso en que la mucosa bronquial, enteramente pálida, conservaba tambien su grosor y consistencia normales. Estos hechos nos autorizan, pues, á considerar la broncorrea como una afeccion esencialmente distinta de la bronquitis aguda ó crónica: opinion que pronto veremos confirmada por los síntomas y el curso de la enfermedad.

*Síntomas.*—Los síntomas, el curso y el tratamiento de la broncorrea, son diferentes, segun que es aguda ó crónica.

1.° *Síntomas y curso de la broncorrea aguda.*—La broncorrea aguda invade generalmente de un modo casi repentino; los enfermos esperimentan una disnea considerable, mucha opresion y angustia en el pecho; este se halla agitado por las sacudidas de una tos seca, penosa y casi convulsiva; la sonoridad es perfecta, pero la auscultacion nos manifiesta casi en todos los puntos los ronquidos sibilante y ruidoso, mezclados á veces con los húmedos, mucosos ó subcrepitantes. Estas alteraciones de la respiracion no tardan en producir una congestion con tinte violado de la cara, y una tumefaccion enorme de las venas del cuello; entonces se alteran las funciones, las estremidades se enfrian, el pulso es pequeño, irregular é insensible; el cuerpo está cubierto de un sudor frio; hay vértigos, postracion, lipotimias, y muchas veces, cuando la muerte parece inminente, arrojan los enfermos con mas ó menos esfuerzos una cantidad considerable de esputos blancos, trasparentes y filamentosos, mezclados con burbujas de aire, y parecidos á una solucion concentrada de albúmina. Estos esputos salen á espensas de algunos esfuerzos de tos, á veces casi espontáneamente, y en tanta abundancia que simulan un vómito. Tamaña escrecion puede durar muchas horas, si bien es raro que continúe todo un dia, y suele cesar cuando los enfermos han arrojado 2, 4, 6 ú 8 cuartillos de un fluido albuminoso: en medio de tan graves desórdenes, no hay absolutamente la menor calentura. Una vez terminada la escrecion, los pacientes recobran algunas veces inmediatamente todas las apariencias de la salud; pero es mas comun que persistan por uno ó muchos dias un poco de opresion y tos, varios ronqui-

dos secos diseminados en el pecho, ardor en la garganta, alguna disminucion del apetito, y una fatiga considerable. Desde entonces es perfecta la salud; no obstante, la enfermedad está sujeta á recidivas. Los mismos accidentes vuelven á presentarse despues de cierto tiempo mas ó menos largo; es muy raro que el acceso se reproduzca pasados solamente algunos dias, pues en general suelen trascurrir muchos meses y aun años entre cada uno de los ataques. Infiérese fácilmente que si el mal se reprodujese á cortos intervalos y fuera muy considerable el flujo, se demacrarian los enfermos y presentarian los principales síntomas de la calentura héctica; pero son muy raros los casos de este género.

Puede, pues, establecerse que la broncorrea aguda no tiene mas que dos terminaciones 1.° la curacion, que es rápida y sobreviene casi sin convalecencia, como comunmente sucede; 2.° la muerte, que es ocasionada por la asfixia, en algunas circunstancias escepcionales, cuando es tan abundante la exhalacion de los bronquios, que obstruye todo el árbol aéreo.

2.° *Síntomas y curso de la broncorrea crónica.*—La broncorrea crónica, mas frecuente que la aguda, es casi siempre consecutiva al catarro pulmonar crónico. Aun cuando los caracteres anatómicos de la inflamacion desaparecen, el flujo catarral persiste, sostenido por una especie de hábito morboso de los tejidos. En la broncorrea crónica hay tos, mas ó menos disnea, ronquidos húmedos y secos en el pecho, y un estado permanente de malestar. En medio de estas condiciones suele presentarse sobre todo durante la noche ó algunas horas despues de comer, un flujo bronquial muco-albuminoso, acompañado de opresion, tos y disnea; pero es raro que se observe ese conjunto de síntomas tan graves que suelen notarse en la broncorrea aguda. Los accesos, en esta forma de la enfermedad, son mas repetidos, pues á veces se presentan una ó dos veces cada veinte y cuatro horas: hay enfermos que arrojan todos los dias 2 ó 4 cuartillos de fluido muco-albuminoso, sin que, á pesar de esta exagerada secrecion, se altere la salud general: no obstante, estas pérdidas continuas alteran al fin la constitucion, pasado cierto tiempo. Asi es que los enfermos se ponen amarillos ó pálidos ó lívidos; pierden las fuerzas, la disnea se hace habitual, enflaquecen, desaparece el apetito, se alteran las digestiones, sobreviene una especie de calentura héctica, y sucumben finalmente en el último grado del marasmo. Hay algunos que mueren sofocados por el esceso de exhalacion, y otros á consecuencia de alguna enfermedad intercurrente, como la pneumonia ó una afeccion orgánica del corazon. La duracion de la broncorrea crónica es larga, y siempre indeterminada.

*Diagnóstico.*—La broncorrea aguda ó crónica difiere de la bronquitis: 1.° por su brusca invasion; 2.° por la naturaleza albuminosa de la espectoracion; 3.° por la cantidad considerable de líquido que sale en poco tiempo; 4.° por la cesacion rápida de los accidentes. La broncorrea tiene alguna analogía con el asma húmedo, con el cual se confunde muy á menudo; pero mas adelante veremos que los accesos que caracterizan el asma, no son iguales á los de la broncorrea; ademas, la secrecion bronquial es distinta en ambas enfermedades. Es muy raro, por ejemplo, que la que constituye la crisis de ciertos accesos de asma, sea tan abundante y albuminosa como en la broncorrea. Por último, los fenómenos que suministra la auscultacion, la naturaleza de los síntomas generales y el curso de la enfermedad, no permiten confundir la broncorrea crónica

con la tisis, ni con la dilatacion de los bronquios. (Véanse estas afecciones).

*Pronóstico.*—El pronóstico de la broncorrea aguda solo es grave cuando, siendo mucha la secrecion, salen difícilmente las materias, de lo cual puede resultar la muerte por asfixia. El de la crónica, por el contrario, es siempre funesto, porque es muy raro llegue á curarse completamente, pues las mas veces no se hace mas que paliarla.

*Etiología.*—La broncorrea apenas ataca sino á los adultos, y sobre todo á los viejos, á las personas gruesas y de temperamento linfático, á las que pasan una vida sedentaria, y los viejos gotosos están mas espuestos á padecerla. La impresion del frío y de la humedad, las digestiones penosas y las emociones morales, son las causas determinantes mas comunes de la broncorrea, la cual sucede muy á menudo á las recidivas frecuentes de un catarro pulmonar.

*Tratamiento.*—Como la broncorrea aguda suele invadir con accidentes muy graves, urge emplear un remedio activo para prevenir una axfisia inminente. Aconséjase en este caso practicar una sangría del brazo; pero rara vez tiene aplicacion este medio, á causa de la debilidad primitiva del sugeto, ó del estado actual en que se hallan las fuerzas y el pulso, y solo debe recurrirse á él en los jóvenes robustos y fuertes, en quienes la arteria del brazo presenta todavía cierta resistencia. En todos los casos, la sangría debe ser moderada y *esploratriz*, repitiéndola en caso que produjese buenos efectos.

En estas condiciones es generalmente preferible administrar un vomitivo, y en especial la ipecacuana en cortas dosis (5 ó 6 granos cada cuarto de hora), de modo que escite náuseas contínuas, y por consiguiente, algunas sacudidas hácia el pecho, y una compresion en los pulmones que favorezcan la salida de las materias segregadas en los bronquios. Sin embargo, cuando no dan tiempo los accidentes, conviene administrar de una vez 20 granos de ipecacuana ó mejor 3 de emético para determinar evacuaciones prontas por arriba y por abajo, y efectos revulsivos. Para esto aconseja Copland prescribir 22 granos de sulfato de zinc; otros preconizan la raiz de violeta en cocimiento (1 á 3 dracmas en 2 libras de agua); pero estos medios no tienen ventaja alguna sobre el emético, y su accion es mas dudosa. Sea cual fuere la gravedad de los accidentes, conviene establecer revulsiones, y sobre todo provocar algunas secreciones artificiales: con este doble objeto se usan los purgantes y diuréticos, los sinapismos en las estremidades, y las ventosas secas sobre la piel del tórax. Por último, en los casos estremados no deberia vacilarse en aplicar uno ó muchos estensos vejigatorios.

La mayor parte de los medios que acabo de enumerar, son tambien útiles en la broncorrea crónica para combatir los accidentes agudos que sobrevienen durante el flujo; pero en el intervalo de los accesos, es preciso prevenirlos por medio de una buena higiene, ó modificando el estado orgánico de la mucosa bronquial. Los enfermos evitarán toda causa de enfriamiento; su alimentacion debe ser moderada, especialmente por la noche, pero sustanciosa y tónica: deben vestirse de franela desde la cabeza hasta los piés, tener una vida activa, y purgarse de vez en cuando, ó bien establecer un exutorio permanente en un brazo.

Para modificar el estado secretorio de la mucosa bronquial, puede recurrirse á las aguas minerales sulfurosas en bebidas y en baños; tambien se aconseja

el uso interior del agua de brea, de los bálsamos de copaiba, y tolú, y todas las sustancias balsámicas y resinosas. Los enfermos pueden ensayar igualmente el inspirar ciertos vapores, tales como el de brea, el de benjuí ó el de las bayas de enebro. Por último, cuando están abotagados, pálidos, endebles y debilitados, conviene administrarles los ferruginosos y los tónicos activos, como la quina.

*Naturaleza.*—Es evidente, atendidos los detalles que dejamos espuestos, que la broncorrea corresponde á la clase de los flujos, pues la secrecion escesiva constituye el único elemento patológico que puede caracterizar y clasificar la enfermedad. Decir que es una irritacion seria sentar una hipótesis completamente gratuita, y se halla probado hoy que la broncorrea no es una variedad de la bronquitis. La prueba de lo contrario no debe buscarse en los ronquidos secos que hemos indicado como constantes, pues se esplican muy bien por el estado de congestion momentánea que esperimenta tal vez la mucosa un poco antes de la secrecion; y digo *tal vez,* porque no se halla demostrada la existencia prévia de esta congestion, ni tampoco es necesaria porque los ronquidos pueden resultar de la estrechez de los bronquios producida por la exhalacion de un moco tenaz: es posible que esta sea la esplicacion mas verdadera del fenómeno.

## DE LA GASTRORREA.

La exhalacion abundante de un fluido mucoso en la superficie de la membrana interna del estómago, y su espulsion por el vómito, caracterizan la afeccion conocida con el nombre de *gastrorrea.*

Esta enfermedad, poco estudiada todavía, puede ser *idiopática* ó *sintomática.* En la primera variedad no hay lesion alguna material apreciable en la testura de la mucosa gástrica que esplique la exhalacion ó secrecion morbosa que padece.

*Síntomas y curso.*—En la gastrorrea se ven individuos al parecer completamente sanos, que arrojan de vez en cuando con esfuerzos de vómito, un líquido completamente acuoso, pero con mas frecuencia viscoso, filamentoso, trasparente, análogo á la clara de huevo, é insípido; rara vez ácido ó salado. Su cantidad varía entre dos onzas y una libra. Esta secrecion morbosa sobreviene comunmente por la mañana en ayunas; es mas raro que se verifique durante el dia ó algunas horas despues de la comida, en cuyo último caso suelen quedar los alimentos en el estómago, y no sale mas que el líquido mucoso. En la mayor parte de los enfermos la gastrorrea no produce casi ningun trastorno, ni aun en los órganos digestivos, pues aunque á veces van precedidos los vómitos de malestar y dolores epigástricos; aunque algunos pierden el apetito, y en los dias que preceden y siguen al flujo, son penosas las digestiones, estos casos son escepcionales y no pueden destruir la regla de que en la mayor parte he los sujetos afectados de gastrorrea, es poca la incomodidad que producen los vómitos, y no disminuyen el apetito ni alteran las digestiones. En una palabra, luego que los enfermos cesan de vomitar, recobran todas las apariencias de salud.

Los vómitos se repiten en intervalos variables. Unas veces trascurren mu-

chos meses entre cada acceso; otras sobreviene uno ó varios todas las semanas, y finalmente en algunos pacientes se repiten mas á menudo, como por ejemplo todas las mañanas poco despues de despertarse.

*Duracion y terminaciones.*—La gastrorrea puede curarse, pero su duracion es generalmente muy larga, y muchas veces se hace al fin constitucional. Concíbese que la reproduccion del flujo segregado puede con el tiempo hipertrofiar las glándulas mucíparas, y aun tal vez toda la membrana mucosa, pues la hipertrofia de algunos órganos suele ser la consecuencia de un aumento de actividad en sus funciones. Pero no se halla demostrado que la gastrorrea pueda ser, como se ha dicho, una causa activa de cáncer, pues aunque algunas veces se haya presentado esta degeneracion en personas que padecian un flujo mucoso antiguo del estómago, no hubo en tal caso mas que simple coincidencia; y cuando puede establecerse alguna conexion entre ambas enfermedades, se ve que la gastrorrea ha sido mas bien el efecto que la causa del cáncer.

*Diagnóstico.*—Hemos dicho anteriormente que existia una gastrorrea sintomática: la lesion que la determina con mas frecuencia, es la degeneracion escirrosa ó cancerosa de las paredes del estómago, en cuyo caso la gastrorrea es el primer síntoma de esta temible afeccion. Puede sospecharse que el flujo mucoso reconoce dicha causa cuando las digestiones son habitualmente difíciles, ó cuando hay una anorexia contínua, ó el enfermo enflaquece de dia en dia y se pone amarillento: accidentes que no se observan en la gastrorrea idiopática, pues aunque en esta pudiera sobrevenir la demacracion cuando el flujo estomacal fuese habitualmente considerable, es muy raro que esto suceda, y se encontrarian ademas en los otros síntomas y en el curso de la afeccion bastantes diferencias para establecer el diagnóstico diferencial, si no con seguridad á lo menos de una manera bastante probable.

*Pronóstico.*—La gastrorrea no compromete la vida, pero es una afeccion incómoda, y las mas veces muy rebelde.

*Etiología.*—Las causas que producen la gastrorrea, aun no están bien determinadas. Parece sin embargo, que ataca con mas frecuencia á los hombres que á las mujeres, á los individuos obesos, á los que hacen uso de alimentos condimentados con especias, de carnes ahumadas ó saladas, de frutas ácidas, y sobre todo, á los que abusan de los licores alcohólicos. No es raro ver algunos que, al siguiente dia de una comilona, vomitan en ayunas cierta cantidad de un fluido albuminoso; hay borrachos en quienes esta escrecion se reproduce con regularidad todas las mañanas al despertarse, cuya supersecrecion se esplica por el estado de escitacion en que se halla la membrana mucosa. En otros sobreviene el mismo accidente por efecto de un trastorno en la inervacion: tales son, por ejemplo, las gastrorreas que acompañan á ciertas neurosis del estómago.

*Tratamiento.*—Concíbese, en atencion á las causas, que un régimen conveniente debe ser muchas veces el principal ó el único medio para combatir ciertas gastrorreas. Tambien conviene estudiar la susceptibilidad individual, pues hay algunos alimentos que provocan la gastrorrea en virtud de ciertas idiosincrasias, y otros que la curan. Los enfermos llevan en general bien los alimentos tónicos: asi, al mayor número les conviene un régimen animal, el uso moderado de algun vino generoso, el de las aguas gaseosas, y despues de la comida una pequeña cantidad de té, de café, de aguardiente, ó de vino de Málaga, de

Alicante, etc. Tambien es útil conservar libre el vientre; y aun por medio de un purgante se puede contener una gastrorrea rebelde, ó prevenir la reproduccion de las que aparecen en épocas mas ó menos fijas, Los amargos, los tónicos, especialmente el estracto de quina y de casia amarga, y los ferruginosos, unidos á los baños de mar y las fricciones secas ó aromáticas, pueden curar algunas gastrorreas dependientes de una atonía del estómago en particular, ó de toda la constitucion. Cuando haya una neurosis dolorosa de dicho órgano, está indicado el opio, aunque muchas veces debe preferirse la triaca, por sus propiedades ligeramente tónicas. Por último, hay algunas gastrorreas que se modifican ventajosamente con las bebidas sulfurosas y las sustancias resinosas, como el copaiba, la trementina, el bálsamo de Tolú, etc.

## DE LA DIARREA CATARRAL.

De todos los órganos de la economía, ninguno padece el flujo catarral con mas frecuencia que el tubo intestinal; lo cual se esplica por la estension de la superficie, la naturaleza de sus funciones y las simpatías que el intestino tiene con la piel.

*Síntomas.*—La diarrea catarral está caracterizada por unas deyecciones líquidas, amarillentas, mucosas y mas ó menos abundantes, que por lo comun se verifican sin cólicos. En algunos enfermos las cámaras van precedidas de dolores abdominales, pero jamás tienen la agudeza de los que produce la enteritis; tampoco se observa el tenesmo que hemos visto en la disenteria. Nunca hay calentura, y las funciones digestivas pueden hallarse intactas; otras veces disminuye el apetito y sobreviene una sed intensa; el vientre se halla algo sonoro y ruidoso. Pero el síntoma predominante despues de la diarrea, es una debilidad mayor ó menor, proporcionada á la abundancia de las evacuaciones: sin embargo no puede compararse á la que existe casi siempre en las disenterias, aun en las mas benignas, y muchas veces hay un poco de enflaquecimiento. La diarrea puede seguir un curso agudo ó crónico, terminar en uno ó varios dias, persistir muchas semanas con alternativas, y está muy sujeta á recidivas.

*Diagnóstico.*—La diarrea catarral difiere de la enteritis por la falta completa ó casi completa del dolor y de la calentura, y porque en el mayor número de casos continúan ejerciéndose las funciones del estómago; asi es que la nutricion se altera generalmente poco. Esta última circunstancia tiene un gran valor para distinguir la diarrea catarral esencial, que solo consiste en un simple aumento de la secrecion folicular, de la que es debida á ulceraciones intestinales ó sintomática del reblandecimiento de la membrana mucosa.

*Pronóstico.*—La diarrea catarral, tal como aquí la comprendemos, es una afeccion constantemente benigna, y que solo puede llegar á ser grave en la tierna edad; pero casi siempre se complica entonces con alguna alteracion material del intestino.

*Etiología.*—La diarrea catarral es una enfermedad comun á todas las edades. Obsérvase especialmente en los estranjeros, en el primer período de su estancia en algunas ciudades populosas, como París, Londres y Amsterdam. Este ligero accidente reconoce por causa, no tanto el agua, á la que comunmente se atri-

buye, cuanto el concurso de otras muchas circunstancia, como la humedad y el cambio de régimen. El frio es una causa cuya accion no puede ser objeto de duda; por esta razon vemos con frecuencia que algunas personas son atacadas de flujos mucosos atónicos del tubo digestivo, á consecuencia de un enfriamiento de los piés ó de todo el cuerpo, ó despues de la ingesticion en el estómago de cierta cantidad de agua fria mientras el cuerpo está sudando: asi, pues, esta enfermedad es bastante comun en ciertas clases de trabajadores de los buques de vapor del Estado, que suelen pasar repentinamente de una temperatura de 40 á 60 grados á la del aire esterior, como se demuestra en un importante trabajo publicado en 1841 en la *Revue médicale* por M. Renault, cirujano de marina. En fin, hay diarreas catarrales de curso crónico, que deben su orígen á una alimentacion grosera y de mala calidad, ó á la permanencia habitual en lugares húmedos, ó cuya atmósfera está cargada de miasmas, como sucede, por ejemplo, respecto de los viejos y los niños que habitan las salas de un hospital.

La enfermedad que estudiamos es un accidente comun en la edad tierna, y sobre todo en los niños de pecho; el trabajo de la denticion, los escesos de la mesa, una alimentacion demasiado nutritiva ó insuficiente, el uso del biberon, y las demás causas que hemos enumerado anteriormente, son las circunstancias que desempeñan el principal papel en la produccion de la enfermedad.

*Tratamiento.*—Si la diarrea catarral no cede en algunos dias al uso de los mucilaginosos y opiados, auxiliados con el régimen, debe recurrirse inmediatamente á los astringentes y tónicos. Puede disolverse por ejemplo en agua de arroz de 20 granos á dracma y media de cachunde, ó administrar el estracto de ratania, la infusion de colombo, de casia amarga y de simaruba, el vino rancio, la triaca, el diascordio y una ligera maceracion de quina en frio. Tambien puede ser útil el sub-nitrato de bismuto, administrado en la dosis de un escrúpulo á una dracma y mas, en el adulto, y de 2 á 6 granos en los niños al principio de la comida. Por último, cuando la diarrea se resistiese á estos medios, pueden usarse con ventajas los purgantes amargos ó salinos, como el ruibarbo, ó bien las sustancias balsámicas, que obran modificando la secrecion de los folículos mucosos. Hay muchas diarreas crónicas dependientes del mal régimen ó de una habitacion insalubre, que ceden cuando se cambian las condiciones higiénicas. Si reconociesen por causa la impresion del frio húmedo, deberá cubrirse el enfermo de franela, aplicarse al vientre una faja de lana ó de piel, y hacer un uso no interrumpido de un calzado conveniente. Asi ha bastado muchas veces, para obtener una curacion rápida, aconsejar el uso de zapatos de goma elástica á personas que, teniendo los piés habitualmente en la humedad, padecian una diarrea interminable, que habia resistido á todos los medios. Por lo demás, sea cual fuere la causa de la diarrea, siempre deberemos escitar las funciones de la piel, no solo usando al efecto de vestidos adecuados, sino tambien por medio de fricciones secas ó aromáticas, y á beneficio de baños estimulantes, y sobre todo de los sulfurosos.

## DE LA LEUCORREA.

Sinonimia.—Flores blancas, *fluor aut profluvium mulieris*, *menstrua aut menorrhagia alba*; catarro uterino.

Las palabras *leucorrea* ó *flores blancas* no espresan, como pudiera creerse por su etimología, todos los flujos no sanguíneos que se verifican por la vulva,

pues solo deben comprenderse bajo estos nombres los flujos blancos, crónicos, que padecen ciertas mujeres, que no presentan, por lo demás, ninguna otra lesion del aparato genital. M. Marc de Espine, que en 1836 publicó en los *Archives* observaciones interesantes sobre esta materia, cree que en realidad no hay leucorrea hasta que el flujo incomoda á las mujeres por su abundancia: opinion á que me adhiero completamente.

*Caracteres anatómicos.*—No tenemos datos positivos sobre el estado anatómico de los órganos genitales en las mujeres que mueren con leucorrea. Dícese que la membrana mucosa de la vagina y del útero suele estar lívida ó violada; pero las mas veces mas bien se encuentra pálida, sin que presente por lo demás alteracion ninguna de grueso ó consistencia. El flujo leucorráico proviene casi siempre de la vagina y del cuello de la matriz; con alguna menos frecuencia de la cara interna del cuerpo uterino, y en algunos casos sumamente raros, segun se dice, de las trompas de Falopio.

*Síntomas.*—Los síntomas de la leucorrea se dividen en *locales y generales.*

1.° *Síntomas locales.*—Verifícase por las partes esternas de la generacion un flujo mucoso, blanco, amarillo ó verdoso, inodoro ó de un olor fastidioso. Acuoso algunas veces, es albuminoso y trasparente en la mitad de los casos; otras no tiene una trasparencia tan completa, pues se halla mas ó menos estriado de gris, azul ó amarillo; en fin, puede ser completamente opaco, cremoso ó caseoso. Es difícil conocer de una manera exacta la causa de estas variaciones de color; pues aunque algunos hechos nos permiten suponer que los colores azulado y amarillento dependen de alguna complicacion inflamatoria, aun no tenemos sobre esto ningun dato positivo. La abundancia del flujo varía mucho: hay mujeres que apenas llegan á humedecerse, y otras por el contrario, que se ven precisadas á ponerse paños como si tuvieran las reglas. Se han visto enfermas que han perdido en un solo dia muchas libras de líquido. Por lo demás, varían considerablemente en la misma mujer, de un instante á otro, el aspecto, las cualidades físicas y la cantidad del flujo leucorráico; asi, una temperatura húmeda y fria, el uso de ciertos alimentos, las pasiones tristes, la aproximacion de las reglas, etc., aumentan en general las flores blancas, que se hacen al mismo tiempo mucho menos albuminosas. Algunas mujeres se quejan de prurito en la vulva, de pesadez en el hipogastrio, de tirantez en las ingles, en la parte superior é interna de los muslos, en los lomos, la region sacra y hácia los riñones. Si se examina el estado de los órganos sexuales, se encuentran flácidas y pálidas las partes esternas; la vagina parece mas ancha, su mucosa está descolorida ó azulada; el cuello se presenta á veces hinchado, y abierto su orificio cuando el flujo proviene del útero. La piel de la vulva y de la parte superior de los muslos está algunas veces roja ó escoriada, á causa de la acritud que adquiere momentáneamente la materia del flujo. Por último, se ha dicho que varias mujeres leucorráicas son indiferentes á los placeres venéreos, y que entre otras sucede lo contrario; pero nada sabemos de cierto sobre esta materia, y en los casos que se citán no siempre se ha tenido en cuenta el temperamento ó los hábitos, y cuanto puede haber independiente del mismo flujo y lo que de este dimana.

2.° *Síntomas generales.*—Cuando la leucorrea dura algun tiempo, las mujeres se ponen pálidas y se empaña su color; las carnes están flácidas, las fuer-

zas disminuidas, y las enfermas caen en un estado de languidez; suelen padecer tiranteces y dolores neurálgicos hácia el estómago; tienen inapetencia, ó bien esperimentan una continua necesidad de comer, pero se satisfacen muy pronto; sus digestiones son lentas, trabajosas, y á veces hay perversion del apetito; se sienten muy fatigadas, y esperimentan palpitaciones y cefalalgia. En estas condiciones, las reglas disminuyen comunmente, se suspenden ó hacen irregulares. Finalmente, las mujeres llegan á padecer todos los trastornos que acompañan por lo regular á la clorosis.

*Forma, curso y duracion.*—Los síntomas precedentes tienen diversos grados en la mayor parte de las leucorreas, pero solo caracterizan el estado crónico, que es en realidad la forma habitual de la afeccion. Sin embargo, la leucorrea produce algunos accidentes agudos ó de escitacion, sobre todo cuando invade de repente. Asi es que el prurito de la vulva es á veces insoportable; hay ardor al orinar, y una sensacion de calor y peso en la vagina; las mujeres esperimentan un dolor gravativo é incómodo en el hipogastrio y hácia los vacíos; el flujo es al principio seroso, pero al cabo de algunos dias se hace consistente y adquiere un color amarillo ú opaco, hasta que al fin cesa despues de algunas semanas, ó pasa la enfermedad al estado crónico. La duracion de la leucorrea es variable: puede persistir muchos meses, muchos años y aun toda la vida. El flujo entonces, casi siempre continuo, ofrece numerosas irregularidades por su abundancia, color, olor y densidad: cambios que no siempre pueden esplicarse por las condiciones higiénicas ó individuales. La leucorrea puede ser periódica; existe, por ejemplo, durante muchos años como suplementaria de las reglas; y estos hechos, sin ser frecuentes, no son, sin embargo, muy raros.

*Accidentes consecutivos y terminaciones.*—La curacion es la terminacion comun de la leucorrea, y las mas veces sobreviene de un modo espontáneo. En otras, cesan las flores blancas luego que se establece la menstruacion en las jovencitas, y despues del parto en las mujeres de mas edad, etc. Cítanse tambien casos en que se ha disipado á consecuencia de cámaras ó sudores abundantes, de un tialismo ó de una enfermedad aguda. Se ha dicho que las flores blancas pueden terminar por la muerte; pero no conozco ningun hecho auténtico que lo pruebe, y creo que en todos los casos que de esto se citan, debió existir alguna lesion orgánica que pasó desapercibida.

La leucorrea habitual se ha considerado capaz de producir diversas enfermedades del útero y de la vagina, y sobre todo el prolapsus de estos órganos ó afecciones cancerosas: la primera de estas opiniones es probable, pero no la segunda. Tambien se ha considerado el flujo blanco como una causa de la esterilidad de ciertas mujeres: se ha dicho igualmente que los niños que dan á luz son raquíticos, escrofulosos ó ciegos, pero ninguna de estas opiniones se halla justificada por la observacion; y aunque se hubiesen notado con mas frecuencia estos accidentes en las leucorráicas que en las mujeres sanas, seria preciso determinar si deberian atribuirse mas bien á la debilidad de la constitucion que precede y suele ocasionar las flores blancas, que á la misma leucorrea. ¿Será espuesto cohabitar con las mujeres que padecen una leucorrea simple? ¿es verdad que puede contraerse entonces una blenorragia? Este es un punto de doctrina sumamente delicado. Considerada científicamente, importaria mucho resolver la cuestion, pero en la práctica no es necesario, pues de cualquier modo

que se resolviese, la tranquilidad de las familias exige muy á menudo que pretestemos una acritud particular de ciertos flujos leucorráicos ó de la menstruacion, para esplicar muchas blenorragias del hombre, evitando de este modo las fatales consecuencias de una infidelidad. Concíbese que, cuando la leucorrea es muy abundante y dura muchos años, llegue hasta cierto punto la economía á contraer este hábito; y tal vez podria entonces tener algun inconveniente el suprimirlo de pronto. Pero no debemos ni remotamente creer auténticos los muchos hechos referidos por los autores, en que la supresion de una leucorrea antigua fue orígen de enfermedades agudas y crónicas graves; pues en tal caso no suele haber mas que una simple coincidencia.

*Diagnóstico.*—Hay una multitud de afecciones agudas y crónicas de la vulva, vagina y útero, que producen un flujo blanco, amarillo ó verde, mas ó menos considerable; pero se distingue de la leucorrea propiamente dicha por el curso, los síntomas concomitantes, y sobre todo por los resultados que suministran el tactar y la esploracion por medio del spéculum. Este instrumento es lo único que puede demostrar si el flujo proviene de la vagina, del útero, ó de ambos á la vez. Pero todos los medios que posee la ciencia no bastan para distinguir la leucorrea simple de un flujo venéreo, y solo podemos raciocinar en este caso en virtud de meras probabilidades (Véase *Blenorragia*).

*Pronóstico.*—Aunque la leucorrea no compromete la vida, constituye una enfermedad desagradable para la mujer, manteniéndola muchas veces en un estado enfermizo de los mas molestos.

*Etiología.*—La leucorrea es una enfermedad mas comun en los paises húmedos y frios que en los climas cálidos, y mas frecuente tambien en las grandes poblaciones que en el campo. El temperamento linfático parece ser una causa predisponente; sin embargo, las mujeres pletóricas y las que gozan de una constitucion fuerte, se hallan mas espuestas al flujo que las delgadas. Las otras causas, tanto predisponentes como determinantes, cuya accion es menos dudosa, son la trasmision hereditaria, la compresion del vientre por los corsés, el abuso de alimentos gelatinosos que produce la atonía de los órganos digestivos, la vida sedentaria, las pasiones tristes, el habitar en lugares bajos y húmedos, el abuso del coito, la permanencia de un cuerpo estraño en la vagina, como un pesario, la existencia de oxiuros en el recto, ó la de hemorróides internas que sostienen una fluxion permanente en la inmediacion de los órganos genitales, los trastornos de la menstruacion, los partos, y sobre todo los abortos. Por último, hay algunas causas que son, por decirlo asi, individuales, y que solo obran en virtud de una idiosincrasia particular: tales son, por ejemplo, esos casos bastante numerosos en que vemos presentarse abundantes flores blancas despues de la digestion de ciertos alimentos ó ciertas bebidas, como el té, el café con leche ó la leche pura, algunos mariscos, la carne de ranas, varias frutas ácidas, y aun el agua de ciertas fuentes. Háse dicho tambien que las flores blancas podian suceder á la supresion de un exutorio ó de ciertos flujos, como los sudores, ó una hemorragia constitucional; pero creemos que en la mayor parte de los hechos que se citan, no está bien demostrada la relacion entre la causa y el efecto. La leucorrea es endémica en las grandes poblaciones; y aun puede, bajo la influencia de ciertas constituciones atmosféricas, hacerse mas intensa y revestir un carácter completamente epidémico. De esto se han recogido frecuentes ejemplos

durante una gran parte del último siglo: los principales son los observados por los médicos de Breslau en 1702; por Morgagni, en Italia, en 1710; por Bassins, en Hall, en 1750; en París, en 1765, etc.

*Tratamiento.*—Muchos son los medicamentos que se han preconizado contra las flores blancas; pero solo indicaremos los principales, esto es, aquellos cuya accion es mas positiva.

Cuando la leucorrea invade repentinamente y va acompañada de accidentes agudos, debemos limitarnos á prescribir la quietud, los baños, las inyecciones emolientes, un régimen suave y la continencia. Si las flores blancas son antiguas, es preciso averiguar la causa que las produjo ó sostiene, para colocar las enfermas en otras condiciones. Cuando se ignora la causa, ó habiendo dejado de obrar persiste el flujo, conviene atender al estado general para dirigir el tratamiento. Si la mujer es robusta y pletórica, es útil estraer sangre, prescribir bebidas acídulas, como la limonada mineral, y escitar las secreciones intestinales, urinarias y cutáneas por medio de los purgantes, diuréticos y sudoríficos, repetidos con frecuencia. A estos medios pueden asociarse las inyecciones emolientes al principio, y despues astringentes ó aromáticas, hechas con el cocimiento de tanino, ó con el alcoholado tánico, preconizado por M. Gibert; con un cocimiento de genciana, de hojas de nogal y nueces de agalla; con el vino tinto, el acetato de plomo, el sulfato de cobre y zinc, ó con un cocimiento de coloquíntida (80 granos por un cuartillo de agua, reducida á las tres cuartas partes por medio de la ebullicion), como lo aconseja M. Serres, de Lyon, que, en las mujeres linfáticas combina con este medio el uso interno del yoduro de potasio. Estas inyecciones se harán esclusivamente en la vagina, y nunca en el útero, pues es fácil que el líquido introducido en este órgano penetre alguna vez en las trompas y se derrame en la cavidad del peritoneo. Si no bastasen las inyecciones, debe recurrirse á la cauterizacion con el nitrato de plata.

La leucorrea antigua, que coexiste comunmente con un estado de debilidad y anemia, reclama el uso de los tónicos y los amargos, como la genciana, la quina, la abahaca, las yemas de abeto, la melisa, la artemisa, la mayor parte de las labiadas, las preparaciones ferruginosas, las aguas minerales de Spa de Passy, y los baños de mar. Pero estos medios serán insuficientes ó completamente inútiles sin el régimen. Conviene, pues, aconsejar á las enfermas la habitacion en parajes secos, bien ventilados y que miren al Sur, los paseos á pié por el sol, los alimentos tónicos, las fricciones secas aromáticas y el uso de los vestidos de franela.

El uso interno tanto de las sustancias balsámicas (copaiba, etc.) como de las astringentes de cualquiera especie, es enteramente inútil. Los medicamentos astringentes solo han de obrar localmente: los balsámicos, tan eficaces para curar los flujos de la uretra, carecen de virtud para los de la vagina.

## DEL CATARRO VESICAL.

La mayor parte de los autores consideran el catarro vesical como una forma de la inflamacion de la vejiga, limitada á la membrana interna; de donde viene el nombre de *cistitis mucosa* que le dan muchos; otros prefieren llamarla *cistitis*

*catarral*, por la naturaleza de la secrecion morbosa. Sin embargo, estas dos enfermedades que se han confundido á causa de un solo síntoma comun que presentan (*las orinas mucosas ó filamentosas*), deben distinguirse una de otra en el vivo, pues presentan resultados diferentes en el cadáver. Efectivamente, en la cistitis las paredes vesicales están rubicundas, negruzcas, engrosadas, friables, reblandecidas, ulceradas, fungosas, etc., y en el catarro, por el contrario, apenas sufre la vejiga ninguna modificacion apreciable en su estructura, aunque su cavidad suele estar algo disminuida. La membrana mucosa puede tambien presentar algunas chapas de color pizarroso, vestigio de una congestion antigua; pero casi siempre está descolorida, y rara vez engrosada ni adelgazada; de modo, que para esplicar la exhalacion que se verifica en ella durante la vida, nos vemos obligados á suponer una simple perversion de sus funciones sin alteracion del tejido. El catarro vesical, asi aislado de la cistitis aguda ó crónica, es una enfermedad bastante rara.

*Síntomas y curso.*—El catarro vesical puede ser primitivo ó consecutivo á la cistitis, cuya conexion etiológica esplica hasta cierto punto la causa de que por mucho tiempo se hayan confundido ambas enfermedades. El catarro vesical es casi siempre crónico, y los signos de escitacion general y local que se observan en él, no son mas que accidentales. Si hay dolores en el hipogastrio ó en el perineo, son vagos, ligeros, y solo consisten en una pesadez; los enfermos orinan mas á menudo, pero no esperimentan esa urgente necesidad, esa especie de pujos vesicales que se notan en la inflamacion. La orina durante la emision tiene un color normal, aunque tal vez es algo menos trasparente, un poco ácida, y pasa bien pronto al estado alcalino, exhalando entonces un olor amoniacal; dejándola enfriar, se separa en dos capas, una superficial y completamente líquida, y otra, que se precipita en el fondo del vaso, forma una capa mas ó menos gruesa, la cual es temblona, viscosa, filamentosa, blanquecina, algunas veces trasparente, y tiene mucha analogía con la albúmina del huevo. Su cantidad no es siempre la misma, pues hay enfermos que apenas arrojan media onza, al paso que otros mas de libra y media en un solo dia. La proporcion varía, por lo demás, á causa de una multitud de circunstancias: asi, pues, la materia morbosa es mas abundante en el invierno, cuando la atmósfera está cargada de humedad ó se halla disminuida la traspiracion, ó se enfria accidentalmente la piel. Un estado de escitacion, ó aun mejor, de sub-inflamacion de la mucosa vesical, disminuye, por el contrario, la exhalacion mucosa, la cual adquiere entonces un color algo amarillento ó de un blanco sucio. Al mismo tiempo las ganas de orinar son mas frecuentes é imperiosas, y un poco mas vivo el dolor hipogástrico ó perineal. Estos síntomas de escitacion, limitados casi siempre al órgano enfermo, pueden presentarse mas ó menos veces en el curso de la enfermedad.

El catarro simple, que ataca á un individuo cuya constitucion no está aun muy deteriorada, no ejerce ninguna influencia perniciosa sobre la nutricion, pues se conserva el apetito y las digestiones son regulares. Sin embargo, si la exhalacion mucosa fuera demasiado considerable, sobrevendrian todos los accidentes que se observan en las secreciones exageradas. Aunque se ha dicho que el catarro puede ocasionar la muerte por demacracion, cuando es muy intenso ó prolongado, nos parece muy raro que esto suceda: tambien se ha confundido en este caso el catarro con la cistitis crónica. El catarro vesical tiene siempre

una duracion larga é indeterminada. En algunos individuos cesa momentáneamente en el verano, ó cuando se trasladan á un clima mas templado; pero vuelve á reproducirse durante el invierno, ó cuando los enfermos regresan á su país.

Se ve por lo que hemos dicho, cuán distinto es el catarro vesical de la cistitis.

*Pronóstico.*—El pronóstico del catarro vesical es mucho menos grave que el de la cistitis: el primero es una afeccion temible, no tanto por los peligros que presenta, cuanto por su rebeldía y lo frecuente de sus recidivas. Es enfermedad que no disminuye tanto como la cistitis, la actividad de los órganos genitales.

*Etiología.*—El catarro vesical ataca por lo comun á los viejos; reconoce, al parecer, la mayor parte de las causas de la cistitis crónica, y se presenta especialmente bajo la influencia del frio y de la humedad. Los individuos que han padecido muchos ataques de cistitis, ó los que han tenido la vejiga irritada mucho tiempo por la presencia de un cálculo, del que se libraron despues, se hallan mas espuestos á contraer la enfermedad; pero son muy vagos todavía los datos que tenemos sobre esta materia. El catarro puede ser sintomático de la presencia de un cálculo, el cual es entonces generalmente de un volúmen pequeño, pues uno de gran tamaño determina, por el contrario, la cistitis.

*Tratamiento.*—Cuando se reconoce que el catarro vesical no está sostenido por un cálculo, es preciso antes de todo someter los enfermos á un régimen higiénico apropiado. Deben habitar un paraje seco y bien ventilado, y si el clima no es favorable, trasladarse á un país mas templado; conviene que se cubran enteramente de vestidos de franela; escitarán las funciones de la piel con el ejercicio y las fricciones secas, y procurarán que los alimentos sean abundantes y sustanciosos, pero que no esciten demasiado. Se les aconsejará que orinen muy á menudo para que la vejiga no se dilate mucho, y ellos por su parte, no deben resistirse á la necesidad de orinar; y si hubiese algun obstáculo á la escrecion, se practicará el cateterismo una ó muchas veces al dia. Este régimen, sin embargo, no siempre basta, y entonces es preciso agregar á los cuidados higiénicos algunos medicamentos cuya utilidad está demostrada hace mucho tiempo por la esperiencia: tales son los balsámicos, como los bálsamos de copaiba, del Perú y de la Meca, el agua de brea, y sobre todo la trementina cocida, administrada en píldoras ó pociones, á la dosis progresiva de 40 granos á media onza, ó bien en lavativas cuando el estómago no pueda soportarla. Tambien se han propuesto ciertas inyecciones, hechas especialmente con el agua de brea ó con las minerales sulfurosas de Bareges y de Enghien. Las aguas de Balaruc y de Contrexeville pueden igualmente aconsejarse en baños, bebidas é inyecciones. Por último, cuando todos estos medios son inútiles, puede intentarse la cauterizacion superficial de la vejiga por el procedimiento del catedrático Lallemand. Este célebre práctico, ha logrado curar en el espacio de veinte y cinco años los $^{9}/_{10}$ de los catarros vesicales que ha debido tratar, y cuya mayor parte se habian resistido durante muchos años á toda clase de medios. Los que no se curaron completamente, obtuvieron á lo menos un alivio muy notable. (Véase en la pág. 30 de este tomo, *Cistitis crónica.*)

# TERCER GÉNERO DE SECRECIONES MORBOSAS.

## DE LAS SECRECIONES PROPIAS DE ALGUNOS ÓRGANOS.

Los líquidos particulares que segregan varios de nuestros órganos, pueden ser mucho mas abundantes que de costumbre. Si esta supersecrecion es considerable, produce muchos accidentes variables, segun la naturaleza y la mayor ó menor cantidad de líquido segregado.

Estudiaremos sucesivamente la supersecrecion del sudor, de la grasa, saliva, bilis, orina, leche y esperma. Nada diremos de las lágrimas, porque la secrecion exagerada de este líquido apenas se observa mas que en las enfermedades del globo ocular y de los párpados, ó bien bajo la influencia de un estado nervioso particular, como las emociones tristes, y á veces la escesiva alegría. Ademas, el flujo de las lágrimas nunca llega hasta el punto de debilitar la constitucion. Conviene, sin embargo, decir aquí que ese flujo lagrimal abundante no indica por necesidad una supersecrecion de líquido, sino que mas bien suele depender de algun obstáculo que impide su escrecion, como la inversion de los párpados ó una obstruccion de las vías lacrimales. Respecto á la orina solo estudiaremos en el presente género la poliuria, remitiendo la historia de la diabetes para cuando tratemos de las enfermedades especiales, en atencion á que esta se halla mas bien caracterizada por la presencia de azúcar en la orina, que por un flujo exagerado de este líquido. La primera de estas alteraciones es constante, pero la última falta algunas veces.

### DE LA EFIDROSIS.

Sinonimia.—*hiperhydrosis*; disodia cutánea.

No hablaré aquí de los sudores mas ó menos abundantes que son un síntoma de muchas enfermedades (calentura perniciosa diaforética, sudor miliar, tisis pulmonar, reabsorciones purulentas, etc.), pues solo fijaré la atencion en ciertos sudores morbosos que, si bien parecen independientes de toda lesion, constituyen realmente una afeccion especial, siempre incómoda, y susceptible de ocasionar accidentes mas ó menos graves.

Los sudores constituyen un estado morboso cuando son demasiado abundantes, ó se hallan alteradas sus cualidades.

Los sudores llamados morbosos en razon de su abundancia, son casi siempre generales, aunque á veces solo ocupan una mitad del cuerpo. Hay casos mucho mas frecuentes en que el sudor se limita á un punto circunscrito, como las mejillas, la cabeza, el sobaco, las manos, las partes genitales y sobre todo los piés.

La efidrosis está, pues, caracterizada por la exhalacion considerale de un sudor continuo, intermitente en plazos mas ó menos distantes, y algunas veces

periódicos. Cuando esta supersecrecion es general, apenas suele notarse mas que en los convalecientes y en las personas débiles; puede ser espontánea, pero las mas veces se verifica cuando el cuerpo se calienta por el ejercicio, la aplicacion de vestidos demasiado gruesos ó por un calor artificial, ó bien sobreviene despues de comer á consecuencia de una viva emocion moral, y en una palabra bajo la influencia de cuantas causas aumentan normalmente la transpiracion: la diferencia consiste en que en los casos de que hablamos los efectos son mas considerables. Ignórase si las propiedades físicas y químicas del sudor se modifican siempre al mismo tiempo que se hace mas abundante. Hay casos, sin embargo, en que adquiere un olor ácido, urinoso, cadavérico, ó bien una fetidez penetrante, como se observa con frecuencia en los piés y las axilas. En cuanto al sabor, puede ser completamente insípido, amargo, dulzaino ó salado; su color puede alterarse igualmente; presentándose amarillo, verde, negro, azul, etc. Su temperatura es mas ó menos elevada; su consistencia puede ser nula ó bien mas ó menos pegajosa ó viscosa. En fin, algunas veces contiene ciertos productos de secreciones normales como la bilis y la urea; y aun se ha dicho que ciertas bebidas ingeridas en el estómago, podian salir por el sudor sin esperimentar ninguna modificacion; pero estos hechos estraordinarios deben aceptarse con la mayor reserva.

Cuando los sudores morbosos son generales y muy abundantes, pueden ocasionar la pérdida de las fuerzas, el enflaquecimiento y todos los accidentes que acarrean las evacuaciones escesivas; pero estos casos son muy raros. Siendo parciales, la porcion de piel por donde se verifican, está mas ó menos modificada en su sensibilidad, y la epidermis suele presentarse hinchada, blanca y rugosa, como si hubiese estado mucho tiempo macerándose en agua caliente.

Los sudores abundantes se prolongan en general mucho, hasta que despues de un tiempo variable y del todo indeterminado, va disminuyendo la secrecion, y vuelve poco mas ó menos á su estado normal. Es bastante frecuente que la exageracion de la secrecion ocasione algun enflaquecimiento, pero muy rara vez ha sucedido que produzca los accidentes de la calentura héctica. Su repentina supresion ha sido muchas veces, por el contrario, la causa determinante de muchas enfermedades ó incomodidades, como pleuresías, reumatismos, neuralgias, etc.

*Tratamiento.*—Para combatir los sudores generales es preciso remover las causas manifiestas que los provocan. Los enfermos deben respirar un aire fresco, no sobrecargarse de ropa, acostarse en colchones de paja ó crin, y tomar baños frios de agua de mar ó de Bareges; conviene provocar otras evacuaciones, y si el estado de la constitucion lo exige, se prescribirán un régimen fortificante y los medicamentos tónicos. Tambien podrian ser de alguna utilidad las limonadas minerales, el acetato de plomo y el agárico blanco.

El sudor de las axilas, y sobre todo el de los piés, es una incomodidad de la que muchos quieren libertarse, para lo cual se aconseja que en los casos de sudor fétido de los piés, gasten los individuos medias de hilo, un calzado ligero, y que tomen todos los dias uno ó dos pediluvios con el agua de Bareges fria. Si la supresion del sudor produjese algunos accidentes, de lo cual cita Mondiere algunos ejemplos, debemos apresurarnos á reproducirlo, envolviendo los piés en medias de lana cubiertas con un tafetan engomado; ó bien, segun el con-

sejo de M. Ruette (de Gotinga), se espolvoreará con una pequeña cucharada de cloridrato de amoniaco y doble cantidad de cal viva, un par de medias que el enfermo tendrá puestas toda la noche.

## DE LA POLISARCIA Ú OBESIDAD.

La acumulacion de la gordura, cuando es bastante considerable para dificultar algunas funciones de la economía, constituye el estado morboso llamado *polisarcia ú obesidad.*

La polisarcia puede ser local ó general. La primera es mas bien una deformidad que un estado patológico, y ocupa especialmente las paredes abdominales y el epiplon, en los hombres despues de los treinta y cinco años, y en las mujeres que han parido mucho. Esta acumulacion parcial de gordura rara vez impide las digestiones, pero sí dificulta ó imposibilita la mayor parte de las veces la flexion del tronco hácia adelante.

Cuando la polisarcia es general, el cuerpo adquiere un volúmen enorme, y puede pesar seis, doce y hasta diez y seis arrobas. La gordura, que en un adulto de carnes ordinarias apenas forma la vigésima parte del peso total del cuerpo, puede llegar á constituir la mitad, las dos terceras, y hasta las cuatro quintas partes. El cuerpo tiene entonces un volúmen considerable, y se desfiguran sus diferentes regiones. Estos individuos se mueven con trabajo y andan con una torpeza particular, á causa de serles muy difícil estender y sobre todo doblar las articulaciones. La mayor parte de ellos no pueden hacer el menor ejercicio sin fatigarse, se bañan de sudor, y esperimentan palpitaciones. Hay algunos que apenas comen, pero casi todos son bastante voraces; en muchos se congestiona la cabeza despues de cada comida, y tienen gran tendencia al sueño. Dícese que estos individuos son poco inclinados al acto venéreo. Las mujeres obesas suelen ser estériles, y en muchas es irregular la menstruacion. Mas no hay fundamento para decir que las personas obesas son incapaces de ningun trabajo intelectual, pues la historia y la observacion contemporánea nos demuestran que ha habido una multitud de hombres eminentes en todas las carreras, afectados de polisarcia. Un gran número de estas personas sucumben á las congestiones ó apoplegías viscerales; la mayor parte mueren de enfermedades del corazon ó hemorragias del cerebro; y se dice tambien que las dolencias agudas terminan con mas frecuencia en ellos por la muerte.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de la polisarcia es fácil: la consistencia de las carnes, que no se hunden al comprimirlas con el dedo, basta para no confundirla con la anasarca.

*Pronóstico.*—Esta afeccion es grave por las incomodidades que la acompañan y la dificultad de curarla. Cuando ataca á los jóvenes, destruye toda esperanza de longevidad. Pero no sucede lo mismo con los que se ponen obesos en los primeros años de la vida, pues entonces se cura con frecuencia espontáneamente. M. Raige-Delorme cita el hecho muy curioso de un niño cuya gordura era tanta de los doce á los quince meses de edad, que hacia la respiracion muy pequeña y precipitada, hasta el punto de amenazar continuamente la asfixia por sofocacion; llegó, sin embargo, á los dos años y medio sin esperimentar

ningun accidente, y libre entonces de la polisarcia, en nada se diferenciaba de los demás niños de su edad, haciéndose notable por su talle esbelto y delgado.

*Etiología.*—La obesidad es muchas veces hereditaria, y no es raro que empiece desde los primeros tiempos de la infancia; nosotros la hemos vista ser muy considerable en un niño de tres ó cuatro años. Aparece generalmente hácia los treinta, y se aumenta sobre todo pasados los cuarenta. Los individuos que llevan una vida ociosa, sedentaria, y usan de alimentos suculentos, son los que especialmente la padecen. Parece tambien que las sustancias oleaginosas ó grasas, y todas aquellas que son ricas en carbono, favorecen la acumulacion de la grasa en el cuerpo. Las causas que preceden esplican el por qué esta afeccion es tan comun en la clase rica, y por el contrario, tan rara en los labradores, esceptuando aquellos que como los arrendatarios, gozan de mas comodidad. Es muy comun en los que se entregan á trabajos de bufete y gabinete, en los presos, á causa especialmente del poco ejercicio que hacen; es frecuente en los eclesiásticos, y en los carniceros y tocineros, en razon á lo bien que se tratan y á su vida poca activa. Asi se esplica tambien el que no sea raro en los oficiales de caballería, y aun en los simples soldados de esta arma; mientras que es mucho menos comun en los infantes, sobre todo en los que no tienen graduacion. Los climas húmedos y frios predisponen á ella: se dice que es mas frecuente en Holanda, Inglaterra, Egipto é Italia, que en las demás partes. Por último, la castracion, la pérdida de un miembro, etc., son tambien circunstancias que favorecen su desarrollo.

*Tratamiento.*—Luego que se observa en un individuo disposicion á la obesidad, conviene disminuir los alimentos, eligiendo los que contengan menos principios nutritivos, por lo cual se prefieren los vegetales. Los enfermos deben hacer ejercicio á pié todo lo que puedan, y procurar dormir poco: es útil escitar todas las evacuaciones, especialmente el sudor, las cámaras, la orina y el esperma. Estos medios deben continuarse con perseverancia. El vinagre, que ha sido preconizado y todavía emplea el vulgo, carece de eficacia, y no deja de tener inconvenientes cnando se hace de él un uso inmoderado. En la polisarcia local debe recurrirse principalmente á la compresion.

## DE LA SIALORREA.

SINONIMIA.—Flujo de saliva, tialismo, salivacion.

El aumento morboso de la secrecion salival ha recibido los nombres de *sialorrea, tialismo ó salivacion.*

El tialismo es un accidente que acompaña con frecuencia á muchas enfermedades de la boca, sobre todo á las varias clases de estomatitis, y particularmente á la mercurial, á la inflamacion de la lengua y las encías, á los dolores de la denticion y aun á la cáries de los dientes y huesos maxilares. En ciertos casos de trismo y de neuralgia del nervio del quinto par, se observa tambien una salivacion á veces considerable, lo cual se esplica en la neuralgia por la escitacion de los nervios que rodean ó penetran las glándulas salivales, y en el trismo, por la presion mecánica que estas y sus conductos sufren. Me limito á mencionar estos hechos, pues el que desée mas pormenores, puede consultar las

enfermedades de que el tialismo es un síntoma ó un accidente. Aquí solo debo ocuparme de los casos en que la salivacion no se complica con ninguna lesion material apreciable. No obstante, aunque el tialismo no vaya acompañado de ninguna alteracion manifesta de las glándulas salivales, de las paredes de la boca ú órganos contenidos en esta cavidad, es raro, sin embargo, que el aumento de la secrecion salival sea un estado morboso completamenre aislado, pues casi siempre se nota que la salivacion es simpática del padecimiento de un órgano mas ó menos distante: asi es que se observa con frecuencia en èl curso de ciertas calenturas continuas ó intermitentes, en algunas neurosis, como el histerismo, y en los casos de supresion ó de un trastorno cualquiera de las reglas. Todos saben que el tialismo es, despues de los vómitos, el accidente simpático que se observa mas comunmente en los primeros meses del embarazo. Por último, es positivo que las enfermedades del páncreas, y sobre todo las lesiones orgánicas de esta víscera, suelen ir acompañadas de una salivacion abundante. Encuéntranse, sin embargo, casos en que el tialismo ataca á un individuo sano, sin que dependa de un estado morboso bien caracterizado; pero estos hechos son muy raros.

*Síntomas y curso.*—Esta enfermedad se halla caracterizada por el aflujo continuo á la boca de un líquido incoloro y acuoso, mezclado á veces con mucosidades. Por lo comun, es insípido é inodoro; pero en algunos casos tiene un sabor desagradable, mas ó menos estíptico, y exhala un olor insípido ó fuerte, mas ó menos fétido. La saliva segregada en mayor abundancia, es en parte tragada y en parte espelida por una espuicion casi contitua. Muchas veces el líquido afluye en tanta cantidad, que sale involuntariamente sin interrupcion por la boca, mojando los labios y la barba como suele observarse durante el sueño. En los que duermen con la boca perfectamente cerrada, toda la saliva cae al estómago; pero si es mucha su cantidad, puede obstruir momentáneamente la garganta, y aun penetrar en la laringe, en cuyo caso produce una sofocacion que despierta á los enfermos, y un malestar y ansiedad que duran algun tiempo. A pesar de esta supersecrecion, no están hinchadas ni dolorosas las glándulas salivales, y la mucosa bucal se halla mas bien pálida que inyectada. La pérdida de saliva, que puede ser de seis ú ocho libras en las veinte y cuatro horas, altera al fin la digestion, produce el enflaquecimiento y una disminucion de las demás evacuaciones, sobre todo de la orina, sudor y materias fecales.

La salivacion tiene generalmente un curso contínuo; tambien puede hacerse periódica, y entonces depende por lo comun de una neuralgia facial, cuyos accesos son intermitentes. Suele durar una ó muchas semanas, y no es muy raro que se prolongue hasta muchos meses, y se la ha visto durar uno ó dos años.

El tialismo, segun parece, jamás ha ocasionado la muerte de los enfermos, y si algunos han sucumbido, esto debe atribuirse á las complicaciones consecutivas. En general el tialismo disminuye poco á poco, y en varios casos cesa con bastante prontitud, cuando sobreviene una diarrea abundante ó un aumento de la traspiracion cutánea.

*Tratamiento.*—Los colutorios astringentes hechos con ácidos minerales, miel rosada, alumbre, acetato de plomo, tanino, cocimientos de hojas de

nogal, etc., son ciertamente útiles, pero constituyen medios puramente accesorios, pues la indicacion principal del tialismo consiste en escitar las secreciones naturales de mas consideracion. Con este objeto se administran los purgantes y diuréticos. Tambien son muy útiles los baños de vapor, y reemplazan ventajosamente á las sustancias llamadas sudoríficas, cuya accion es siempre mas ó menos incierta. Tambien se han aconsejado algunos otros medios empíricos: tales son el carbon, la canela, la magnesia, las aguas de Vichy, los calomelanos y las fricciones mercuriales administradas hasta determinar la salivacion; pero ninguno de estos medios ha producido resultados comparables á los que se obtienen mediante el empleo del opio en altas dosis (de cuatro á ocho granos cada veinte y cuatro horas). Todos los medios que acabo de enumerar son generalmente inútiles en el tialismo simpático del estado de preñez: para corregir este último ó al menos lograr que las mujeres traguen sin percibirlo, la saliva, ó la mayor parte de este humor, podremos aconsejarles que tengan habitualmente en la boca un pedacito de azúcar cande, ó de goma arábiga, ó en su lugar un poco de zumo de regaliz. Para completar la historia de la salivacion, véase el estudio de la *Estomatitis mercurial*, t. I, p. 227.

## DEL FLUGO BILIOSO.

Hay individuos en quienes suele establecerse, bajo la influencia de diferentes causas, un flujo de bilis por el ano ó por la boca, ó por ambas vías á la vez. Este flujo insólito es muchas veces la única alteracion que se observa; pero otras va acompañado de accidentes mas ó menos graves, y constituye una enfermedad conocida con el nombre de *cólera europeo*.

El simple flujo de bilis, ó *hepatirrea*, ó *policolia*, es una afeccion bastante frecuente, cuya invasion es casi siempre súbita, ó bien va precedida de inapetencia y de los signos del embarazo gástrico ó intestinal. Los enfermos esperimentan bien pronto vómitos, ó una escrecion de bilis verde ó amarilla, pura, ó mezclada con materias mucosas y viscosas, ó con alimentos. Estas evacuaciones, en general poco abundantes, apenas se acompañan de ningun dolor abdominal; algunas veces, no obstante, el vientre está tenso y doloroso; la mayor parte de los enfermos esperimentan un alivio bastante pronto.

El flujo bilioso tiene generalmente una breve duracion, pero recidiva con frecuencia: hay individuos en quienes se reproduce en intervalos mas ó menos regulares, una ó muchas veces, todos los años. En este caso, el flujo bilioso constituye, segun una opinion vulgar, un recurso benéfico de la naturaleza, que tal vez preserva á los que lo padecen de alguna grave afeccion, y su pronóstico es, por lo tanto, siempre favorable. Pero no sucede lo mismo cuando se prolonga mucho ó recidiva en cortos intervalos, pues entonces altera la salud y acarrea el enflaquecimiento y la demacracion de los enfermos. La mayor parte de los médicos que han ejercido en los paises cálidos, creen que estos flujos terminan dando orígen á diferentes enfermedades del hígado.

*Etiología.*—Estos flujos se observan las mas veces durante el verano y en los paises meridionales. Predisponen á ellos los alimentos animales; pueden ocasionarlos un estravío del régimen y las afecciones del alma, y sobre todo la cólera y el terror, que, segun M. Chomel, tienen una influencia positiva y

análoga á la que otras pasiones ejercen sobre las lágrimas ó la orina. Fabricio de Hilden habla de una mujer, en quien un acceso de cólera producia siempre los efectos de un purgante.

*Tratamiento.*—El tratamiento se limita á remover las causas que pudieran aumentar ó suspender de pronto el flujo bilioso. Cuando es escesivo ó se prolonga mucho tiempo, se consigue moderarlo con las bebidas frescas, gomosas, acídulas y gaseosas. Si pasa al estado crónico, se emplerán los astringentes, especialmente la ratania, y tambien el opio.

## DEL CÓLERA MORBO EUROPEO.

SINONIMIA.—Cólera esporádico; *cholera nostras; trousse-galant, que algunos traducen mata galanes; passio cholerica.*

En el cólera morbo llamado esporádico ó europeo, sobrevienen vómitos y deyecciones repetidas de materias biliosas, amarillas ó verdes, acompañadas de vivos dolores abdominales, de mucha ansiedad, alteracion profunda del rostro, aceleracion ó insensibilidad del pulso, enfriamiento de los miembros, y aun á veces de síncopes y convulsiones.

*Historia.*—Esta enfermedad es muy antigua, pues ya la menciona Hipócrates, pero no se ha descrito convenientemente en los tiempos remotos, hasta que lo han hecho Celso, Areteo y Celio Aureliano. En los dos últimos siglos llamó la atencion de muchos hombres eminentes, sobre todo de Sydenham, Bianchi, Hoffmann y Cullen. Por último, los modernos han aclarado algunos puntos que habia oscuros en su historia, y citaremos especialmente los trabajos de Geoffroy (1) y Chauffart (2).

*Caracteres anatómicos.*—Carecemos todavía de datos exactos sobre la anatomía patológica del cólera europeo. Los numerosos documentos que posee la ciencia, apenas son de valor alguno, pues se ve por su lectura que los antiguos, y aun algunos modernos, como Portal, atribuyen al cólera una multitud de alteraciones que por ningun concepto le pertenecen; tales son, por ejemplo, la peritonitis, las estrangulaciones intestinales, y varias lesiones agudas ó crónicas del bazo, hígado, epiploones, etc. Sin embargo, en estos últimos tiempos se invocan las observaciones de dos de nuestros contemporáneos, MM. Gravier y Chauffart, para sostener la naturaleza inflamatoria de la afeccion, y su asiento en los órganos digestivos; pero no hay motivo para citar los hechos del primero, pues como han sido recogidos en la India, no pueden servir para el estudio del cólera de nuestro país. Tampoco son concluyentes las observaciones de M. Chauffart, pues examinadas con alguna atencion, se ve desde luego, que el autor atribuye al cólera afecciones esencialmente crónicas, como el engrosamiento de la mucosa intestinal, su color pizarroso, y aun las úlceras, lesiones que no tienen tiempo para desarrollarse en una enfermedad como esta, cuyo curso es tan esencialmente agudo.

Las lesiones cadavéricas que se encuentran en los coléricos son anteriores á la enfermedad, ó bien apenas se desarrollan sino cuando esta sigue su curso con

(1) *Dictionnaire des sciences médicales* t. V, article CHOLERA.
(2) *Journal général de médecine*, année 1829.

lentitud. Ademas, como dice con mucha razon el sabio y respetable Dalmas, la poca constancia que las alteraciones guardan en su asiento, les quita la mayor parte de su valor.

*Síntomas.*—El cólera morbo empieza por lo comun de pronto, sobre todo durante la noche, y en medio de una salud perfecta. Otras veces suele ofrecer algunos prodromos, que consisten especialmente en malestar general, dolores de vientre, sed, pérdida de apetito y flatuosidades. Poco despues los enfermos esperimentan vómitos y cámaras dolorosas y frecuentes. Estos vómitos están formados al principio por alimentos á medio digerir; despues por un líquido acuoso, viscoso y bilioso, y por último, de bilis pura; pero rara vez son sanguinolentos; las materias vomitadas suelen ser ácidas, y queman en la garganta. Las deyecciones, dolorosas y difíciles, van acompañadas de una sensacion de ardor, erosion y dislaceracion, á veces atroz en el abdómen, sobre todo en la circunferencia del ombligo, y se verifican simultáneamente con los vómitos ó alternan con ellos. Las cámaras son mucosas, negruzcas, amarillas, verdes, porráceas, y rara vez sanguinolentas; tienen mucha fetidez; su espulsion va precedida ó acompañada de tenesmo, y producen una sensacion de quemadura al atravesar el ano. El vientre se halla retraido, ó mas ó menos timpanizado, y se aumentan con una ligera presion los dolores atroces que en él se esperimentan algunas veces. En el intervalo de los vómitos, los enfermos se ven atormentados por náuseas fatigosas, hipo, eructos gaseosos y pujos; la sed es viva, la garganta abrasa, y la ansiedad es estremada; las facciones se alteran profundamente; las estremidades están frias, muchas veces marmóreas y violadas, al paso que el vientre quemante, y el pulso tiene una frecuencia y pequeñez estremadas, siendo en muchos casos imperceptible. Muchos enfermos se ven acometidos de calambres muy dolorosos en las pantorrillas, en los músculos flexores del muslo, en los antebrazos y en los dedos de las manos y los piés. Las orinas son por lo comun escasas, y á veces se suprimen completamente. Por último, otros esperimentan palpitaciones dolorosas, lipotimias y algunos padecen convulsiones. Cuando el mal llega de este modo á su mayor grado de intensidad, la cara se pone hipocrática; aparecen unos sudores viscosos que cubren todo el cuerpo; se estingue la voz; el enfermo no puede ya vomitar; se ve atormentado por el hipo, y no tarda en sucumbir.

*Curso y duracion.*—El curso del cólera es comunmente continuo y progresivo. Las mas veces empieza de pronto, llega en pocas horas á su mayor grado de intensidad, y puede terminar á las doce ó veinte y cuatro horas. Apenas dura, por término medio, mas de uno ó dos dias, si se esceptúan los casos raros en que persiste mas de tres ó cuatro. Sabido es que los síntomas coléricos pueden presentarse periódicamente, sobre todo bajo el tipo tercianario, constituyendo entonces una de las formas de la calentura perniciosa, como ya lo hemos dicho al hablar de esta afeccion.

*Terminaciones.*—El cólera europeo termina casi siempre por la curacion. La convalecencia es en general rápida, pues bastan algunos dias para que se restablezcan los enfermos. Es notable que los órganos digestivos, tan profundamente alterados, recobren casi al instante su estado normal. Hay algunos casos, por el contrario, en que las funciones digestivas permanecen alteradas mas ó menos tiempo, lo cual depende muchas veces de una inflamacion gastro-intes-

tinal. Ya hemos visto que la terminacion del cólera puede ser funesta: la muerte sobreviene lo mas comunmente entonces á consecuencia de la demacracion producida por los padecimientos y las evacuaciones escesivas.

Las recaidas son bastante raras, si no hay estravíos en el régimen. Las recidivas, por el contrario, son bastante comunes en algunos individuos que se hallan predispuestos á contraer el cólera por las condiciones higiénicas á que viven sometidos.

*Diagnóstico.*—Varias enfermedades de vientre, como la gastritis, la enteritis, la disenteria, el cólico saturnino, los cálculos biliarios, la peritonitis, las invaginaciones, la indigestion y los envenenamientos, determinan accidentes que no deben confundirse con los del cólera europeo; siendo fácil establecer el diagnóstico diferencial. En la gastro-enteritis, la invasion no es tan brusca, ni el curso tan rápido como en el cólera; va acompañada de calentura, y los vómitos y las deyecciones, muy rara vez verdosos, son menos abundantes y frecuentes, y no producen tanto dolor ni ansiedad como en la enfermedad de que nos ocupamos. La naturaleza de las cámaras y los pujos nos harán distinguir fácilmente el cólera europeo de la disenteria. El cólico saturnino y las estrangulaciones intestinales se asemejan al cólera por los vómitos; pero se diferencian de él por la existencia de un estreñimiento rebelde, que es, en efecto, uno de sus síntomas predominantes. Casi lo mismo sucede en el cólico hepático, el cual se acompaña de tension y dolor en el hipocondrio derecho, y á menudo de ictericia; sus accidentes ademas cesan repentinamente, y casi solo entonces se presentan los vómitos biliosos. En la peritonitis hay calentura, un dolor muy vivo y superficial y timpanitis; y aunque muchas veces sobrevienen vómitos, en nada se parecen á los del cólera; ademas, el estreñimiento es un síntoma muy comun en la inflamacion del peritoneo. En las indigestiones completas hay vómitos, cámaras líquidas y cólicos: pero estos accidentes son consecutivos á una digestion laboriosa, acompañada de un desprendimiento considerable de gases fétidos, que tienen un sabor ácido ó de huevos podridos; las materias vomitadas, y á veces tambien las cámaras, están casi enteramente constituidas por alimentos medio digeridos, y su espulsion produce siempre un gran alivio. El cólera tiene mucha analogía con la intoxicacion por los venenos irritantes; pero los vómitos en este caso se desarrollan despues de ingerir en el estómago una sustancia que suele ocasionar una sensacion de calor, de comezon y quemadura en la garganta á lo largo del esófago y aun en la boca, donde á veces se encuentran manchas y escaras que descubren la accion de un cáustico. Los vómitos, en lugar de manifestarse casi simultáneamente con las evacuaciones albinas, preceden, por el contrario, á estas muchas horas. Los dolores abdominales siguen el mismo curso, pues, limitados desde luego al epigastrio, solo se estienden al resto del vientre despues de un tiempo mas ó menos considerable. El cólera asiático, perfectamente confirmado, difiere del europeo por las cámaras y materias vomitadas, que son blancas; por la cianosis, la demacracion, el enfriamiento, la estincion de la voz desde el principio, la falta de pulso, la intensidad de los calambres y la supresion mas completa de la orina.

*Pronóstico.*—El cólera es una enfermedad siempre grave. En igualdad de circunstancias, el pronóstico es mas funesto en ambos estremos de la vida, y en los individuos que de antemano padecen alguna afeccion crónica del tubo

digestivo. El enfriamiento del cuerpo, la falta del pulso y la afonía, son accidentes que deben hacernos temer un triste resultado.

*Etiología.*—El cólera europeo casi no se desarrolla sino á fines del verano, es decir, en los meses de agosto y setiembre; el calor húmedo favorece su produccion. Reina con mas frecuencia en los paises meridionales, como España, Italia y Grecia, que en los del centro, y especialmente del Norte. Se ha dicho que ataca mas á menudo á los hombres que á las mujeres; que es mas frecuente en el período medio de la vida, y que afecta con preferencia á los sugetos dotados de un temperamento bilioso; pero ninguna de estas aserciones está justificada aun por los resultados numéricos. El cólera se desarrolla casi siempre sin que pueda descubrirse ninguna causa determinante; algunas veces puede suceder inmediatamente á una emocion moral, como un acceso de cólera; al uso intempestivo de un emeto-catártico, y con mas frecuencia á la ingestion de ciertos alimentos, como la carne de puerco, la de langosta, los huevos de sollo ó algunas frutas, como los melones y la piña de Indias. Tambien se ha manifestado en personas que habian hecho uso de vinos nuevos y bebidas heladas, estando sudando. Por último, la esposicion del cuerpo á la intemperie del aire, á la frescura de las noches, ó á la inspiracion de miasmas pútridos, ha bastado en muchos casos para ocasionar el cólera. Esta enfermedad puede afectar á la vez un gran número de individuos, y aun reinar epidémicamente, como sucedió en Varsovia el año 1701, y en Londres el de 1669 y 1676 (Sydenham).

*Tratamiento.*—Los antiflogísticos, que la escuela fisiológica intentó poner en boga para combatir el cólera, están casi siempre contraindicados por el estado del pulso y las fuerzas de los enfermos. La práctica de los antiguos, que consistia en respetar por algun tiempo los vómitos y las cámaras, suponiendo para ello que la naturaleza se desembarazaba de un producto irritante, tampoco puede adoptarse. Nosotros creemos, por el contrario, que la primera indicacion debe tener por objeto contener los vómitos y las evacuaciones albinas, y calmar los fenómenos espasmódicos y nerviosos que tanto mortifican á los enfermos. Para esto, los dos grandes agentes terapeúticos que deben emplearse, son el hielo y el opio: los enfermos, deben, pues, tomar á cucharadas una bebida acídula ó débilmente aromática y helada, prescribiéndoles al mismo tiempo el estracto gomoso de opio en píldoras, á la dosis de uno á dos granos cada cuarto de hora ó media hora, segun la mayor ó menor intensidad de los dolores, continuando la administracion de este medicamento hasta que se obtenga algun efecto sedante. Al mismo tiempo puede obrarse directamente sobre los intestinos, inyectando en el recto una cuarta parte de lavativa hecha con un cocimiento de malvabisco, ó con una disolucion de almidon, ó de goma tragacanto, añadiéndole de doce á veinte y cinco gotas de láudano de Sydenham. El enfermo debe guardar cama, y se le aconsejará la quietud; conviene llamar ó sostener el calor en las estremidades por medio de fricciones aromáticas é irritantes, y mejor todavía, aplicando un calor artificial, ó cataplasmas sinapizadas. Las dosis de opio deben ser mas altas y repetidas á medida que los dolores son mas vivos, mas fuertes los espasmos, y mas numerosas las evacuaciones. Estas son á veces tan frecuentes, que apenas se detienen los medicamentos en el tubo digestivo, y aun su mera ingestion suele provocar otras nuevas. En estos casos tan graves conviene aplicar inmediatamente al abdómen un vejiga-

torio con la pomada amoniacal, é introducir por él en la economía una sal de morfina, empezando por medio ó un grano. Cuando el mal termina felizmente, conviene seguir el mismo tratamiento durante muchos dias, solo que es preciso disminuir lo cantidad de opio.

Este método curativo es aplicable al mayor número de casos. Algunos aconsejan abstenerse del opio en el tratamiento del cólera esporádico de los niños: asi el doctor Menard dice que en estos deben solo emplearse las bebidas heladas; si el niño es de pecho, suspende la lactancia hasta que cesen completamente las evacuaciones, y luego solo les deja mamar un breve rato cada vez. Este tratamiento es racional, y preferible sin duda en nuestros climas al que usan los americanos en iguales circunstancias, y que consiste en prescribir el mercurio dulce combinado con los eméticos. Durante la convalecencia, es preciso tener mucho cuidado con los alimentos, pues la mayor parte de las recaidas provienen de los estravíos del régimen.

Hay algunos accidentes consecutivos que reclaman la adopcion de diversos medios; asi es que se ven enfermos en quienes cesan todos los síntomas del cólera, menos los vómitos; la falta de calentura, de sed y dolor epigástrico, escluye entonces la idea de una gastritis. Estos vómitos dependen solo de un estado espasmódico, y ceden á las bebidas aromáticas ó gaseosas, á algunas cucharadas de jarabe de éter, ó al uso de los tónicos y amargos; si se resisten á estos medios se aplicará un vejigatorio al epigastrio, pues á beneficio de él casi siempre se obtiene un buen resultado.

*Naturaleza.*—Los antiguos decian que el cólera es una especie de envenenamiento producido por una alteracion de la bilis; pero esta hipótesis no se halla justificada por las investigaciones químicas ni por la anatomía patológica. La abertura de los cadáveres ha probado tambien, que el cólera no es una variedad de la gastro-enteritis, lo cual se halla igualmente justificado por el curso del mal, que empieza por lo comun de pronto, dura poco, y termina con rapidez, y aun muchas veces casi instantáneamente, lo cual no se observa en las flegmasias de ningun órgano. El análisis de los principales síntomas del cólera nos induce á considerarlo como un flujo activo de moco, y sobre todo de bilis pura, que se verifica en la superficie gastro-intestinal, en virtud de un mecanismo que ignoramos todavía.

## DE LA POLIURIA.

SINONIMIA.—*Hidruria;* polidipsia; *diurésis;* diabetes insípida ó diabetes falsa, etc.

La *poliuria* es una enfermedad caracterizada por una emision muy abundante de orinas acuosas y de poco peso específico, sin que contengan ningun principio azucarado: los enfermos padecen ademas una sed escesiva, que les obliga á beber mucho. Por razon de este síntoma predominante, han dado algunos autores á esta afeccion el nombre de *polidipsia*; otros, que son en mayor número, la consideran como una variedad de la diabetes, y la designan con los nombres de *diabetes insípida* ó *falsa diabetes*. Diremos, sin embargo, mas adelante, que algunas diabetes insípidas pertenecen á la verdadera, pues que existe entonces en la orina un azúcar de fécula, que no se percibe por

hallarse combinado con otras sustancias. Esceptuando estos casos, creemos que la poliuria debe comprender casi todos los hechos descritos en otro tiempo con el nombre de *diabetes insípida* ó *no sacarina*. M. Lacombe hizo en su tesis (1841), una descripcion muy exacta de esta afeccion.

*Síntomas.*—En la poliuria pueden los enfermos arrojar mayor cantidad de orina que en la diabetes, pero el líquido no tiene la misma composicion. En la afeccion de que ahora me ocupo, la orina es clara, trasparente, casi incolora, mas ó menos parecida al agua filtrada, poco ó nada olorosa, y neutra ó ligeramente ácida; no se altera por el calor ni el ácido nítrico, y tiene un peso específico, que varía de 1001 á 1009. Contiene, en fin, menos urea, ácido úrico y sales fijas. La cantidad de bebida que toman los enfermos es proporcionada al aumento de las orinas. Hay, en efecto, algunos que necesitan dos ó tres cántaros de líquido para mitigar la sed. Esta es casi continua, y la mayor parte de los enfermos se despiertan muchas veces durante la noche para satisfacer la necesidad imperiosa de orinar y beber (Lacombe). En medio de esta notable alteracion, se verifican bien las digestiones; el apetito aumenta pocas veces, como sucede en la diabetes, y en general se conserva, aunque otras está disminuido, y casi todos los enfermos prefieren los alimentos vegetales y las bebidas ácidas. La boca está pastosa; la saliva es escasa; hay una sensacion de sequedad en los labios y la faringe, y una incomodidad en el estómago, igual á la que produce el hambre (Lacombe). La respiracion y circulacion se hallan en su estado normal; la piel está generalmente seca y rugosa; los enfermos son impresionables al frio, y están en general poco gruesos, pero conservan sus fuerzas, y casi parecen hallarse sanos á no ser que la falta de apetito perjudique á la nutricion y al sostenimiento de las fuerzas.

*Curso, duracion y terminaciones.*—Esta enfermedad que empieza muchas veces en la infancia, aumenta hasta despues de la pubertad, y se hace luego estacionaria. Cuando la poliuria ataca á los adultos, adquiere en pocos dias su summum de intensidad (Lacombe). Las estaciones no ejercen influencia alguna sobre sus principales síntomas, al paso que el desarrollo de una afeccion febril produce en toda su duracion una disminucion en la intensidad de la sed (Lacombe). La duracion de la poliuria es indeterminada; rara vez persiste menos de muchos años, y suele prolongarse toda la vida; si llega á cesar, la curacion es efímera las mas veces, las recidivas son frecuentes, y no sé si hay algun caso auténtico de curacion definitiva. Segun parece, esta enfermedad nunca ha ocasionado la muerte, pero deja á los enfermos en un estado habitual de debilidad, y cuando empieza en la infancia ó durante la pubertad, puede retardar el desarrollo del cuerpo, como lo hemos visto una vez.

*Diagnóstico.*—Solo podria confundirse la poliuria con la diabetes, pero difiere de ella en la composicion de las orinas, que nunca contiene azúcar, y cuyo peso específico es poco considerable; en la influencia mucho menor que ejerce sobre la gordura y las fuerzas; en su duracion ilimitada, y en que casi nunca tiene una terminacion funesta. (Véase *Diabetes*).

*Pronóstico.*—Aunque la poliuria no compromete de pronto al existencia, no por ello debemos dejar de considerarla como una enfermedad temible, en razon de su rebeldía y del estado enfermizo que sostiene toda la vida.

*Causas.*—Las causas de la poliuria son desconocidas. Esta enfermedad ata-

ca con mas frecuencia á los individuos linfáticos y escrofulosos; parece ser algo mas comun en los hombres, y la edad adulta es la que se halla mas espuesta á padecerla. Segun un caso referido por M. Lacombe en su escelente tésis, parece que la poliuria puede ser hereditaria en ciertas familias.

Esta afeccion no es especial al hombre, pues la hemos visto reinar algunas veces epidemicamente en los caballos, como se verificó en París en 1830. Los veterinarios la han descrito con el nombre de *Meada*.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la poliuria no se ha establecido todavía. Se han ensayado alternativamente sin gran ventaja, los antiflogísticos, los eméticos, narcóticos, tónicos, marciales, astringentes, antiespasmódicos, y el régimen vegetal y animal. En una enferma que traté en 1849, despues de haber recurrido á la mayor parte de estos medios, y tambien á los baños de vapor y á la valeriana, conseguí producir momentáneamente una mejoría notable con el estracto de opio.

*Naturaleza.*—Nada se sabe aun de positivo acerca de la naturaleza y el asiento de la afeccion. ¿Es primitivamente un flujo renal, ó una neurosis del estómago, análoga á la bulimia? Y suponiendo que asi sea, ¿el flujo urinario no es la consecuencia de la ingestion considerable del líquido? Cuestiones son estas que es imposible determinar en el actual estado de la ciencia.

## DEL FLUJO DE LECHE Ó GALACTORREA.

Un flujo inmoderado de leche, que altera mas ó menos la salud de la mujer caracteriza la *galactorrea* ó *galactirrea*. Esta enfermedad ataca á las nodrizas ó á las madres, poco tiempo despues del destete.

*Síntomas.*—La leche se segrega y fluye en grande abundancia cuando el niño mama, ó bien fuera de esta escitacion, es decir, de un modo espontáneo, en cuyo caso sobreviene el flujo, especialmente algunas horas despues de las comidas, y empapa los vestidos de la mujer. Esta escrecion puede acompañarse de dolores y tiranteces en las mamas y axilas. Aunque estas pérdidas aumentan al principio el apetito, no tarda la mujer en ponerse pálida, flaca, y débil; poco despues se siente sofocada, oprimida y atormentada por palpitaciones; el apetito disminuye ó cesa; se desarrolla la calentura héctica, y sobrevienen accidentes colicuativos, como sudores y diarreas que aceleran la muerte. No obstante, es dudoso que el flujo de leche ocasione por sí solo estos accidentes de tisis, pues casi siempre los síntomas de que hablamos se relacionan con la presencia de tubérculos en los pulmones. Esta grave complicacion ocurre en efecto, bajo la influencia de la estenuacion determinada por la galactorrea: efecto que veremos producirse igualmente en el curso de la diabetes. Si los pulmones no son invadidos por el trabajo de tuberculizacion, el flujo lácteo cesa despues de un tiempo mas ó menos largo, y la salud se restablece sin mas medicacion que un régimen conveniente.

El *diagnóstico* de esta enfermedad no ofrece dificultad alguna; su *pronóstico* puede ser grave si el flujo es espontáneo y abundante y la constitucion se halla deteriorada, porque en semejantes condiciones las mujeres se vuelven con frecuencia tuberculosas.

*Causas.*—La galactorrea depende las mas veces de la escitacion demasiado considerable que produce en los pechos un niño voraz, por la lactancia de muchas criaturas á la vez ó por la escesiva duracion de este acto. Tambien parece que algunas veces ha sucedido al abuso de los escitantes; á los alimentos demasiado nutritivos, ó bien, por el contrario, á un régimen debilitante, ó á la viciosa constitucion de las mujeres.

*Tratamiento.*—La primera indicacion consiste en destetar al niño, pero no de pronto, sino con lentitud, cuidando que no mame hasta un largo rato despues de la comida de la nodriza. Conviene sostener y aumentar las fuerzas á beneficio de una alimentacion reparadora á la que se agregará con ventaja el uso de los ferruginosos. Los pechos deben estar suspendidos y ligeramente comprimidos. Conviene que las mujeres no hagan ningun esfuerzo, absteniéndose sobre todo de mover los miembros superiores. Por último, es preciso establecer revulsiones por medio de pediluvios, laxantes, diuréticos y sudoríficos: el suero de Weiss llena muchas de estas indicaciones. Cuando sigue la galactorrea, no obstante haber destetado al niño, se ha propuesto hacer lociones vinosas ó aromáticas en los pechos, ó bien untarlos con un linimento alcanforado. M. Riesemberg, de Berlin, aconsejó el uso del yodo, y sobre todo el del yoduro potásico, administrado interiormente, como á propósito para agotar la secrecion de la leche. Pero la esperiencia nada nos ha enseñado todavía acerca de la eficacia de este medio. (Véase el *Journal de Malgaigne*, número correspondiente á enero de 1844).

## DE LA ESPERMATORREA.

SINONIMIA.—Poluciones, pérdidas seminales.

Con el nombre de *espermatorrea* deben comprenderse los flujos mas ó menos repetidos y abundantes de esperma, que se verifican fuera de las circunstancias que los provocan comunmente (cóito y masturbacion), y que aparecen de un modo espontáneo sin ninguna escitacion, ó por efecto de un estímulo que no seria bastante en el estado de salud. Sin embargo, como son idénticas las fatáles consecuencias que se observan en la economía, sea cualquiera el modo con que se verifique la escrecion del esperma, ora espontáneamente, como sucede en las poluciones, ora sea provocada por el abuso del cóito ó la masturbacion, reuniremos en este artículo todos los accidentes que puedan resultar de los abusos venéreos, de cualquiera naturaleza que sean.

*Historia.*—En todos tiempos han llamado la atencion de los observadores los accidentes que producen los escesos venéreos. Ya Hipócrates los describió sucintamente en el segundo libro *De morbis*, con el nombre de *consuncion dorsal*; tampoco los olvidó Celso, en su libro sobre la conservacion de la salud; pero el cuadro mas terrible que se encuentra de ellos en la antigüedad, es es trazado por Areteo. Esta importante materia ha fijado mas especialmente la atencion de los médicos durante los dos últimos siglos, pues de ella se ocuparon Hoffmann, Sénac, De-Gotter, Van-Swiëten, Storck y Gaubius. Todos conocen la celebridad que goza el libro de Tissot; pero se critica con razon á este autor lo mucho que exajera los funestos resultados de la masturbacion, presen-

tando como efectos comunes los fenómenos mas graves, que por fortuna solo se observan en casos escepcionales. La lectura, pues, de la obra de Tissot no puede ser útil para el médico, y es perniciosa para el onanista, que no esperimenta regularmente las incomodidades que indica el autor, y cree que solo es un medio de que se vale para asustarle. El tratado que publicó M. Deslandes sobre el mismo objeto, no ofrece tamaño inconveniente, y tiene tal vez el mérito de ser algo mas científico que el de Tissot. No podemos dejar de mencionar una disertacion que Wichman dió á luz en Alemania en 1782, y que estaba casi olvidada hasta en su mismo país, cuando Sainte-Marie la tradujo al francés en 1817. Pero la obra mas notable sin duda, de cuantas hasta el dia conocemos, es la escrita por el catedrático Lallemand sobre *las pérdidas seminales*. Esta obra en la que el autor da con demasiada frecuencia un gran vuelo á su brillante imaginacion, y en la cual las consideraciones especulativas y las induciones reemplazan algunas veces la observacion directa, no deja, sin embargo, de ser un trabajo de gran alcance, y el fruto de un eminente talento, que abunda en hechos prácticos, en cálculos ingeniosos y en ideas generosas eminentemente filosóficas. La lectura de este libro, que algunos han tratado sin razon de desacreditar, seria aun mas atractiva, si el autor hubiera observado mas órden en la distribucion de la materia, y sobre todo, si no se hubiera estendido tanto en digresiones, aunque la mayor parte tienen sin embargo, muchísimo interés.

*Anatomía patológica.*—Ningun dato esacto tenemos sobre el estado de los órganos genitales, en los que sucumben á la espermatorrea. M. Lallemand dice, sin embargo que se encuentran en ellos vestigios de inflamacion en las vesículas seminales, en la próstata y en los conductos eyaculadores; y erosiones, úlceras ó cicatrices en el orificio de estos conductos. etc. pero estos hechos, en número de nueve, referidos por el antiguo catedrático de Montpellier, no son concluyentes, pues no está probado que haya existido una espermatorrea en *ninguno* de los individuos cuyos órganos genitales internos han presentado varias alteraciones, todas consecutivas á flegmasias antiguas.

*Síntomas.*—Hay algunas poluciones útiles, que son las que sobrevienen de vez en cuando durante la noche, á causa de sueños lascivos, en los adolescentes y los adultos que viven en la incontinencia, pues remedian entonces una plétora espermática, y producen generalmente alivio y una sensacion de bienestar. Tambien se citan estados graves de la economía que cedieron prontamente á una ó muchas de estas poluciones (P. Frank, Sainte-Marie). Pero no sucede lo mismo cuando son frecuentes los flujos espermáticos, ya sean provocados por el cóito ó la masturbacion ya completamente espontáneos, como en las poluciones. Estas pueden ser primitivas en las personas castas, pero sobrevienen con mas frecuencia en las que abusan del cóito ó se entregan inmoderadamente á la masturbacion. Casi siempre empiezan á verificarse solo durante la noche; pero á medida que se repiten, las causas de escitacion que en otro tiempo las precedian y acompañaban, disminuyen ó cesan. La emision del sémen es entonces espontánea, sin que nada la provoque, ni se ponga el miembro en ereccion completa, y aun muchas veces permanece enteramente flácido; la eyaculacion es débil, ó bien el esperma sale babeando, sin que el enfermo sienta el menor placer el líquido puede derramarse total ó parcialmente en la vejiga en vez de salir al esterior, y ser mas tarde arrojado al tiempo de orinar: esto es lo

que sucede cuando hay una estrechez considerable en la uretra en las porciones bulbosa ó prostática, ó cuando el orificio de los conductos eyaculadores se halla desviado ó dirigido hácia atrás á causa de cicatrices ó adherencias viciosas. En todos estos casos son iguales los accidentes; pues ya sea que el esperma salga al esterior, ya que se derrame en la vejiga, su emision, fuera de las vesículas seminales va acompañada de quebrantamiento en los miembros, de mucha debilidad, de cefalalgia, de entorpecimiento y somnolencia; los individuos, al despertarse, se encuentran cansados é incapaces de entregarse á sus ocupaciones, cuando estas exigen algun esfuerzo intelectual ó muscular.

Pero nò solo durante el sueño se verifican las poluciones, pues tambien se observan con frecuencia mientras la vigilia, en cuyo caso sobrevienen al tiempo de orinar ó defecar. En algunos individuos son provocadas por la equitacion, los esfuerzos, el menor contacto ó el mas ligero roce del glande. En estos casos, el esperma puede reconocerse fácilmente por su consistencia, color y olor; pero á medida que se repiten las poluciones, cambia de aspecto el licor seminal, y se vuelve mas ó menos seroso: es preciso, pues, determinar la naturaleza del líquido, recurriendo al microscopio, instrumento que se hace indispensable especialmente en los casos en que sale el esperma al tiempo de orinar. Dícese que entonces puede reconocerse la espermatorrea por la naturaleza del depósito que forman las orinas en el vaso, pues segun M. Lallemand, se ven al principio de la afeccion unos corpúsculos transparentes, irregularmente esféricos, de volúmen variable, y bastante análogos á los granos de sémola, pero si la enfermedad es antigua, ya no se encuentran estas granulaciones, y solo hay entonces una nube espesa, homogénea y blanquecina, sembrada de puntitos brillantes, que ocupan las capas inferiores, y que se han comparado al depósito que forman los cocimientos de arroz ó cebada algo concentrados. Pero ya se concibe que estos depósitos nada tienen de característico, y es preciso averiguar por medio del micoscropio si acaso contienen los animalillos espermáticos.

El exámen microscópico puede suministrarnos además resultados interesantes. M. Lallemand ha visto que, cuando la espermatorrea es muy reciente, el fluido seminal conserva todavía sus propiedades y nada ofrecen de notable los zoospermos, respecto á su número y volúmen. Pero no sucede lo mismo cuando la repeticion y abundancia de las pérdidas seminales han hecho al esperma menos consistente y casi seroso, pues entonces, segun el mismo observador, no viven tanto estos animalillos, los cuales se encuentran muertos pocos minutos despues de ser espelidos; algunas veces son una tercera ó cuarta parte mas pequeños que en el estado normal; su cola es difícil distinguirla con un aumento de trescientas veces; mas tarde se hacen muy raros y pueden faltar, aunque el licor conserve todavía su olor espermático, y entonces en lugar de los zoospermos, solo se encuentran unos glóbulos ovoídeos ó esféricos. ¿Deberemos admitir, con M. Donné, que en las orinas de los espermáticos se encuentran comunmente cristales de oxalato de cal, á consecuencia de una escitacion simpática de los riñones? Este es un hecho que todavía no está debidamente demostrado.

Uno de los primeros accidentes de las poluciones nocturnas ó diurnas, es la disminucion en la energía y en la duracion de las erecciones, y la rapidez con que se verifica la eyaculacion; hasta que poco á poco se hace imposible la erección, y los enfermos quedan entonces enteramente *impotentes*.

Las pérdidas seminales repetidas llegan por último á producir en toda la economía accidentes funestos: los enfermos pierden el color, las fuerzas y las carnes; tienen temblores de miembros, pesadez de cabeza, vértigos, vahidos y zumbido de oidos; algunos padecen de vez en cuando congestiones cerebrales; comunmente ligeras y fugaces, pero que son alarmantes en ciertos casos; tienen débil la vista, y están tristes y melancólicos; sus digestiones son lentas, y van acompañadas de acideces y flatuosidades, y están en fin sofocados, asmáticos y atormentados por palpitaciones, y su voz es débil. Hay algunos que esperimentan convulsiones ó verdaderos accesos epilépticos; otros sufren rigideces, contracturas y parálisis de los miembros. Por último, en un grado mayor de la enfermedad, caen los individuos en un estado de consuncion conocido con el nombre de *tabes dorsalis*. Estos sugetos pálidos, flacos, y que apenas se sostienen de pié, parecen cadáveres ambulantes; agotados física y moralmente, se les infiltran los piés, y les caen los cabellos; se estingue la accion de los sentidos, especialmente la vista; padecen diarreas que alternan con estreñimiento, y mueren en fin en el último grado de marasmo. Algunos hay que, profundamente desalentados, apelan al suicidio para poner término á sus largos sufrimientos. En medio de este aparato de síntomas tan graves, los enfermos no tienen calentura, circunstancia notable, indicada ya por Hipócrates, y sobre la cual insiste mucho M. Lallemand. Los tabescentes se hallan efectivamente sin calentura, no solo al principio, sino tambien en un período avanzado. Un aparato febril, sean por lo demás cuales fueren sus caracteres, que sobreviene en una época cualquiera de la espermatorrea, indica casi siempre una complicacion.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de las poluciones es siempre irregular y desigual. Unas veces ofrecen variaciones diarias completamente inesplicables; otras, estas variaciones dependen de la influencia manifiesta de alguna causa esterior: asi es que los enfermos se encuentran por lo comun mejor en los tiempos húmedos y lluviosos, al paso que la mayor parte padecen mas cuando la admósfera es pura y seca. Segun M. Lallemand, la primavera obra de un modo funesto en casi todos los tabescentes, y esta exasperacion sintomática depende sin duda del aumento de las pérdidas seminales. El otoño es la estacion mas favorable. Hay muchos que esperimentan una agravacion de sus males á causa de una congestion hemorroidal ó de la presencia de ascárides en el recto, ó cuando se prolonga el estreñimiento, etc.; pero la enfermedad ofrece ademas una multitud de oscilaciones que parecen inesplicables por mucho que se trate de buscar la causa. En los casos mas graves dice M. Lallemand, estas oscilaciones son diarias y poco manifiestas, pudiendo entonces ser el curso rápido y como *continuo*, pero siempre irregular. Estas espermatorreas debieran llamarse *agudas*, sino fuera todavía muy larga su duracion. Aquellas en que las remisiones ó intermitencias son mas notables, se concibe que deben influir proporcionalmente menos sobre la economía. Las suspensiones mas completas y prolongadas son evidentemente las mas favorables para conservar las fuerzas y la integridad de la constitucion, en cuyo caso puede considerarse la enfermedad como eminentemente *crónica*, pues los tabescentes pueden conservar por veinte, treinta y mas años, todas las apariencias de la salud. Estos casos se confunden de un modo insensible con aquellos en que las pérdidas seminales

no pueden tenerse por morbosas, puesto que no alteran la constitucion.

La espermatorrea tiene poca tendencia á terminar espontáneamente. Parece que los progresos de la edad, amortiguando la secrecion espermática, deben disminuir la frecuencia y la abundancia de las poluciones. Es cierto que asi sucede generalmente; pero la menor evacuacion de sémen en la vejez produce una debilidad mucho mayor que en los otros períodos de la vida; de modo que aunque la intensidad del mal sea menor, sus efectos constitucionales son casi los mismos. Hay muchas poluciones que desaparecen luego que se remueven ciertas causas de escitacion que las sostienen ó han dado orígen á ellas. Otras, en fin, se disipan poco á poco con el uso regular del cóito; pero esto apenas sucede sino al principio, cuando las funciones no se hallan todavía alteradas, y las pérdidas seminales son efecto de la continencia; pero el comercio sexual es mas dañoso que útil, luego que se halla verdaderamente establecida la consuncion (Hipócrates, Lallemand). En suma, dice M. Lallemand, cuando las poluciones llegan al punto de constituir una enfermedad, tienden mas á agravarse que á disminuir espontáneamente, y solo el hábito basta para hacer la curacion cada vez mas difícil.

La demacracion que producen las pérdidas seminales puede ser tal, que ocasione la muerte. Estos enfermos sucumhen entonces en medio de un síncope, ó con los síntomas de una congestion cerebral: pero tales hechos son muy raros. Casi todos los tabescentes, despues de haber estado padeciendo por mucho tiempo, mueren á consecuencia de una enfermedad aguda ó crónica intercurrente, que sigue entonces por lo comun un curso mucho mas rápido á causa del estado constitucional del sugeto.

*Accidentes consecutivos.*—Seria exagerar los efectos perniciosos de los abusos venéreos, el considerarlos como causas muy activas de lesiones viscerales graves, pues no creo en efecto que la espermatorrea produzca muchas veces, como se ha dicho, y parece tambien creerlo M. Deslandes, afecciones orgánicas del corazon, cerebro, estómago, etc. Las alteraciones funcionales que se observan en estos órganos son casi siempre puramente nerviosas. En efecto, los escesos venéreos ejercen una influencia muy activa en la produccion de neurosis, es decir, de esa clase de enfermedades, que consisten en un trastorno profundo de las funciones nerviosas de uno ó muchos órganos, sin que haya en ellos ninguna lesion material. Asi, la masturbacion en los niños y adultos suele ocasionar la epilepsia y el corea; en una edad mas avanzada, las pérdidas seminales pueden producir la manía, la lipemanía, la demencia y la hipocondría, independientemente de otras alteraciones nerviosas que, como las palpitaciones, la disnea, la gastralgia, la dispepsia, la parálisis de los sentidos ó de los miembros y las contracturas musculares, no dependen de ninguna lesion orgánica como lo prueba su cesacion rápida cuando se cura la espermatorrea.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de las pérdidas seminales suele presentar mucha oscuridad. Pocos son los enfermos que las disimulan; pero hay muchos que ignoran su existencia, y que atribuyendo á otras causas los accidentes que padecen, suelen inducirnos á error.

Las pérdidas seminales no pueden confundirse con los flujos crónicos de la uretra, de la próstata ó las glándulas de Cowper, porque estos son *lentos, continuos* y *uniformes*, mientras que en aquellas el esperma sale *de pronto*, y en

*cantidad notable* cada vez y por intervalos mas ó menos cortos, sin que nunca fluya de una manera continua ó gota á gota (Lallemand). Cuando las pérdidas seminales se complican con flujos crónicos de la uretra, se nota un rezumo continuo; y despues, espontáneamente, ó á causa de un esfuerzo, etc., sobreviene de pronto un flujo mayor, el cual tiene un olor particular, y va seguido de los síntomas que acompañan á las escreciones morbosas de esperma. Por último, el exámen microscópico disipará todas las dudas, demostrando la existencia de los zoospermos.

Cuando las poluciones son internas, es decir, cuando el esperma no sale al esterior á causa especialmente de una estrechez de la uretra, situada delante del orificio de los conductos eyaculadores, sino que se derrama en la vejiga, es fácil desconocer la existencia de la enfermedad. Sin embargo, cuando en un individuo que se debilita, enflaquece y pierde las fuerzas, no se encuentra una lesion orgánica que esplique estos accidentes, y sabemos por el interrogatorio del enfermo que una ó muchas veces al dia, durante los esfuerzos de defecar ó por la mañana al despertarse, esperimenta esa sensacion de malestar, esa cefalalgia, aturdimientos, debilidad y quebrantamiento de miembros que acompañan á las emisiones morbosas del sémen, debe sospecharse que existe una espermatorrea; y para aclarar las dudas, conviene recoger la orina, dejarla sedimentar, y despues de haberla decantado, examinar con el microscopio la naturaleza del sedimento que ocupa el fondo del vaso. Lo mismo debe practicarse respecto de los libertinos y los masturbadores, que no se restablecen aunque hayan dejado de entregarse á sus escesos ó culpable conducta, pues entonces es muy comun que el restablecimiento de la salud no llegue á conseguirse á causa de las pérdidas seminales, que suelen verificarse sin conciencia de los enfermos.

Ya hemos visto que los individuos afectados mucho tiempo de espermatorrea, padecen al fin disnea, palpitaciones, aturdimientos, dispepsia y parálisis y contracturas de los miembros, accidentes que han hecho cometer con frecuencia errores en el diagnóstico, haciendo creer que existian enfermedades del corazon, pulmones, cerebro, médula y estómago. M. Lallemand habla en su escelente obra de muchos enfermos que, á consecuencia de estas equivocaciones, en las que muchas veces incurren facultativos muy esperimentados, se vieron precisados á sufrir largos y dolorosos tratamientos, que no produjeron otro efecto que empeorar su estado. Habituándonos con tiempo á no descuidar nunca el estudio de los fenómenos que se verifican en los órganos de la generacion, no es fácil que se cometan errores tan perjudiciales. Luego que se establece el diagnóstico de la espermatorrea, es preciso averiguar la causa que la ha producido y sostiene.

*Pronóstico.*—Las pérdidas seminales constituyen siempre una afeccion grave, á causa de lo que padece la salud general, y porque muchas veces producen la impotencia. Por lo demás, la gravedad del pronóstico será proporcionada á la antigüedad del mal, á la influencia mas ó menos fatal que ejerce sobre la economía, y en fin, á la facilidad con que puede combatirse ó destruirse la causa que ha provocado la afeccion. Las pérdidas diurnas son siempre graves é incompatibles con el estado fisiológico.

*Etiología.*—La espermatorrea reconoce muchas causas. Se la observa fre-

cuentemente en los individuos que se han entregado á la masturbacion ó abusado del cóito. Los escesos venéreos son sin duda alguna, una de las causas mas eficaces de espermatorrea; esto se observa tambien en los animales. Asi es que todos los veterinarios reconocen que las poluciones que afectan á los garañones, dependen casi siempre de las salidas mas prolongadas ó frecuentes. La continencia suele tambien producir el mismo efecto en los que tienen el sentido generador muy desarrollado. Algunas veces reconoce causas directas, es decir, causas que obran inmediatamente sobre los órganos genitales, como la acumulacion de materias en el recto, el abuso de los drásticos, la presencia de un gran número de oxiuros ó de hemorroides, una induracion escirrosa del recto, afecciones que obran en su totalidad, segun parece, escitando la contraccion de las vesículas seminales. Otras veces consisten en enfermedades que ocasionando una escitacion en los conductos eyaculadores, y propagándose luego á las vesículas seminales, provocan la espulsion del esperma que contienen: tales son la acumulacion insólita de la materia sebácea del prepucio, el herpes *præputialis*, y la inflamacion crónica de la uretra, sobre todo la de su porcion prostática. Por último, las pérdidas seminales pueden manifestarse en los sugetos debilitados por las vigilias y el ayuno, las meditaciones profundas y los disgustos, ó en aquellos que alimentan sin cesar su imaginacion con ideas lascivas. La realidad de estas causas está demostrada por varios hechos que refiere M. Lallemand en su obra.

*Tratamiento.*—La primera indicacion consiste en remover las causas de la espermatorrea. La ciencia consigna hechos numerosos, que demuestran que ha bastado en muchos casos dominar un estreñimiento rebelde, espeler los oxiuros, escindir las hemorroides ó una brida del recto, curar un herpes *præputialis*, impedir la acumulacion de la materia sebácea alrededor del glande, etc., etc., para que cesaran casi instantáneamente flujos seminales antiguos que tenian muy deteriorada la constitucion. M. Lallemand ha demostrado igualmente que las pérdidas seminales dependientes de una inflamacion crónica de la membrana mucosa uretral, sobre todo de su porcion prostática, llegan á curarse, modificando esta superficie por medio de la cauterizacion con el nitrato de plata. Pero en estos casos el alivio no es siempre inmediato, pues á veces tarda muchas semanas en manifestarse, y no conviene repetir la cauterizacion hasta pasado un mes, y aun mes y medio. Este tratamiento conviene especialmente cuando las pérdidas seminales suceden á las blenorragias. El estado morboso del conducto de la uretra se reconoce por medio del cateterismo, pues tan luego como llega la estremidad de la sonda á la porcion de la mucosa alterada, produce en ella un vivo dolor. ¿Los revulsivos poderosos aplicados al periné, pueden ser útiles en estos casos? Lo ignoro. No obstante, Huzard refiere haber curado á un garañon atacado de espermatorrea, aplicando un boton de fuego al periné. M. Kaula dice en su tesis (año 1846), que el mismo tratamiento se empleó tambien con buen éxito en Italia.

Tambien debe empezarse removiendo todo lo que pueda escitar los órganos genitales: se renunciará, pues, á las lecturas eróticas, y se evitará la sociedad con mujeres. Sin embargo, algunas veces conviene que los enfermos celebren de vez en cuando el acto del cóito, sobre todo si la espermatorrea fuese efecto de la continencia. Los enfermos deben dormir en colchones de paja ó crin, con-

servando todo el tiempo posible el decúbito lateral. Se aconsejarán las distracciones, los paseos, el régimen suave, la abstinencia de manjares cálidos ó condimentados, y de licores espirituosos. Es preciso tambien mantener el vientre libre, y se orinará con mas frecuencia, sobre todo durante la noche. En esta forma de la espermatorrea, en la cual los órganos genitales aparecen sobrescitados, se podrá ensayar el uso de la digital, en la dosis de seis granos al dia. M. Luciano Corvisart vió tres veces los buenos resultados de este medicamento. Su empleo es racional desde que el doctor Brughmans ha demostrado la accion depresiva é hipostenizante que la digital ejerce sobre los órganos genitales. Segun M. Debout, la lupulina (parte activa del lúpulo), propinada en la dosis de 20, 40 ó 60 granos en polvo ó en electuario, produce el mismo efecto. Todas estas esperiencias deben ser objeto de un detenido estudio.

Los medios de que acabamos de hablar son útiles cuando la constitucion no se ha debilitado todavía, y las pérdidas seminales van acompañadas de escitacion; pero si la espermatorrea es antigua, están débiles los enfermos, y el flujo espermático parece verificarse de un modo pasivo, es preciso seguir un sistema muy diferente. Entonces conviene prescribir los tónicos, los alimentos nutritivos, los vinos generosos, los marciales, la leche, las bebidas heladas, los baños frios y los de mar, las lociones frias y aromáticas al periné, al pene y al escroto, las lavativas frias y los chorros á los lomos, á la region del sacro y al periné. Algunas veces es tan considerable la susceptibilidad de los órganos digestivos, que los enfermos no pueden someterse inmediatamente al uso de alimentos reparadores, y entonces es preciso empezar prescribiendo los caldos de cangrejos, de ranas y tortuga, y las leches de vaca, de burra y aun la de mujer.

Hay algunos remedios que gozan de una reputacion popular para escitar los órganos genitales y combatir la impotencia: tales son el fósforo, y especialmente las cantáridas. Pero la utilidad de estos medios es muy dudosa, y aun M. Lallemand no vacila en proscribirlos como capaces de escitar las pérdidas seminales. No sucede lo mismo con el galbanismo, pues el autor que acabamos de citar lo ha empleado algunas veces con mucha ventaja. En los casos en que se halle indicado, es preciso establecer la corriente entre la region de los lomos y el pubis ó el periné. Parece tambien que algunas espermatorreas crónicas, despues de haber resistido á toda clase de medicaciones, han cedido con bastante rapidez al uso del cornezuelo de centeno, administrado á la dosis de seis granos ó un escrúpulo por dia. Sin embargo, todavía no se halla suficientemente justificada la utilidad de este medicamento. El doctor M. Duclós publicó en el *Bulletin de thérapeutique* del año 1849, un trabajo que prueba que en esta forma atónica de la espermatorrea, puede recurrirse con ventaja á los preparados de nuez vómica. M. Duclos emplea el estracto alcohólico, y prescribe por espacio de cinco dias una píldora de una quinta parte de grano, aumentando una de cinco en cinco dias, hasta que los enfermos llegan á tomar ocho; y aun ha podido hacer mayor la dosis. El espresado médico emplea ademas muchas veces las fricciones en los lomos y muslos, con una mezcla de tintura de cantáridas y nuez vómica. Es preciso saber, en fin, que algunas espermatorreas rebeldes á todos los planes curativos, han cedido á veces al tratamiento antisifilítico, como si la enfermedad estuviese sostenida en tales casos por alguna lesion de esas que la medicacion específica consigue destruir.

El comercio sexual ha podido ser útil á algunos tabescentes para destruir el hábito de la masturbacion, ó hacer cesar las poluciones nocturnas sostenidas por una continencia demasiado absoluta, mas, fuera de estos casos, es perjudicial para ellos el cóito. No basta, sin embargo, como dice M. Lallemand, que los tabescentes observen materialmente la continencia, sino que es preciso guardar una castidad moral, alejando de sus sentidos y de su mente toda idea que pueda despertar pensamientos eróticos. La menor imprudencia de este género, segun el antiguo profesor de Montpellier, les es tan funesta como una indigestion, los escesos de bebida ó una equitacion demasiado fuerte. Llega, sin embargo, una época en que debe permitirse y aun aconsejarse el cóito; pero no se puede, como dice Hipócrates, fijar término á la continencia. El sistema que se adopte debe subordinarse en este caso al estado general del sugeto. Algunas veces puede tambien ser útil ordenar el cóito en ciertos intervalos, y antes de que sea completa la curacion, á fin de prevenir las poluciones nocturnas.

*Profilaxis.*—La profilaxis de los escesos venéreos varía segun que estos resultan del cóito ó de la masturbacion. Los jóvenes y adultos son casi los únicos que pueden entregarse al cóito con esceso. Para preservarlos de los peligros que corren, conviene darles algunos consejos, representándoles con los mas sombríos colores los riesgos á que se esponen, impedirles, si fuese posible, el comercio sexual, y someterlos al régimen que vamos á establecer para la masturbacion, á fin de disminuir cuanto se pueda la secrecion del esperma y la escitacion de los órganos genitales. Pero los buenos consejos y los medios morales y religiosos rara vez son eficaces para destruir en los jóvenes el pernicioso hábito de la masturbacion. Todos los medios coercitivos que al efecto se han imaginado son insuficientes ó peligrosos y tampoco basta la vigilancia mas asídua y sagaz. En estos casos debe recurrirse especialmente á los ejercicios corporales, como los paseos, la gimnasia, la natacion y la esgrima, para disminuir la actividad de los órganos genitales, pues, como con mucha razon ha dicho el catedrático M. Lallemand, ninguna vigilancia, ningun principio de religion ó moral producen efectos tan seguros como las fatigas diarias, pues acarrean todas las noches, en el momento en que los individuos se entregan á la masturbacion, una urgente necesidad de descansar; por otra parte, este activo ejercicio disminuye la secrecion del esperma, modera la escitacion de los órganos genitales y el imperio de la imaginacion. ¿Y qué haremos cuando no han bastado la higiene, los medios morales, religiosos y coercitivos, ni aun el castigo? ¿Qué partido tomar con un adolescente, que burlando la vigilancia mas esquisita, se entrega con una especie de furor á un vicio que ya aniquila su salud? En este peligro no debe vacilarse en adoptar un medio, que sin duda es un mal, pero mucho menor que el que se trata de combatir, admirablemente descrito por J. J. Rousseau en las siguientes líneas: «Desconfiad del instinto, porque es de temer que enseñe á vuestro discípulo á engañar sus sentidos, proporcionándole medios supletorios de satisfacerlos; y si llega á conocer este peligroso suplemento, se pierde. Mejor fuera sin duda... Si las pasiones de un temperamento ardiente se hacen invencibles, te compadezco, mi querido Emilio; pero no vacilaré un momento, jamás consentiré que se eluda el voto de la naturaleza. Si es preciso que sufras el yugo de un tirano, prefiero entregarte á aquel

de quien procuro librarte, pues, como quiera que sea, con mas facilidad te arrancaré de las mujeres que de tí mismo.» La opinion de este gran filósofo es tambien la de todos los prácticos que se han ocupado de la materia. MM. Deslandes y Lallemand la adoptan en sus obras con mucha ingenuidad; pero importa decir aquí, con el sabio profesor de Montpellier, que llega un momento en que ya no alcanza este recurso poderoso, por haberlo diferido demasiado. La perversion del instinto genital llega entonces á tal estremo, que se mira á todas las mujeres con aversion y repugnancia.

*¿Hay en la mujer poluciones análogas, en cuanto á sus efectos, á la espermatorrea?*—Pedro Franck ha dado una respuesta afirmativa á esta pregunta; M. Requin se siente igualmente inclinado á admitirla, y un médico de los hospitales, M. Guibout, publicó en 1847 una observacion concluyente acerca del particular, en la *Union médicale*. Sabido es que durante el cóito, la vagina y la vulva particularmente están lubrificadas por un moco mas ó menos espeso; este líquido, suministrado especialmente por las glándulas vulvo-vaginales, es á veces en estremo abundante, y se derrama con tanta rapidez que puede decirse que es emitido por una verdadera eyaculacion. Un ensueño erótico, la masturbacion, y en las mujeres de temperamento ardiente, el contacto, la vista ó el recuerdo de un hombre, y hasta el simple acto de andar, bastan para determinar esta secrecion, que si se repite con frecuencia, ocasiona las mismas molestias y los mismos desórdenes en la economía, que los que la espermatorrea produce en el hombre.

---

# CUARTO GÉNERO DE SECRECIONES MORBOSAS.

## DE LAS NEUMATOSIS Ó SECRECIONES GASEOSAS.

Los gases pueden exhalarse en partes donde no existen normalmente, bajo la influencia de ciertos estados morbosos, ó bien, algunos órganos que, como los intestinos, los contienen en estado de salud, pueden producir mayor cantidad de ellos que en el estado fisiológico, de lo cual resultan diversos fenómenos ó alteraciones funcionales. Esta acumulacion insólita de fluidos elásticos se llama *pneumatosis*. Los gases que de este modo se encuentran acumulados ó infiltrados en nuestros órganos ó tejidos, no siempre sin embargo son exhalados por ellos. Pueden estar formados por el aire atmosférico que se haya introducido por una abertura natural ó accidental; otras veces resultan de la descomposicion de ciertas sustancias sólidas ó líquidas; y algunas, en fin, de la rotura ó perforacion de un órgano que naturalmente los contiene, permitiendo que los fluidos elásticos se derramen ó infiltren en las partes inmediatas.

Si hubiéramos de atenernos al título que damos á este capítulo, no debíamos tratar aquí de esta última clase de pneumatosis; pero como difieren poco

los síntomas y las alteraciones funcionales, sea cual fuese el modo con que se verifica la acumulacion gaseosa, creemos conveniente para evitar repeticiones inútiles, estudiar las neumatosis por exhalacion juntamente con las traumáticas.

## DEL ENFISEMA.

Dase el nombre de *enfisema* á la infiltracion de un gas en el tejido celular. Esta enfermedad se halla caracterizada por una tumefaccion mas ó menos considerable, elástica y sin cambio de color en las partes; las cuales producen al comprimirlas, una crepitacion particular, característica, análoga al ruido que se obtiene frotando el pergamino ó una vejiga seca. El enfisema ocupa las mas veces el tejido sub-cutáneo, y tambien el sub-mucoso, como el que reviste la conjuntiva, ó el que separa las túnicas intestinales; es mas raro que invada el tejido celular sub-seroso, observándose de preferencia en el de los epiploones; si bien en estos últimos casos es probable que el enfisema constituya una lesion puramente cadavérica.

El enfisema se divide en *traumático* y *espontáneo*. El primero, que es el mas comun, sucede á las heridas contusas, y sobre todo á las diversas lesiones de continuidad que interesan las fosas nasales, la laringe, la tráquea, los pulmones y el tubo digestivo. En los casos mucho mas raros, en que los gases son exhalados por el mismo tejido celular, se dice que el enfisema es *espontáneo*. Este ha sobrevenido algunas veces á la impresion del frio, á una emocion moral, á un ataque histérico, en el curso de una calentura continua eruptiva, á consecuencia de una escitacion de la piel, como despues de las fricciones irritantes, ó de una contusion de esta membrana; y en fin, es mas comun que se manifieste en una parte mortificada ó en su circunferencia, pues la gangrena es efectivamente la causa mas comun del enfisema espontáneo y circunscrito.

La infiltracion de gases en el tejido celular se limita por lo comun á un espacio mas ó menos considerable: hay muchos casos, sin embargo, en que el enfisema puede ser casi general, es decir, que invade sucesivamente toda ó la mayor parte de la superficie del cuerpo. Suelen presentarse síntomas mas ó menos graves, como ansiedad, opresion y accidentes asfísicos, dependientes, segun se dice, de que el enfisema se propaga á los pulmones. Pero es raro que la enfermedad termine de este modo, pues en general suele curarse, ya practicando una abertura para que salgan los gases, ó ya porque estos se reabsorben. Se ha visto al enfisema aparecer y disiparse alternativamente muchas veces.

Fácil es distinguir, si se atiende á los espresados caracteres, el enfisema del edema, única afeccion con que puede confundirse. Pero este se distingue del primero por que en él falta la crepitacion, y la parte conserva la impresion del dedo. No necesitamos decir que los jóvenes que entran en quinta y desean sustraerse al servicio militar, simulan algunas veces el enfisema; lo mismo hacen los que, vendiéndose por mendigos, se proponen escitar la compasion pública; pero en estos casos se encontrará en la piel la señal reciente de una picadura que ha servido para insuflar aire en el tejido celular.

El enfisema no presenta en general gravedad alguna por sí mismo; su pronóstico solo es triste cuando se hace general, ó tiene su asiento alrededor de los tubos aéreos que comprime.

El tratamiento del enfisema simple consiste en la compresion y aplicacion de algunos tópicos resolutivos; si estos medios son inútiles, y si la distension de los tejidos es escesiva, y el enfisema continúa invadiendo nuevas partes, conviene dar salida á los gases infiltrados, practicando en la piel algunas incisiones ó escarificaciones.

El enfisema que se desarrolla despues de la muerte es un fenómeno que anuncia la descomposicion pútrida; tarda mas ó menos en manifestarse, y á veces bastan algunas horas para que toda la piel se halle elevada por un fluido elástico. Este desarrollo rápido del enfisema se nota especialmente á consecuencia de las asfixias por gases mefíticos, despues de las enfermedades carbonosas pestilenciales, y algunas veces tambien en los cadáveres de los que han sucumbido á las calenturas tifoideas y eruptivas.

### DEL ENFISEMA INTERLOBULAR DE LOS PULMONES.

No trataremos aquí de la enfermedad impropiamente llamada *enfisema vesicular* de los pulmones, porque esta afeccion, anatómicamente caracterizada por la dilatacion de las vesículas, debe estudiarse en algunas lesiones análogas de otros órganos, que en otra parte examinaremos. Solo diremos aquí algunas palabras de la afeccion, única que merece conservar el nombre de enfisema, y que consiste en la infiltracion de aire en el tejido celular que separa los lóbulos pulmonares, de donde toma el nombre de *enfisema interlobular*, con que se reconoce generalmente desde el tiempo de Laënnec, que fue el primero que lo describió.

El enfisema de que hablamos es en cierto modo el resultado de una lesion traumática, pues se muestra consecutivo á una rotura de las vias aéreas. Bastante frecuente en la juventud, como lo han demostrado los trabajos de MM. Guillot (1), Roger, Blache (2) y Ozanam (3), se presenta en los niños afectados de las diferentes enfermedades de los órganos pulmonares, durante los accesos violentos de tos, y tambien independienmente de todo estado morboso de los pulmones y los bronquios, á consecuencia de los gritos agudos, de un arrebato de cólera, de un dolor intenso, ó por lo menos de un delirio violento, es decir, en circunstancias en que se hacen grandes esfuerzos. La medicina comparada ha descubierto muchas veces la misma lesion en los animales. M. Delafond ha demostrado que los caballos de posta destinados al servicio de los correos estraordinarios, y los caballos de carrera, estaban mas espuestos que los demás, á contraer este enfisema; y asimismo ha hecho ver que esta lesion se produce algunas veces instantáneamente en los caballos de tiro despues de violentos esfuerzos para subir una cuesta escarpada, etc. Nada demuestra que los gases puedan ser exhalados algunas veces en el tejido celular de los pulmones; nosotros creemos, separándonos en esto de la opinion de Laënnec, que los que se encuentran en él son muy probablemente efecto en todos los casos, de una causa traumática.

*Anatomía patológica.*—Cuando el tejido celular intervesicular y el sub-pleurítico están infiltrados de aire, se ven en la superficie del pulmon bulbitos irre-

(1) *Archives générales de médecine*, année 1853, número de agosto.
(2) *Union médicale*, année 1853, p. 195.
(3) *Archives de médecine*, année 1854, número de enero.

gulares, cuyo volúmen varía desde el de un cañamon hasta el de una nuez, un huevo, y aun mas. M. Bouillaud ha encontrado una bolsa formada por el aire, que por su volúmen parecia un estómago.

Cuando se comprimen con los dedos estos bulbitos, se les hace cambiar de lugar, y entonces el fluido elástico que contienen camina fácilmente por debajo de la pleura. Sin embargo, el aire, como lo ha observado Laënnec, aunque realmente está fuera de las vesículas, no puede muchas veces ser desviado por la presion, cuando, estravasándose en el punto de reunion de los tabiques, se forma en este punto una pequeña cavidad, que se marca en la superficie del pulmon, bajo la figura de un rombo ó un triángulo sin elevacion notable. Cuando el enfisema es muy estenso, los pulmones no se deprimen, parecen estrechados en el pecho, y crepitan de un modo particular al comprimirlos con el dedo. La infiltracion gaseosa de estos órganos sigue los conductos bronquiales, las vainas de los vasos, deseca las serosas, puede propagarse de un mediastino al otro, sale del pecho, invade el cuello y la cara, y puede estenderse por gran parte del cuerpo.

*Síntomas.*—Ignorándose todavía completamente los signos por los cuales puede reconocerse un enfisema interlobular, Laënnec menciona como fenómenos patognomónicos, el *estertor crepitante de anchas burbujas*, que compara á la crepitacion que produce el enfisema cutáneo cuando se comprime, y el *ruido de roce*; pero estos dos signos de auscultacion pertenecen mas bien á las complicaciones que al enfisema: el estertor de que habla Laënnec, no es otro, á nuestro parecer, y al de Louis y Stokes, que el sub-crepitante ordinario, dependiente de una bronquitis concomitante: tambien el ruido de roce reconoce por causa la formacion reciente de falsas membranas pleuríticas. Todo induce á hacernos creer que la sonoridad debe aumentar; pero ignoramos los resultados que suministra la inspeccion de las paredes torácicas; y especialmente ignoramos si existe una arqueadura comparable con la que tan comunmente hallamos en el enfisema vesicular.

Si el enfisema se propaga al esterior, se revela por signos positivos. En efecto, vemos manifestarse súbitamente, á consecuencia de un acceso de tos ó de un esfuerzo cualquiera, un tumor sin cambio de color en la piel, blando, crepitante al tacto, que ocupa las regiones sobre-claviculares ó las inmediaciones de la tráquea, y que invade luego mas ó menos completamente las partes vecinas.

La mayor parte de los individuos que presentan esta grave complicacion, sucumben: M. Ozanam dice que apenas se salva un niño entre nueve. Los enfermos mueren á consecuencia de la creciente dificultad de la respiracion, y en un estado de asfixia. La muerte puede ser pronta, brusca y súbita, cuando el enfisema, aunque limitado á los pulmones, los invade en una gran estension. Esto es lo que resulta de muchos hechos recogidos y publicados por los doctores Hunt, Ollivier (de Augers), Pillore, Prus y Depaul. Ademas, estos hechos patológicos están acordes con las esperiencias hechas en otro tiempo por M. Leroy d'Etiolles, que insuflando aire en los bronquios de los conejos, con bastante fuerza para rasgar cierto número de vesículas pulmonares, hacia perecer á estos animales con tanta prontitud como si les hubiese cortado la médula oblongada.

Cuando se verifica la curacion, las celdillas pulmonares rotas se deprimen

y obliteran. Fácil es concebir con M. Ozanam, que esta obliteracion puede algunas veces ser producida por la sangre derramada, por una linfa plástica, por la compresion ejercida por un derrame pleurítico, ó por el mismo aire. La parte de este fluido derramada ó infiltrada en el tejido celular, no tarda en ser reabsorbida sino se le ha practicado una salida artificial.

Cuando el enfisema ataca las partes esteriores, el médico debe procurar combatir la tos, ó impedir los esfuerzos que pudieran agravarlo y estenderlo. Si ocupa un pequeño espacio, puede limitarse á hacer aplicaciones resolutivas (compresas empapadas en agua de Goulard). Mas, si el enfisema amenaza la vida, á causa de su estension y volúmen, es preciso abrir una salida artificial al aire, por medio de incisiones y escarificaciones, ó haciendo punciones con un trócar fino. La salida de los gases se favorece á beneficio de presiones metódicas, ó por medio de algunas ventosas.

Como el enfisema intra-vesicular no puede ser diagnosticado con alguna exactitud, es inutil investigar el tratamiento que debe oponérsele.

## DE LA NEUMATOSIS DEL TUBO DIGESTIVO.

El tubo digestivo contiene naturalmente cierta cantidad de gases que parecen destinados á favorecer el curso de las materias alimenticias, y que son espulsados por la boca y sobre todo por el ano, con mas ó menos frecuencia. Pero cuando estos gases se desarrollan en mayor abundancia, son causa de varios accdientes, ó á lo menos de ciertas incomodidades que el médico debe saber prevenir y combatir.

*Orígen de los gases; causas que lo producen.*—Los gases intestinales provienen de muchos puntos. El aire puede penetrar en el estómago durante la respiracion, y sobre todo durante la deglucion de la saliva y los alimentos; ademas, se forman tambien fluidos elásticos mientras dura la digestion, ya provengan de una cierta alteracion de los alimentos, ya, mas bien, de una exhalacion de la membrana mucosa (1). Asi sucede, por ejemplo, en muchas indigestiones, y en un gran número de los que digieren con dificultad, ó se alimentan de sustancias farináceas, ó abusan de alimentos poco estimulantes ó debilitantes, como las sustancias mucilaginosas, la gelatina y las carnes de animales jóvenes. Algunas veces se ha visto manifestarse el mismo accidente en los sugetos que se alimentan de sustancias indigestas ó poco nutritivas; asi, por ejemplo, se ha dicho que despues de los bloqueos de Génova, Maguncia y Valenciennes, muchos soldados murieron con un meteorismo enorme despues de heber comido gran cantidad de hojas verdes; y Cheselden refiere las historia de un jóven que á consecuencia de haber comido con esceso zanahorias tiernas, sucumbió á un meteorismo tan considerable, que los intestinos habian decuplado su volúmen (2). La pneumatosis intestinal es á veces efecto de una disposicion hereditaria. Pero los gases se desarrollan con mas abundancia en el tubo digestivo, en la ma-

(1) La exhalacion de gases en la mucosa digestiva se demuestra en el siguiente esperimento, hecho por MM. Magendie y Gerardin. Si en un animal vivo se estrae por una herida del vientre un asa intestinal, y despues de vaciarla completamente y comprimirla entre dos ligaduras, se vuelve á colocar en el abdómen, se la encuentra de nuevo al poco tiempo mas ó menos distendida por los gases.

(2) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XIV.

yor parte de las afecciones nerviosas de este aparato, en el curso de otras neurosis, en la hipocondría, y especialmente en los accesos de histerismo; ó bien en fin, á consecuencia de perturbaciones nerviosas, como las que producen las emociones morales vivas. En todos los casos se manifiesta el desarrollo de gases, sin que haya un estado inflamatorio ó congestivo de la membrana mucosa. Las pneumatosis intestinales acompañan muy rara vez á las gastro-enteritis, aunque suelen, sin embargo, observarse en la disenteria (Pringle). Ya hemos dicho que este es un fenómeno comun en la calentura tifoidea; pero resulta de las investigaciones de M. Louis, que la pneumatosis, en estas condiciones, es independiente del estado de la mucosa del cólon, y que tampoco proviene de la putrefaccion de las materias fecales. La exhalacion morbosa de los gases intestinales depende, por el contrario, muy á menudo de la inflamacion del peritoneo, como lo hemos visto en la peritonitis, sobre todo en la puerperal. Por último, tambien suelen existir en gran cantidad en todas las lesiones que estrechan el calibre de los intestinos, ya dependa en estos casos la acumulacion de que los gases no han sido espelidos, ya resulte particularmente de que sea mas activa la secrecion: es pobable que estas dos causas obren simultáneamente.

Ignoramos el mecanismo en virtud del cual se exhalan los gases: ¿serán producidos por todos los tejidos, ó es verdad que los contiene la sangre, y que entonces son exhalados únicamente por la membrana mucosa? Cuestion es esta que no puede resolverse. Sin embargo, un esperimento de Bichat parece probar, que los gases absorbidos por la piel, pueden despues exhalarse en la superficie de los órganos digestivos.

*Sitio y composicion de los gases.*—Cuando la cantidad de gases es considerable, ocupan casi igualmente todo el tubo digestivo; pero casi siempre se encuentran acumulados especial y aun esclusivamente en el ciego, en el cólon ascendente y el transverso y en la S ilíaca. Dilatan los órganos en que están acumulados, y les hacen adquirir en ciertos casos un volúmen monstruoso. Littre ha visto un cólon tan grueso como el muslo, y Haller ha encontrado un ciego tan abultado como la cabeza de un adulto.

La composicion de los gases varía segun el punto de los órganos digestivos donde se recojan, y el estado general de los individuos. En el estómago se hallan constituidos por aire atmosférico, que solo contiene mayor proporcion de ácido carbónico; en los intestinos delgados, por una mezcla de ázoe, hidrógeno y ácido carbónico; y en los gruesos, por estos mismos gases, y ademas por el hidrógeno carbonado ó sulfurado; jamás hay oxígeno. La proporcion de ácido carbónico se aumenta á medida que nos aproximamos al recto. Por último, en el estado de enfermedad, el ázoe y el hidrógeno son los gases que se exhalan mas á menudo, y tambien aumenta mucho la proporcion de hidrógeno sulfurado. Remitimos al que desee mas estensos detalles á una tesis sostenida en París en 1833 por el doctor Chevillot.

*Incomodidades y accidentes producidos por los gases intestinales.*—La acumulacion insólita de gases en el tubo digestivo produce generalmente un estado de malestar en el vientre, mas bien que un verdadero dolor: los enfermos padecen borborigmos; el abdómen está mas ó menos tenso; resuena mas á la percusion, y suele presentar desigualdades y curvaturas pasageras en su forma, debidas á las contracciones peristálticas de los intestinos dilatados, hasta que

al fin salen los gases por la boca ó el ano, y esta espulsion va generalmente seguida de algun alivio. Cuando salen por la boca, forman lo que se llaman eructos. Estos son en general inodoros; saben á huevos podridos en las indigestiones, y son á veces tan abundantes, que están saliendo algunos minutos sin interrupcion, en cuyo caso no es raro que arrastren consigo una porcion de alimento, que llega á la boca por regurgitacion. Los gases que salen por el ano son comunmente mas ó menos fétidos; su escrecion es las mas veces espontánea, y otras, provocada por los esfuerzos, los gritos, las emociones morales y ciertos movimientos.

Cuando los gases, en vez de espelerse, se detienen en el tubo digestivo, producen algunos accidentes variables segun el punto donde se acumulan y el grado de dilatacion que sufren las partes. Nada prueba que los gases puedan, como se ha dicho, dilatar ó distender una porcion del esófago, que estaria entonces contraido espasmódicamente por encima y debajo. Nada tampoco demuestra que un asa intestinal estrechada espasmódicamente en sus dos estremidades, pueda encerrar una masa de aire de modo que forme un tumor sólido, acerca de cuyo diagnóstico pudieran suscitarse dudas. Los gases ocupan en general el estómago ó el intestino grueso en su totalidad, y una parte ó el todo del intestino delgado.

Acumulados en el estómago, los gases producen ansiedad y dificultan la respiracion; hay bostezos; el epigastrio está tenso y muy sonoro, afectado de calambres; hay en él un dolor mas ó menos vivo; los líquidos ingeridos pasan con difiultad el cárdias; y algunas veces, en fin, sobrevienen lipotimias y palpitaciones.

Cuando los gases se acumulan en los intestinos, el vientre adquiere un volúmen considerable, se halla tenso, y suena como un tambor al percutirlo; de donde viene sin duda el nombre de *timpanitis intestinal*, con que se designa esta afeccion. Palpando el vientre con cuidado, suele distinguirse el relieve que forman las asas intestinales dilatadas; se oyen ruidos mas ó menos intensos; sobrevienen dolores abdominales, llamados *cólicos flatulentos*; algunas otras veces no penetran las lavativas, y en fin, se observan tambien accidentes debidos á la compresion ejercida sobre algun órgano. Asi, cuando los gases distienden mucho el cólon transverso, se halla comprimido el estómago, de lo cual resultan vómitos; y el diafragma, empujado hácia el pecho, produce mucha ansiedad, una disnea considerable, y aun la muerte por asfixia, como M. Piorry lo ha demostrado con esperimentos hechos en animales. La compresion de la vejiga provoca la disuria, y hace mas frecuentes las ganas de orinar. Se ha visto una vez que la vagina y el útero fueron arrojados al esterior, y Van-Swieten ha observado un edema en la pierna izquierda, debido á la compresion de la vena ilíaca correspondiente. A veces los gases ocupan solo un punto muy circunscríto del intestino, como el ciego, ó bien una ó dos asas intestinales; en cuyo caso se nota al través de las paredes abdominales un tumor redondeado, sonoro, elástico, doloroso y comunmente movible, en el cual se sienten de vez en cuando borborigmos.

Luego que han estado mas ó menos tiempo acumulados, los gases son al fin espelidos por boca y ano á la vez poco á poco, ó de pronto: esto es lo que algunos autores, y Sydenham en particular, han designado bastante impropia-

mente con el nombre de *cólera seco*; muchas veces salen materias líquidas unidas á los gases. La pneumatosis intestinal desaparece en un gran número de casos por la absorcion de los gases, pues vemos con frecuencia meteorismos considerables disiparse poco á poco, sin salir ningun fluido elástico por la boca ni el ano. Los antiguos atribuian graves accidentes, y aun la muerte á esta absorcion; pero no se hallan justificados sus temores, pues los hechos que refieren en apoyo de su parecer, son insuficientes, y cuesta trabajo creer que un hombre tan ilustrado como M. Baumés, los haya invocado en la actualidad en su *Traité des maladies venteuses*, para sostener la misma opinion.

Cuando el estómago ó los intestinos están muy dilatados, y esta dilatacion es permanente, pueden llegar á romperse; pero esto casi no se ha observado mas que en los casos de úlcera, reblandecimiento ó gangrena de las paredes, y entonces se rompen al nivel de la alteracion. Tambien se ha dicho que algunas veces desgarrándose las dos túnicas internas, los gases se infiltran en el tejido celular sub-seroso; pero en estos casos, muy raros por lo demás, no tarda en romperse la túnica peritoneal. Finalmente, segun M. Baumés, la pneumatosis puede ser una causa de vólvulo, permitiendo á un asa intestinal penetrar en la porcion de órgano dilatada por los gases.

Sea cualquiera la causa de la pneumatosis intestinal, esta afeccion recidiva con la mayor facilidad.

*Diagnóstico y valor semeiótico.*—La escesiva sonoridad que da el vientre á la percusion, sirve para conocer que el volúmen de esta cavidad no depende de una acumulacion de serosidad en el peritoneo. Tambien especialmente por la inspeccion y percusion del abdómen, pueden marcarse los puntos de los órganos digestivos donde se hallan acumulados los gases en mas abundancia ó de una manera esclusiva. Sin embargo, no debe creerse que el grado de sonoridad esté en relacion con el volúmen de los gases contenidos en el intestino. En efecto, resulta de esperiencias hechas primero por Skoda, y comprobadas despues por M. Roger, que el sonido, que es timpanitico cuando las paredes en que el aire está encerrado no están tensas ó lo están poco, cesa de serlo, y hasta parece dar un sonido macizo relativo, cuando la cantidad de los gases es tal que las paredes del intestino y del abdómen han sufrido una tension considerable (1).

El desprendimiento insólito de gases que aparece con intervalos mas ó menos largos, indica por lo comun un estado atónico de los órganos digestivos. Cuando esto sucede en los primeros dias que siguen al parto, conviene redoblar nuestra vigilancia, porque el meteorismo es muchas veces el primero, y en ciertos casos el único síntoma local de una peritonitis. Fuera del estado puerperal, el meteorismo es muy raro en las enfermedades agudas, á escepcion de la calentura tifoidea, en la cual constituye uno de los síntomas mas frecuentes. Asi, cuando en el curso de una afeccion febril sobreviene una acumulacion de gases en el tubo digestivo, debemos siempre indagar si existe alguna lesion en las glándulas de Peyer. Si el meteorismo es permanente, aunque en grado variable, en un sugeto sano, indica de un modo casi cierto que hay algun obstáculo en un punto del tubo digestivo que dificulta el curso de las materias. Si todo el vientre está muy timpanizado, es probable que el obstáculo ocupe la parte infe-

(1) *Archives générales de médecine*, tomo XXIX, 4.ª serie.

rior del tubo digestivo, y nunca debe omitirse entonces el exámen del recto con el dedo.

Conviene saber que ciertas personas tienen la facultad, de tragar aire, y producir timpanitis á veces enormes. M. Girardin cita un ejemplo de este hecho en su tesis (año 1814, n.° 15).

*Pronóstico.*—La pneumatosis intestinal, exenta de toda complicacion, solo constituye una incomodidad; pero no sucede lo mismo cuando es muy considerable. Este accidente agrava siempre el pronóstico de todas las afecciones intestinales y peritoneales, especialmente el del íleo, la peritonitis y la calentura tifoidea.

*Tratamiento.*—Los individuos predispuestos á la pneumatosis intestinal, deben abstenerse de alimentos indigestos y farináceos; mascar bien y hacer uso de los vinos de Burdeos y Borgoña; abstenerse de los vinos blancos, de los espumosos y de todos los nuevos; evitar las fatigas despues de comer, los trabajos mentales y en general cuanto pueda alterar la digestion; mantener libre el vientre y hacer un ejercicio moderado, medio cuya utilidad ha demostrado Foderé. A muchos enfermos que digieren con lentitud, se aconseja despues de la comida alguna bebida aromática, como la manzanilla, el té y el café; pero los licores son generalmente perjudiciales. En fin, en estas condiciones suelen obtenerse buenos resultados del uso de la franela, de las fricciones secas, sobre todo en la piel del vientre, de los baños aromáticos y los de mar. Cuando la pneumatosis parece reconocer por causa una atonía de los órganos digestivos, deben usarse para prevenirla y combatirla, las sustancias llamadas *carminativas*, entre las cuales son las principales: la angélica, el anís, los agenjos, la menta, la melisa, la manzanilla, la canela, la cascarilla, las cortezas de naranja y limon, etc. Estas sustancias pueden darse en infusion, ó se toma con frecuencia su agua destilada ó su aceite esencial. Se prescriben interiormente, ó se aplican en forma de fomentos sobre el vientre. Se hallan contraindicadas en las flegmasias gastro-intestinales, en cuyo caso solo convienen los antiflogísticos. Si el desarrollo de gases sucede á una neurosis dolorosa, pueden ser útiles tambien estos mismos medios; pero es ventajoso usar antes los opiados. Hay casos en que una concentracion fuerte de calor sobre el vientre determina la espulsion de los gases, y en otros sucede lo mismo con las aplicaciones frias ó heladas. Algunos médicos han abusado de los purgantes, medicamentos que solo creemos útiles cuando hay estreñimiento, y tambien disminuyen con mucha frecuencia el meteorismo que sobreviene en la calentura tifoidea y en la peritonitis puerperal. En cuanto á los medicamentos llamados *absorbentes*, como las sustancias calcáreas, la creta, el polvo de conchas, el de nácar, las conchas de ostras, los ojos de cangrejo, los huesos de jibia, la magnesia, el carbon, etc. parecen enteramente inertes: sin embargo, la magnesia podria ser útil cuando la dilatacion del tubo digestivo fuera debida al ácido carbónico; pero tal vez seria mas ventajoso en este caso el amoniaco administrado en pocion y lavativas, pues la medicina veterinaria ha demostrado en efecto cuán útil es esta sustancia para combatir la distension gaseosa del vientre en los rumiantes.

Cuando la timpanitis es estremada y los gases se hallan especialmente acumulados en los intestinos gruesos, conviene introducir en el recto y hasta el cólon una sonda esofágica, inyectando en seguida un poco de líquido para des-

atascar los agujeros del instrumento. Si los gases no salen entonces, se adaptará á la sonda una jeringa, y retirando despues el émbolo, se producirá un movimiento de aspiracion que suele provocar la salida inmediata de una gran cantidad de gases. Estos últimos medios rara vez son necesarios en las pneumatosis idiopáticas, pero se aplican casi esclusivamente á las sintomáticas de un obstáculo al curso de las materias. Sucede sin embargo, muy á menudo que no producen efecto, y entonces se hace estremada la dilatacion: en estos casos desesperados, han propuesto algunos la puncion de las paredes intestinales por medio de un trócar pequeño. Esta operacion ha sido hecha una vez por M. Maisonneuve, y otra por M. Baumés, sin que resultase ningun derrame en el abdómen; pero no se halla todavía sancionada por la esperiencia. Creemos que solo debe practicarse cuando habiendo sido inútiles todos los medios racionales, se hiciera tan considerable la distension de los intestinos, que se presentara como inminente una peritonitis ó la rotura de las paredes intestinales. Tal es tambien la opinion de M. Baumés.

## DEL DESARROLLO ESPONTÁNEO DE GASES EN LOS ÓRGANOS DE LA CIRCULACION SANGUÍNEA.

Algunos médicos, tales como Pechlin, Groets, Ruisch, Morgagni en su carta quinta, y recientemente Ollivier, en los *Archives* de 1838, dicen que ciertas muertes repentinas son producidas por el desprendimiento de un fluido elástico en los órganos de la circulacion sanguínea, y sobre todo en el corazon. Aunque no todos los hechos que refieren son igualmente concluyentes, sin embargo, los observados por Groets, Ruisch y Ollivier no permiten poner en duda que hay muertes súbitas debidas á la mencionada causa. La muerte en estos casos, es por lo comun instantánea; algunas veces va precedida de un dolor dislacerante hácia el corazon, de un síncope pasagero y de un temblor convulsivo de los miembros y del tronco, que solo dura algunos segundos. En la abertura de los cadáveres no se encuentra ninguna lesion orgánica apreciable, sino únicamente una acumulacion de fluido elástico en las cavidades derechas del corazon, pues dan al percutirlas un sonido igual al del estómago ó al de cualquier otro órgano hueco, dilatado por el aire. La sangre que contienen es roja, espumosa, y está combinada con burbujas de gas. Vemos, pues, que los accidentes que se observan durante la vida, lo mismo que las lesiones cadavéricas, son casi iguales á las que se encuentran en los animales que han sufrido una inyeccion de aire en las venas, ó tambien á las que se advierten en el hombre cuando dicho fluido se introduce bruscamente en una vena abierta durante una operacion. En estos hechos no puede recurrirse á la descomposicion cadavérica para esplicar la presencia de los gases, porque en un caso de muerte súbita por exhalacion gaseosa y espontánea, y cuya historia se leyó á la Academia de Medicina en su sesion correspondiente al 9 de diciembre de 1851 por M. Durand-Fardel, una sangría del brazo practicada inmediatamente, dió salida por espacio de mas de un cuarto de hora á una sangre de color violado, mezclada con pequeñas burbujas de gas.

En la mayor parte de los hechos referidos por los autores, especialmente en los observados por Ollivier, no puede considerarse la presencia de un fluido

elástico en el corazon como un fenómeno cadavérico, pues no existia ningun signo esterior de descomposicion pútrida, ni habia en la sangre indicio alguno de alteracion séptica: todo induce, pues, á probar que los gases se formaron durante la vida. Pero ¿qué mecanismo preside á su desarrollo? ¿Diremos con Mery, que el aire atmosférico puede pasar en esencia desde las ramificaciones de los bronquios á las venas pulmonares? Esto es muy dudoso. Mas racional nos parece suponer que el aire, y particularmente el ácido carbónico, que está formado en la sangre venosa y en proporcion considerable, segun los esperimentos de Magnus (1), se separa en ciertas enfermedades que aun no conocemos. No obstante, parece que la debilidad es una circunstancia predisponente, y tal vez la formacion de gases en el sistema circulatorio es una de las causas que producen la muerte en los individuos que han sufrido grandes hemorragias. Se sabe en efecto que algunos médicos, y especialmente el doctor Rerolles (tesis de 1832), parece han encontrado, como Mery y Littre, cierta cantidad de fluido elástico en los hombres y animales que habian sucumbido á una pérdida de sangre considerable; pero este hecho no es todavía positivo. Por último, diremos con Ollivier, que sean cuales fueren la causa del desarrollo de un fluido elástico en la sangre durante la vida, y la naturaleza de tal fluido, está fuera de duda por la rapidez con que ocasiona la muerte, que obra al modo del aire que penetra accidentalmente por la abertura de un tronco venoso inmediato al corazon: es decir, que la vida se estingue entonces por la interrupcion brusca de la circulacion pulmonar, y por la imposibilidad de que regrese la sangre á las cavidades derechas, las cuales, dilatadas por un aire mas ó menos enrarecido, no pueden volver á contraerse.

## DE LAS PNEUMATOSIS DE LAS VIAS URINARIAS Y GENITALES.

### 1.° *Peneumatosis de las vías urinarias.*

No creo haya en la ciencia una observacion auténtica que pruebe que la membrana mucosa de las vías urinarias haya exhalado alguna vez gases, pues los que suelen encontrarse en ellas en ciertos casos, han sido introducidos de un modo accidental. El aire esterior penetra rara vez en los órganos genito-urinarios del hombre, en razon de la longitud, oblicuidad y estrechez del canal de la uretra. Sin embargo, sucede algunas veces que despues de la operacion del cateterismo, luego que sale toda la orina de la vejiga, se introduce cierta cantidad de aire por la sonda, el cual es despues espelido al tiempo de orinar la primera vez. Fuera de estos casos, la salida de gases por la uretra en uno y otro sexo indica casi siempre que uno de los órganos urinarios, y especialmente la vejiga, se comunica con el recto ó con un asa del intestino delgado.

### 2.° *Pneumatosis de las partes genitales de la mujer.*

Hay mujeres que en algunos movimientos del cuerpo, como en el acto de reclinar el tronco, arrojan por la vulva cierta cantidad de gases que salen con mas ó menos ruido (*regüeldo vaginal*). Esto apenas se observa sino en las mujeres que tienen ancha y entreabierta la vagina; en las que llevan un pesario ó bien durante el cóito, lo cual permite al aire esterior introducirse en la vagina y aun

(1) *Journal de chimie*, número de setiembre, 1837, p. 507. La cantidad de ácido carbónico equivale á una quinta parte de la sangre empleada.

á veces hasta el útero. El mismo fenómeno sucede tambien cuando hay una fístula recto-vaginal. En ninguno de estos casos han sido exhalados los gases por la membrana mucosa. Pero sucede algunas veces que hallándose obstruida la cavidad del cuello, se exhalan verdaderamente en el útero, á parte de toda impregnacion; lo cual constituye una enfermedad que se conoce con el nombre de *timpanitis uterina verdadera*, ó *fisometría*, afeccion cuya existencia pusieron en duda, tal vez sin razon, en el último congreso de Strasburgo, dos célebres comadrones MM. Stoltz y Nœgelé.

Rara en el estado de vacuidad, la fisometria se desarrolla casi siempre durante el embarazo ó poco despues del parto; sobreviene sobre todo cuando algunas porciones de feto, de secundinas, ó coágulos sanguíneos, detenidos en la matriz, esperimentan una fermentacion pútrida. El útero forma entonces un tumor proporcionado á la cantidad de fluidos elásticos que contiene, y resuena al percutirlo: suelen salir espontáneamente gases, generalmente fétidos, que á veces se inflaman á la luz de una vela, ó bien puede provocarse su salida introduciendo el dedo en la vagina para desembarazar el cuello de los coágulos fibrinosos que lo obstruyen. El vientre se deprime por lo comun poco á poco, y el útero, afectado de inercia, se contrae lentamente sobre sí mismo. La fisometria que depende de las causas que dejamos indicadas, va casi siempre acompañada de síntomas adinámicos y nerviosos mas ó menos graves, á causa de la reahsorcion de las materias pútridas contenidas en la cavidad uterina.

Hay tambien en la ciencia algunos casos mas raros que los precedentes de fisometría *esencial*, es decir, casos en que los gases han sido exhalados por las mismas paredes uterinas, sin que hubiese en ellas alguna lesion material apreciable. Esta secrecion morbosa espontánea se ha verificado casi siempre en úteros no fecundados. Si la cantidad de gases se hace cada vez mayor, la matriz aumenta de volúmen, siguiendo muchas veces la misma progresion que en un embarazo regular. Cuando adquiere cierto grado de desarrollo, el útero sobresale por encima del pubis y aun llega hasta el ombligo. La percusion practicada sobre él, nos da un sonido timpánico; y si procuramos empujar hácia arriba el órgano con el dedo introducido en el hocico de tenca, se nota que es poca su pesadez específica, y que no está en relacion con su volúmen. Las mujeres esperimentar tambien peso, á veces dolores de vientre y una sensacion de malestar; en la mayor parte se suprimen las reglas, y muchas ofrecen los fenómenos simpáticos que se observan en la generalidad de los embarazos. Entonces sale de vez en cuando cierta cantidad de gases por la vulva, cuya emision va seguida de una disminucion proporcional del tumor. Pero en general salen repentinamente de una sola vez, haciendo un ruido ó silbido prolongado, que algunas veces es muy considerable. Se han visto mujeres á quienes se juzgaba en el quinto ó séptimo mes de su embarazo, esperimentar repentinamente por la vulva una irrupcion considerable de gases inodoros, seguida casi inmediatamente de la desaparicion del tumor uterino y de todos los fenómenos simpáticos que habian hecho creer que existia un embarazo: esta es la terminacion comun de la enfermedad.

*Diagnóstico.*—La fisometría puede confundirse con el embarazo, con la hidrometría y con la timpanitis intestinal. Distínguese fácilmente del primero por la falta de traqueteo, de los ruidos placentarios y fetales, y por la ligereza del

tumor que da un sonido completamente claro al percutirlo. Lo contrario sucede en la hidrometría, y siempre que el desarrollo del útero es debido á la presencia de un cuerpo sólido ó líquido. Por último, se diferencia la timpanitis uterina de la intestinal, en que en esta ocupan todo el vientre la distension y sonoridad timpánica, y se hacen sobre todo notables en el trayecto del cólon; se percibe ademas el relieve que forman las asas intestinales dilatadas, y el tacto nos da á conocer que el útero tiene su volúmen ordinario, ó que está lleno de otro producto distinto de un fluido elástico.

*Pronóstico.*—La fisometría no ofrece por sí misma peligro alguno.

*Tratamiento.*—El tratamiento consiste en remover el obstáculo que impide la salida del gas. Cuando la enfermedad sucede al parto, aquel consiste casi siempre en un coágulo, y basta introducir el dedo en el cuello del útero para desprenderlo y estraerlo. Luego que han salido los gases, conviene hacer inmediatamente en el cuerpo del útero inyecciones emolientes, detersivas y cloruradas, por medio de una sonda de goma elástica. Conviene guardar mucha limpieza, comprimir ligeramente el abdómen por medio de un vendaje de cuerpo, y prescribir en fin un tratamiento apropiado á los síntomas generales. En los casos de fisometría esencial, tal vez pudiera ensayarse la dilatacion mecánica del cuello uterino. El mejor medio para esto seria introducir en él un pedacito de esponja seca y fina.

### DE LAS PNEUMATOSIS DE LAS MEMBRANAS SEROSAS Y SINOVIALES.

Se han encontrado gases derramados en la cavidad de todas las membranas serosas, y en la mayor parte de las sinoviales. Estos fluidos elásticos se desarrollan con frecuencia despues de la muerte, y entonces provienen de la descomposicion pútrida, ó bien se forman durante la vida. En este último caso rara vez son segregados ó exhalados por la membrana serosa ó sinovial, sino que resultan mas bien de la descomposicion de los fluidos derramados, ó de que la cavidad se comunica con el esterior por una herida, ó bien con órganos que como los pulmones y el tubo digestivo contienen naturalmente aire ó gases. Nada tenemos que decir sobre los que se encuentran á veces en la autopsia dentro de las articulaciones y en las meninges cerebrales y raquidianas, pues todo induce á creer que estos derrames ó infiltraciones son siempre cadavéricos. Por otra parte, aun suponiendo que puedan desarrollarse durante la vida, no tenemos ningun signo particular para conocerlos, á no ser que ocupen una articulacion superficial, en cuyo caso la percusion nos daria un sonido mas ó menos timpánico, revelándonos de este modo la naturaleza de la alteracion.

### DE LA PNEUMATOSIS PERITONEAL.

Háse creido por mucho tiempo que los gases en la timpanitis ocupaban especial ó esclusivamente la cavidad del peritoneo. Pero ya á principios del último siglo (1713), demostró Littre, en las *Mémoires de l' Académie royale des sciences*, por medio de autopsias cuán errónea era esta opinion; y aun sostuvo que el peritoneo nunca exhala gases durante la vida, y que en todos los abultamientos

abdominales flatulentos los fluidos elásticos están siempre y esclusivamente encerrados en el estómago y los intestinos. Esta doctrina encontró opositores, y el que mas especialmente trató de refutarla, fue Combalusier en el tomo I de su *Pneumo-patologia*. Pero ninguno de los hechos referidos por este autor demuestra que los gases encontrados por él ú otros en el peritoneo, fueron realmente exhalados por esta membrana, y que en ningun caso provenian de una lesion de los intestinos, y con mas frecuencia aun de un principio de descomposicion pútrida. Creemos que en el estado actual de la ciencia no puede negarse la posibilidad de una pneumatosis peritoneal; pero es tan rara esta afeccion, que tal vez no hay todavía ejemplos auténticos de ella. Hablo de una pneumatosis esencial, porque nadie niega que en un derrame purulento, la descomposicion del líquido puede producir gases; pero este caso es muy poco comun. Aun es mas raro ver sobrevenir una timpanitis peritoneal en el curso de una peritonitis simple. M. Miguel Levy cita, no obstante, un ejemplo curioso de esto en la *Gazzete médicale* de 1848.

Dícese que en la pneumatosis peritoneal el vientre está redondeado y ofrece una sonoridad timpánica uniforme; que el hígado está empujado hácia atrás y no se advierte el relieve de ninguna asa intestinal; que la respiracion, ademas, es dificultosa, y que no espeliendo los individuos gases, ni espontáneamente ni mediante la introduccion de una sonda en el recto, sucumben al fin á los accidentes de la asfixia.

## DEL PNEUMO-PERICARDIO.

El derrame de gases en el pericardio es una enfermedad muy rara, y sobre la cual aun no tenemos ningun dato exacto. Resulta, sin embargo, de los pocos hechos observados hasta aquí, que el pneumo-pericardio coincide casi siempre con un derrame de líquido.

Dos son los signos que se mencionan para diagnosticar la acumulacion de gases en el pericardio: el sonido timpánico de la region precordial, y la crepitacion ó fluctuacion que producen los latidos cardiacos. Pudiera decirse (y esto era muy evidente en un enfermo cuya observacion publicó M. Bricheteau en los *Archives* de 1844), que un aspa de molino hiere alternativamente el líquido, ó bien que se sopla con fuerza por medio de un tubo en un vaso que contiene agua. Solo debe cuidarse de no confundir con el fenómeno de la fluctuacion un ruido casi igual que suele notarse en el estómago durante la ingestion de los líquidos, ó cuando se imprime al tronco una sacudida algo violenta.

Laënnec creia que el derrame gaseoso en el pericardio, era la causa de que en algunos individuos se oyesen los latidos del corazon á cierta distancia del pecho; pero no hay un solo hecho que justifique esta asercion. Ya veremos mas adelante que los latidos del corazon únicamente se oyen á lo lejos en ciertas afecciones orgánicas, ó en algunas palpitaciones nerviosas.

## DEL PNEUMOTÓRAX.

Muy comunmente se encuentran gases derramados en las pleuras. Casi siempre penetran estos fluidos en ellas a consecuencia de una rotura ó perfora-

cion ulcerosa de los pulmones; á veces provienen directamente del esterior cuando existe, por ejemplo, una herida penetrante del pecho, ó bien son producidos por una de las vísceras abdominales, especialmente por el estómago, cuando se ha establecido comunicacion morbosa entre él y la pleura. Se ha supuesto tambien que los líquidos derramados en las pleuras, como la sangre y el pus, podian descomponerse y dar lugar al desprendimiento de gases. Por último, se ha admitido generalmente que, en algunos casos raros la pleura podia exhalar fluidos aeriformes, ora espontáneamente, ora en el curso de una flegmasia aguda ó crónica. Aquí solo vamos á tratar de esta última forma de pneumotórax, reservando el estudio de las demás especies para cuando estudiemos las perforaciones de la pleura y de los pulmones.

Es indudable la existencia de un pneumotórax esencial, es decir, formado por una simple exhalacion gaseosa en la superficie de las pleuras. Esta opinion tiene en su apoyo grandes autoridades, entre las cuales me bastará citar á Laënnec, y á los catedráticos Graves y Stokes. La secrecion morbosa no parece que se verifica cuando está intacta la pleura, sino solamente en los casos en que está inflamada. Asi es que Laënnec dice que en las pleuresías agudas, cerca de la época en que se forma el derrame, y sin que el líquido derramado sufra ninguna alteracion química, puede verificarse una exhalacion gaseosa á la par del derrame líquido. Posteriormente Graves ha hecho mencion de un pneumotórax por exhalacion, que complica á veces la pleuro-neumonía. Pero debemos decir que estos casos son muy raros.

El pneumotórax esencial ó por simple exhalacion, apenas se anuncia durante la vida sino por la dilatacion del pecho, por una exageracion de la sonoridad, y por la debilidad ó la falta del ruido respiratorio en los puntos correspondientes; pero dudamos que pueda producirse en el acto de la respiracion, ó mientras duran las sacudidas de la tos ó las vibraciones de la voz, el fenómeno conocido en auscultacion con el nombre de *timbre metálico*. Skoda admite lo contrario, porque supone que la sonoridad de la voz en los bronquios, cuando es muy delgado el espesor del pulmon, puede trasmitirse al aire derramado en la pleura. ¿Pero lo que en este caso se producirá es el verdadero timbre metálico? ¿No será mas bien, como lo han observado MM. Barth y Roger, una especie de eco de la tos ó de la voz, que resuena en la cavidad pleurítica? Creemos tambien que el timbre metálico no debe producirse sino con mucha dificultad aun cuando el derrame gaseoso coexista con un derrame líquido. Bien sé que en estos casos se ha supuesto que una gota de serosidad que cae de la parte superior del pecho sobre el derrame líquido, ó que una burbuja de aire que atraviesa este y rebienta en su superficie, podia determinar el timbre metálico; pero este hecho no nos parece demostrado todavía; y por otra parte, aun cuando lo estuviese, estas condiciones para la produccion del fenómeno deben ser muy poco comunes. ¿Es posible que el timbre metálico pueda producirse tambien bajo la influencia de una violenta sacudida, debida al movimiento del aire y á la agitacion del líquido por las vibraciones de la voz ó los esfuerzos de la tos? MM. Barth y Roger admiten esta posibilidad; pero no ha llegado á mi noticia que médico alguno haya conseguido demostrar el hecho. Si para nosotros es dudoso que el timbre metálico pueda producirse en las condiciones de que hablo, no creemos lo mismo respecto del ruido de *fluctuacion torácica*, que para ser oido no necesita que

exista una fístula pulmonar, pues para su produccion no se requieren otras circunstancias que la existencia en el pecho de una vasta cavidad que contenga á la vez gases y un líquido.

Asi, pues, diremos para resumir, que la exhalacion gaseosa de las pleuras se manifestará esteriormente durante la vida por la dilatacion de las paredes torácicas, por una exageracion de la sonoridad, y por la falta del ruido respiratorio en los puntos correspondientes; por último, en los casos en que el derrame de aire existe simultáneamente con un derrame líquido, podrá producirse un ruido de fluctuacion torácica durante las sacudidas que agitan el pecho. La respiracion anfórica, fenómeno casi constante en el pneumotórax, sintomático de una fístula pulmonar, nunca se encuentra en la simple exhalacion gaseosa de las pleuras. Por lo que respecta al timbre metálico, se comprende su posibilidad; pero nos parece dudosa su existencia.

El pneumotórax simple nos parece una afeccion benigna. En los casos que hasta el dia conocemos, no ha causado el ahogo, la opresion, la sofocacion y la ansiedad que se observan casi siempre en el pneumotórax sintomático de una fístula pulmonar. Esta diferencia consiste en que en el último, una gran cantidad de gases penetra repentinamente en la pleura, al paso que en el primero la serosa no exhala sino un pequeño volúmen de fluido aeriforme, que, por lo demás es absorbido fácilmente.

Confesemos, no obstante, que faltan todavía hechos que determinen de un modo algo exacto los síntomas, el curso y las consecuencias del pneumotórax esencial. La misma duda existe relativamente al tratamiento; creemos, no obstante, que esta enfermedad reclama pocas veces quizá una terapéutica enérgica y especial. Como la exhalacion gaseosa se verifica comunmente al principio de una pleuresía ó de una pleuro-pulmonía, debemos limitarnos á combatir la afeccion principal, valiéndonos al efecto de los medios adecuados. Tal vez convendria en este caso recurrir principalmente á los revulsivos cutáneos, como las ventosas y los vejigatorios (Véase mas adelante el artículo *Perforacion de los pulmones y las pleuras*).

---

# SEXTA CLASE DE ENFERMEDADES.

## DE LOS ENVENENAMIENTOS.

Se da el nombre de *envenenamiento* al estado morboso que resulta de la introduccion en la economía, por cualquier vía, de un agente que destruye la salud ó apaga la fuerza vital, no obrando mecánicamente. Las sustancias capaces de producir tales efectos son conocidas bajo el nombre de *venenos*.

Los venenos se presentan en estado *sólido*, *líquido* y *gaseoso* : su número es muy considerable y todos los médicos han convenido en que no era posible clasificarlos metódicamente. Admítese hoy dia la clasificacion de Vicat, modificada por Orfila, que coloca los venenos en cuatro clases segun su modo de obrar en la economía, á saber : 1.° los venenos *irritantes*; 2.° los *narcóticos*; 3.° los *narcótico-acres*, y 4.° los *sépticos*. Esta clasificacion, aunque defectuosa, es

preferible á todas las hasta hoy propuestas, porque tiene la ventaja de reunir todas las sustancias que obran de un modo análogo sobre nuestros órganos, evitando asi inútiles repeticiones. Sin embargo, estamos conformes con Ricardo Mead en que el mismo veneno puede producir distintos efectos; que si bien de un mismo género una sustancia venenosa producirá efectos diferentes y síntomas no peculiares á la clase del veneno, segun la dosis que se tome y segun cómo penetra en la economía; esto lo veremos al tratar particularmente de los preparados del plomo, que hemos clasificado en los venenos irritantes y que pueden producir efectos diferentes, consecutivos á su absorcion.

Muchos venenos se ingieren en el estómago y en el tubo digestivo, otros obran despues de aplicados sobre las superficies mucosas ó en la piel, especialmente cuando está privada de epidermis, ó tambien en la superficie de una herida ó en el tejido celular.

Sea cual fuere su modo de introducirse en la economía, el veneno puede obrar solo de una manera local, irritante ó desorganizando los tejidos: tales son los ácidos concentrados, la potasa, etc.; otros, no ejerciendo accion alguna sobre las superficies con que se ponen en contacto, obran sobre órganos mas ó menos lejanos, á consecuencia de la absorcion; tal es el opio. Hay venenos que tienen una accion mista; inflaman desde luego los tejidos con que están en contacto, y despues de absorbida una porcion, determina lesiones iguales en otros órganos: tales son las cantáridas, que administradas interiormente, inflaman alguna parte del trayecto de las vías urinarias; otros dirigen su accion sobre el sistema nervioso, escitándole ó adormeciéndole, sin producir alteracion material en el tejido: tal es el modo particular de obrar de la nuez vómica y del tabaco. En fin, hay venenos que despues de absorbidos, obran primitivamente en la sangre, cuya composicion alteran: tales son la mayor parte de los virus y el veneno de los reptiles. Se ve, pues, que la mayor parte de los venenos son absorbidos, y esta absorcion, que pocos años hace era desconocida con respecto á ciertas sustancias y no admitida con respecto á otras, sino por datos fisiológicos, ha sido demostrada esperimentalmente por el profesor Orfila, que ha encontrado la mayor parte de los venenos minerales en el tejido de muchos órganos, en la sangre y en la orina. Estos interesantes trabajos abren nuevo camino á las investigaciones médico-legales.

La mayor parte de los venenos obran inmediatamente poco despues de su aplicacion, tales son, sobre todo los que hemos incluido en los tres primeros géneros y algunos del cuarto, por ejemplo el veneno de los reptiles; otros venenos, ora ejerzan una accion local, ora sea que absorbidos obren lejos de los puntos donde fueron depositados, solo al cabo de muchos dias, semanas y aun meses, es cuando producen efectos apreciables; este es el *período de incubacion*, que se observa despues del envenenamiento por los virus.

Las enfermedades originadas por los venenos, de cualquier naturaleza que sean, generalmente siguen una marcha aguda, y muy á menudo sobre-aguda; sin embargo, en algunos casos tienen un curso crónico. Algunos han negado equivocadamente la existencia del envenenamiento lento ó crónico; pero ya presentaremos algun ejemplo de él en ciertos modos de obrar del plomo y del mercurio. Sin embargo, creemos con Orfila, que no se conocen *venenos lentos* que causen la muerte en determinada época. La opinion contraria, engendrada por

la ignorancia y sostenida por la preocupacion popular, se halla en contradiccion con las leyes de la naturaleza. Muy á menudo se han considerado como envenenamientos lentos ciertas lesiones viscerales graves, ciertas alteraciones orgánicas desarrolladas espontáneamente, ó á consecuencia de un envenenamiento agudo.

Es imposible describir de una manera general los síntomas del envenenamiento, y las lesiones que aparecen en el cadáver. Creemos mas conveniente darlos á conocer cuando tratemos de las principales especies de venenos. Bástenos saber que pueden coufundirse con el envenenamiento un gran número de afecciones abdominales y del sistema cerebro-espinal; las principales son las indigestiones, el cólera, la peritonitis, los cólicos hepáticos y nefríticos, ciertas especies de neurosis y las hemorragias de los centros nerviosos, etc. Sin embargo, pueden dar casi una luz cierta sobre la enfermedad, los antecedentes, el curso y sucesion de los síntomas; y cuando ha terminado fatalmente, la abertura del cadáver disipa cualquier duda que pueda quedar. No obstante, hay algunos casos, raros en verdad, en que ni la naturaleza de los síntomas, ni la abertura del cadáver, nos llevan á un conocimiento exacto; y entonces para formar un diagnóstico algo verdadero, es necesario recurrir al análisis químico de las materias escretadas ó de los mismos órganos.

*Tratamiento.*—Orfila, cuyos trabajos han aclarado tantos puntos oscuros de la ciencia toxicológica, distingue dos épocas en el tratamiento de los envenenamientos, segun se presten los auxilios al momento de la introduccion, ó mucho tiempo despues. En el primer caso debe impedirse la accion del veneno, arrojándole, destruyéndole ó neutralizándole. Si se ha introducido el veneno en los órganos digestivos, se arrojará, dando al enfermo gran cantidad de agua tibia, pura ó mezclada con aceite; se escitará el vómito por la titilacion de la campanilla, ó cualquier otra parte de las fáuces, ó bien administrando un vomitivo, como el emético, el sulfato de zinc, y mejor aun la ipecacuana, que no irrita como los antimoniales. Si la contraccion de los músculos ó la enérgica voluntad de los enfermos hacen imposible la introduccion de las bebidas, se empleará una sonda esofágica, entrándola por las fosas nasales. Si el trismo se opusiese á la espulsion de las materias, no se introducirá ningun vomitivo en el estómago; pero se hará uso de la *bomba gástrica*, por la que se introduce bastante agua en la víscera, y luego se estrae cuando se cree ya saturada del veneno. Si la sustancia deletérea existe en el recto, se la arroja por medio de lavativas simples ó purgantes; si se ha aplicado el veneno en una superficie esterior, se quitará por medio de lociones; lo mismo se hará si se ha aplicado sobre una herida, en cuyos casos obra el veneno por absorcion. Se evitará, ó al menos se retardará esta absorcion, poniendo una ligadura entre la herida y el corazon, favoreciendo la hemorragia con presiones, ó mejor aun colocando la solucion de continuidad bajo el vacío de una ventosa. La segunda indicacion consiste en neutralizar el veneno con una sustancia que goce la propiedad de descomponerle, ó que combinándose con él, forme un nuevo producto falto de accion deletérea; lo que caracteriza el *antídoto* ó *contra-veneno*. En ciertos envenenamientos producidos por las materias pútridas ó por los virus, ó por animales ponzoñosos cuando estas materias han sido depositadas sobre la superficie de una herida no poseyendo medios para neutralizarlas, se las des-

truye con la cauterizacion, que deberá estenderse á toda la solucion de continuidad, y siendo completa y profunda, penetrando en las sinuosidades que haya. Estos preceptos se seguirán, sea cual fuere el período en que llegue el médico, y aunque haya empezado el veneno á producir sus efectos generales; pero el proceder será diferente, cuando habiendo sido ingerido el veneno en el estómago, llega el profesor en el período en que se ha arrojado, por vómito ó por evacuaciones ventrales, toda la cantidad que no ha ejercido accion alguna, en cuyo caso la indicacion es combatir los accidentes que ha ocasionado la parte del veneno que ha obrado localmente y por absorcion. Cuando el envenenamiento es producto de la ingestion en el estómago de una mezcla de muchas sustancias deletéreas, se acude á la primera indicacion, que es espulsar la mayor cantidad de veneno posible, y luego administrar los antídotos. Si á la vez se han ingerido dos venenos enérgicos, se administra un antídoto para cada uno, con tal que un medicamento no neutralice al otro, en cuyo caso se atiende al veneno mas activo. Es, sin embargo, muy difícil decir lo que debe hacerse en tales casos por la dificultad de conocer las mezclas que ha tomado el paciente, y porque el médico no puede saber con exactitud las reacciones químicas que se han verificado entre los diversos venenos.

## PRIMER GÉNERO DE ENVENENAMIENTOS.

### ENVENENAMIENTOS POR LAS SUSTANCIAS IRRITANTES.

Los venenos irritantes son los que inflaman ó corroen los tejidos con que se ponen en contacto. La mayor parte solo tienen una accion local, pero algunos obran tambien por absorcion: veremos que muchas de estas preparaciones irritantes, cuando se las aplica sobre los tejidos á ciertas dosis, ejercen diferente accion, que cuando se las introduce en la economía á dosis fraccionadas, ó por la absorcion cutánea ó pulmonar; lo que patentizaremos con las preparaciones saturninas y mercuriales.

### ENVENENAMIENTO POR EL FÓSFORO, EL IODO, EL BROMO Y EL CLORO.

Todas estas sustancias obran como corrosivas: el *fósforo* introducido en los órganos digestivos los inflama, porque entra en combustion á espensas del aire que contienen y se transforma en ácido fosfórico. Una parte se absorbe afectando desde luego y de un modo mas ó menos profundo al sistema nervioso; asi es que ademas de los dolores abdominales y vómitos que frecuentemente existen, siendo aquellos muy agudos y estos muy rebeldes, hay como síntomas predominantes una estrema postracion de fuerzas y movimientos convulsivos, por manera que los envenenados que no mueren atónicos, fallecen convulsos.

El fósforo puede ocasionar graves accidentes á los operarios que elaboran

productos fosfóricos; los que fabrican cerillas ó pajuelas químicas padecen con harta frecuencia inflamaciones bronquiales y tambien, como se ha observado en Alemania y en Francia, necrosis en los huesos maxilares. M. Roussel publicó en la *Revue médicale* de 1846 algunas especiales investigaciones acerca de esta circunstancia, que serán á la verdad leidas con interés.

El *iodo* introducido en las vías digestivas, se transforma en ácido hidriódico; inflama, ulcera y reblandece la membrana mucosa. Los pacientes esperimentan náuseas, vómitos, dolores agudos, sed, síncopes y convulsiones; se observan tambien erecciones frecuentes ó flujos uterinos, segun sea el sexo. Una parte del iodo es absorbida, y se encuentra en la orina, en el sudor y en la saliva. El hidriodato de potasa á dosis alta, envenena como el iodo.

Se combatirá el envenenamiento por el fósforo, escitando el vómito ora con ipecacuana, ora tocando la campanilla con las barbas de una pluma, luego despues se llenará el estómago con la suficiente cantidad de agua hervida, á fin de que esté privada de aire, y conteniendo en suspension magnesia que podrá neutralizar los ácidos formados con el fósforo.

Igual indicacion se llena cuando el envenenamiento es por el iodo, solo que despues del vómito, se administra por la boca y en lavativa un ligero cocimiento de almidon, sin emplear, por supuesto, el agua magnesiada.

Nada se sabe de cierto acerca del envenenamiento por el bromo ó por el cloro. El primero se combate con los mismos medios que se han designado para el envenenamiento por el iodo; para el segundo caso se emplea el agua albuminosa, que se cree ser un buen antídoto, segun los esperimentos de Orfila y Devergie.

### ENVENENAMIENTO POR LOS ÁCIDOS CONCENTRADOS.

Los ácidos tóxicos deben dividirse en dos secciones; los unos, cuyo número asciende á doce, obran esclusivamente como irritantes y como cáusticos; estos son los ácidos *acético*, *azótico ó nítrico é hypo-azótico*, *clorhídrico*, *cítrico*, *agua regia*, *los ácidos fosfórico é hypo-fosfórico*, *phtorhydrico*, *sulfúrico*, *sulfuroso y tártrico*. Los restantes, ademas de su accion local, ejercen otra, debida á la absorcion de parte del veneno: tales son los ácidos *oxálico*, *arsenioso y arsénico*.

En la descripcion que vamos á emprender, daremos preferencia al envenenamiento por los ácidos sulfúrico y azótico, por ser, en especial el último, uno de los mas frecuentes.

### ENVENÉNAMIENTO POR LOS ÁCIDOS QUE SOLO EJERCEN UNA ACCION IRRITANTE Y CÁUSTICA.

*Caracteres anatómicos.*—En los que sucumben bajo la influencia de este envenenamiento, aparecen muy á menudo en los dedos, y sobre todo en los labios, manchas y escaras, cuyo color puede facilitar el conocimiento del ácido ingerido: las manchas son *grises* y alguna vez *negras*, si el agente ha sido el ácido sulfúrico, y *amarillas*, si el ácido azótico. Este tinte amarillento existe alguna vez en al interior de la boca, en el esófago y en la corona de los dientes,

Las partes que ha tocado el veneno están con frecuencia desorganizadas en términos de tener otra naturaleza, presentándose amarillentas, grasas ó jabonosas y poco corrompidas, todo lo que es debido esclusivamente á la reaccion química. Hay diversos gases en especial, ázoe, gas nitroso y ácido carbónico: el contacto del aire ha producido en varios casos muchos desórdenes de naturaleza inflamatoria. La mucosa bucal, la faríngea y esofágica, están algo rojas, equimosadas y escoriadas, ulceradas, destruidas en algunos puntos; en otros, cubiertas de concreciones de un blanco gris, mas ó menos adherentes. En el estómago y duodeno existen lesiones, que varian segun la mayor ó menor concentracion y cantidad del ácido que ha obrado. Asi que alguna vez se encuentran todos los caracteres anatómicos que acompañan á una gastro-duodenitis aguda; la mucosa uniformemente roja, en algunas partes equimosada, hinchada y reblandecida, convertida en una especie de detritus grasiento, cubierta de concreciones membranosas, y en algunos puntos ulceraciones y perforaciones. Estas lesiones pueden tambien encontrarse en cierta estension del intestino delgado; sin embargo, como muy cuerdamente lo ha hecho notar Tartra, en su escelente *Monografía acerca del envenenamiento por el ácido nítrico*, son raras estas alteraciones del intestino delgado, lo que puede esplicarse muy fácilmente por la rapidez con que el veneno le atraviesa, ó bien porque pasa por el centro de las sustancias fluidas. Cuando la muerte por la accion del ácido ha sido tardía, encuéntrase el tubo digestivo contraido y atrofiado: el intestino delgado disminuye de volúmen hasta poderse comparar con el dedo pequeño, y el estómago suele tener el volúmen del ileon. La mucosa está blanquizca y engrosada. El paciente se halla en un estado de marasmo, y los huesos están quebradizos de la misma manera que se ponen á veces en las diatesis cancerosas.

*Síntomas, curso.*—El sugeto que toma un ácido concentrado, esperimenta al instante un sabor ardiente y un dolor en la garganta, que se irradia á lo largo del esófago hasta el estómago. Casi al momento se presentan vómitos; las materias espelidas, alguna vez sanguinolentas, mas á menudo amarillentas, queman la garganta, hierven en el suelo y enrojecen el papel de tornasol. La deglucion se hace imposible; el enfermo se ve atormentado por el hipo y una sed inestinguible; bien pronto se queja de cólicos violentos; el vientre se meteoriza, y hay evacuaciones sanguinolentas. Desde el principio del envenenamiento aparecen síntomas generales graves; asi es el pulso pequeño, frecuente é irregular; hay escalofrios erráticos; cúbrese el cuerpo de un sudor frio y pegajoso; los labios están trémulos y violados; los ojos hundidos, y alterada completamente la fisonomía. En lo interior de la boca se ven verdaderas escaras, y mas á menudo concreciones agrisadas, debajo de las cuales está la mucosa roja, escoriada, equimosada y muy dolorosa. Muy á menudo se suspende la secrecion de la orina; hay disnea y una opresion muy incómoda en la region del esternon.

No siempre estos síntomas tienen la misma intensidad: varían segun la cantidad de veneno ingerido y su grado de concentracion. Si no se ha tomado mas que una pequeña dosis de ácido, la accion de este se limita á la boca y á la faringe, y solo se presentan los síntomas de una faringitis; pero esta es muy dolorosa. Merece notarse que cuando la dosis es pequeña, produce dolores muy intensos y aun atroces, y cuanto mayor es, menos se quejan los enfermos. Esto encuentra fácil esplicacion, en que en el primer caso el veneno inflamando y

denudando la membrana mucosa, aumenta consiguientemente su sensibilidad, al paso que en el segundo, desorganizando el tejido, la estingue del todo. Concíbese que entre estos dos estremos hay muchos estados intermedios.

En los casos mas graves sobreviene la muerte á las cinco ó seis horas; lo mas á menudo la agonía dura dos ó tres dias. Si los envenenados sobreviven á los primeros accidentes, auméntanse los síntomas de inflamacion bucal y faríngea; hay tialismo; á menudo se enronquece la voz, y tambien existen síntomas de laringitis. La inflamacion, que alguna vez parece concentrarse en estas partes, se propaga al esófago, como lo indica un dolor que recorre el espinazo y llega hasta el estómago : el epigastrio se pone muy dolorido, y los intestinos participan de la flogosis de las partes superiores, como lo prueban los cólicos y la diarrea. Si se han formado escaras, se desprenden al sesto ó sétimo dia, y sobreviene á veces una hemorragia mas ó menos considerable. Algunos enfermos se restablecen, y á otros continúan aquejándoles el vómito y la diarrea : vénse en las materias escretadas concreciones membraniformes, agrisadas, densas, consistentes, que insufladas, imitan exactamente el esófago y estómago. Tartra cita un caso bastante raro que observó con Bichat en el hospital general de París (*Hôtel-Dieu*). Síguense muy á menudo a la separacion de las falsas membranas fuertes dolores, sobre todo durante la ingestion de las bebidas, lo cual consiste en que la mucosa, no estando protegida por la produccion morbosa, soporta con mayor dificultad el contacto de cuerpos estraños. Siendo imposible la digestion en muchos de estos enfermos, sucumben en un estado de marasmo; algunos se restablecen; pero su convalecencia es muy larga, trabajosa, y casi el resto de su vida les aquejan frecuentes indigestiones, dispepsias, gastralgias, etc.

Pueden absorberse los ácidos azótico y sulfúrico; pero no se observa en general ningun accidente que se pueda referir á esta absorcion. Sin embargo, en un caso he visto coagularse de pronto la sangre en una arteria crural. Pero ¿esta coagulacion era realmente producto de la absorcion del ácido? No tenemos datos para asegurarlo.

*Diagnóstico.*—Es casi imposible desconocer el envenenamiento por un ácido concentrado, si se atiende á los signos precedentes, á la inspeccion de la boca y á los antecedentes La declaracion del enfermo, y en su defecto el análisis químico, son muy á menudo necesarios para conocer la naturaleza del ácido ingerido.

*Pronóstico.*—El pronóstico es tanto mas grave cuanto mayor sea la cantidad del veneno introducido en el estómago, y cuanto menor la cantidad de bebidas y alimentos que contuviese el órgano. Sean cuales fueren las circunstancias anteriores, es mucho mas grave el envenenamiento voluntario que el que acontece por un descuido; porque en el primero la cantidad del veneno es casi siempre mas considerable.

*Tratamiento.*—Si el veneno ha sido ingerido en pequeña cantidad y su accion se ha limitado á la boca y faringe, la indicacion se llena combatiendo la inflamacion que ha producido. Si se ha tomado el ácido en grande dosis y se llega poco tiempo despues del accidente, debe suponerse que aun queda cierta cantidad de veneno libre en el estómago, el que se procurará neutralizar con gran cantidad de agua, en la que se deslíe magnesia calcinada. O bien se administrará una solucion acuosa debilitada de carbonato de potasa, ó bien una

solucion acuosa de jabon. Si no se tuviesen á mano tales sustancias, se hará beber al enfermo gran cantidad de agua tibia para dilatar el veneno. Conviene insistir en estos medios durante las primeras horas, porque si bien es verdad que los ácidos concentrados obran instantáneamente, la observacion ha enseñado que su accion cáustica se continúa hasta la combinacion ó descomposicion total del veneno, esto es, por espacio de muchas horas. Esta doctrina fue establecida perfectamente por Tartra. Si ha pasado mucho tiempo desde la ingestion del veneno, y sobre todo si han sobrevenido vómitos muy copiosos, la administracion del antídoto será mas dañosa que útil. Solo se emplean entonces bebidas demulcentes y emolientes, y se combaten los síntomas de inflamacion que se presenten á beneficio de sangrías generales y locales, baños, lociones, fomentos, emolientes y dieta.

## ENVENENAMIENTO POR LOS ÁCIDOS QUE OBRAN COMO CÁUSTICOS EN LA SUPERFICIE DE CONTACTO, Y POR ABSORCION EN LOS ÓRGANOS LEJANOS.

Hemos colocado tres ácidos en esta seccion, que son los ácidos *oxálico, arsenioso y arsénico.*

### *Envenenamiento por el ácido oxálico.*

Cuando está concentrado el ácido oxálico, segun resulta de los esperimentos de Christison y de Coindet, inflama, corroe y convierte en una pasta gelatinosa las membranas del estómago. Cuando no está tan concentrado puede quedar intacta esta víscera, pero siempre en los pulmones aparecen manchas de un color rojo subido. Durante la vida hay un dolor ardiente en el estómago, vómitos de un color oscuro y aun sanguinolentos. El pulso está sumamente débil y algunas veces imperceptible, el cuerpo se cubre de un sudor glacial y las uñas se presentan lívidas. Algunos pacientes se quejan de entorpecimiento, de hormigueo en las estremidades, y otros están paralíticos ó tienen convulsiones. Por último, sobreviene la muerte en muy poco tiempo; en una hora y á veces en algunos minutos.

El ácido oxálico *dilatado en el agua* es absorbido y ejerce su influencia deletérea en la médula espinal y secundariamente en el corazon. Los pacientes sucumben ya axfisiados, ya en un estado de síncope. Aunque no cabe duda en que es absorbido el ácido oxálico, sin embargo, aun no ha podido encontrarse en ningun líquido, ni en ningun órgano de nuestra economía por medio del análisis.

El tratamiento de este envenenamiento no se diferencia del de los demás ácidos.

### *Envenenamiento por el ácido arsenioso.*

*Lesiones cadavéricas.*—Etmuller, Chaussier, Marc, Missa y Orfila hablan de sugetos que habiendo muerto de resultas de envenenamiento por el ácido arsenioso, no presentaron al hacer la autopsia inflamacion, ni gangrena en los órganos digestivos; alguna vez ha habido una ligera inflamacion, pero estos casos son bastante raros. Casi siempre en este envenenamiento se presenta la

cara interna del estómago roja, equimosada y ulcerada; mas á menudo se notan escaras agrisadas y duras. Estas alteraciones pueden encontrarse tambien en el intestino y mas rara vez en la region supra-diafragmática de los órganos digestivos. Finalmente, se ven tambien alguna vez falsas membranas y pequeños granos blancos como incrustados en la mucosa, que parecen ser grasa combinada con albúmina. Estas producciones no son peculiares del envenenamiento por el arsénico.

Regularmente los pulmones y corazon están llenos de sangre. Esta generalmente es negra, fluida, viscosa y contiene ácido arsenioso. Segun los hermosos esperimentos de Orfila, se ha encontrado el veneno sin alteracion en los mas interesantes órganos, principalmente en los secretorios y en los muy vasculares. Resulta, pues, que es absorbido el ácido arsenioso; y que la mezcla de este veneno con la sangre, da por resultado bastante frecuente el impedir la coagulacion de este líquido.

*Síntomas, marcha.*—Al tomar el ácido arsenioso no se siente un sabor muy desagradable, alguna vez es dulce ó un poco estíptico. Cuando el veneno está largo tiempo en contacto con el interior de la boca y de la garganta, el paciente siente en estas partes un calor ardiente; bien pronto se fijan en el epigastrio atroces dolores; hay una sed viva, náuseas, vómitos acres, ardientes, sanguinolentos, cólicos con meteorismo ó retraccion de vientre, con deposiciones negras, fétidas y sanguinolentas. A estos síntomas locales suceden bien pronto los generales que resultan de la alteracion simpática, y mas aun de la influencia que el veneno absorbido ejerce en vísceras importantes.

El pulso, desarrollado al principio bajo la influencia de la flegmasia gastro-intestinal, hácese bien pronto desigual, intermitente é insensible; los latidos del corazon son pequeños y tumultuosos; esperimentan los enfermos palpitaciones, síncopes y un estado de opresion de los mas penosos; tienen frecuente saliveo de mucosidades sanguinolentas; cara inyectada y lívida; ojos hundidos, ribeteados de negro; la piel fria, se cubre de equímosis y de un sudor viscoso; la orina, en general escasa, contiene ácido arsenioso en el primer período de la enfermedad (Orfila). Aunque es, segun decimos, escasa, no está enteramente suprimida como lo han probado las observaciones de M. Delafond, consignadas en el tomo XI de las *Memorias de la Academia de medicina.* Los enfermos están agitados, la mayor parte tienen cefalalgia; algunos sufren convulsiones parciales ó generales, á otros se les paralizan algunos miembros; hay quien esperimenta delirio ó coma, mientras que otros conservan hasta el fin la integridad de sus facultades intelectuales. Este estado dura uno, dos ó tres dias, y luego sobreviene la muerte en medio de horrorosas convulsiones, ó bien en un estado de síncope: alguna vez este accidente es el síntoma predominante. Cuando la cantidad de veneno ha sido considerable, los enfermos parecen heridos del rayo: su cara y cuerpo frios y azulados se asemejan á los de los coléricos; la disnea es tremenda, y llega la muerte en un estado de postracion y síncope, pocas horas despues de la ingestion del veneno.

Algunos pacientes, aunque en pequeño número, se curan. El calor se restablece, elévase el pulso, y cálmanse los accidentes; pero la completa curacion no se verifica hasta pasado mucho tiempo. Algunos esperimentan durante meses, y aun años, rigidez, parálisis parciales, temblores, etc.

Se ve pues por lo que precede, que el ácido arsenioso es de los venenos mas enérgicos del reino mineral: una octava parte de grano, tomada por un adulto, produce algunos accidentes; medio grano ocasiona síntomas de envenenamiento, y la dosis de 1 á 2 granos puede dar la muerte. El ácido arsenioso mata por su accion cáustica en los órganos digestivos, y mas aun por su influencia especial sobre el corazon y el sistema nervioso.

*Tratamiento.*—No merecen confianza alguna, aunque se consideran como antídotos de este ácido, los sulfuros alcalinos, el carbon y el agua de cal: no sucede lo mismo con el sesqui-óxido de hierro hidratado, que goza de la propiedad de descomponer la preparacion arsenical, formando con ella un arsenito de hierro que no es venenoso. Nonat, Deville y Sandras, aconsejan preferir el sesqui-óxido de hierro hidratado *seco*, administrando media onza de esta sustancia por cada grano de ácido que se quiera neutralizar. Es necesario que la preparacion ferruginosa esté en esceso respecto del veneno, porque los ácidos del estómago, descomponiendo el recien formado arsenito de hierro, pueden dejar en libertad el ácido arsenioso, y se reproducirian los accidentes de envenenamiento. Si se carece de hidrato de per-óxido de hierro, puede recurrirse, segun aconseja Bouchardat, al azafran de marte aperitivo, que produce muy buenos resultados, pero en dosis seis veces mayor que la de hidrato de hierro. En estos últimos tiempos M. Bussy ha propuesto para antídoto del ácido arsenioso, la magnesia, que forma combinándose con este veneno, un compuesto insoluble (1). En resúmen, cuando se tiene que prestar auxilio á un paciente envenenado por este ácido, se promueve el vómito escitando la campanilla, y administrando repetidas veces, y en cortos intervalos, una dracma ó dracma y media de sesqui-óxido de hierro hidratado seco ó de magnesia, ó simultáneamente de uno y otra, segun lo encarga Bouchardat, y siempre en grande cantidad. Si se llega algunas horas despues de la ingestion del veneno, y cuando este se halla ya en el intestino, se administrará el antídoto, á mas alguna cucharada de aceite de ricino y lavativas laxantes para activar su espulsion.

Cuando por las muchas evacuaciones que ha habido ya y por el tiempo trascurrido desde el accidente, se cree que ya no existe veneno en las vías digestivas, entonces la principal atencion es combatir los síntomas predominantes: asi cuando la reaccion es algo violenta, cuando el pulso se presenta lleno y duro, debe hacerse una evacuacion sanguínea; si, por el contrario, los enfermos caen en una postracion, se les reanima con fricciones escitantes, con sinapismos, vejigatorios, y administrando cordiales y tónicos, no dejando de recurrir á los antiflogísticos, si la reaccion volviese á ser intensa. Habiendo demostrado los esperimentos de Orfila que los riñones son el principal emunctorio por donde desaparece el ácido arsenioso absorbido, se procurará espelerle por esta vía administrando bebidas diuréticas.

Lo que acabamos de decir acerca del ácido arsenioso, puede aplicarse á las demás preparaciones del arsénico, como los sulfuros, el ácido arsénico, los arsenitos de potasa, de sosa y cobre, la tintura de Fowler, etc.

(1) Importa sobre manera no emplear en tales casos magnesia muy calcinada, pues apenas produce efecto: ha de ser magnesia hidratada.

## ENVENENAMIENTO POR LOS ÁLCALIS Y SUS COMPUESTOS.

*Lesiones cadavéricas.*—La potasa, la sosa, la cal, la barita, el amoniaco, el clorhidrato de amoniaco y el hígado de azufre, inflaman, reblandecen, ulceran y perforan las paredes del estómago. La potasa es uno de los venenos que mas á menudo produce este último efecto. Muchas de estas sustancias son absorbidas, y se encuentran en diversos órganos de la economía; principalmente la potasa, la sosa, el agua de *Javelle* (cloruro de potasa y de sosa), el amoniaco y su sequi-carbonato, como igualmente el hígado de azufre.

*Síntomas.*—En el envenenamiento por los álcalis, hay un sabor de orina cáustico y un calor ácre en la boca, dolores vivos, insoportables en el vientre, vómitos de materias sanguinolentas que restablecen el azul en el papel de tornasol, y que no fermentan en el enlosado. La cara está profundamente alterada, la piel fria, el pulso casi inapreciable, y pone fin al padecimiento la muerte, que llega en medio de atroces convulsiones.

Los síntomas se modifican segun el álcali que obra: la barita y sus compuestos, á mas de los fenómenos locales ya indicados, producen la momentánea supension de la respiracion, determinan parálisis parciales y un estado de inmovilidad é insensibilidad que indican pronta muerte. Si es el hígado de azufre, el enfermo exhala por la boca un gas pestilencial de huevos podridos, porque descomponiendo los ácidos del estómago este veneno, se desprende el gas ácido sulfo-hídrico (hidrógeno sulfurado), mientras que el azufre se deposita en la membrana mucosa. En algun caso es tal la cantidad producida de hidrógeno sulfurado, que la muerte es casi repentina; pero en el mayor número de ellos sobreviene á las veinte y cuatro ó treinta y seis horas. El azotato de potasa (nitro), clasificado sin razon entre los venenos caústicos, ejerce tan solo una irritacion moderada en los órganos digestivos, pero determina, sobre todo luego que ha sido absorbido, un estado como de estupor general caracterizado por frio tambien general, lipotimias, vértigos y pulso lento; habiendo en muchas ocasiones sido suficientes cantidades de tres á cuatro dracmas de nitro para producir dichos síntomas y en pos de ellos la muerte.

*Tratamiento.*—En el envenenamiento por la potasa, la sosa, la cal, el amoniaco y su sesqui-carbonato, segun aconseja Orfila, se administrará vinagre dilatado en dos terceras ó tres cuartas partes de agua. En el envenenamiento por el agua de Javelle se escitan los vómitos con aguas mucilaginosas y albuminosas, y se calma la inflamacion gastro intestinal por los medios mas apropiados. La barita y sus compuestos se neutralizan con los sulfatos solubles (como los sulfatos de sosa y de magnesia).

En el envenenamiento por el hígado de azufre se administrará gran cantidad de agua tibia. Devergie quiere que se prescriba una cucharada de cloro líquido. Es inútil advertir que no debe administrarse ningun ácido para evitar que se desprenda el sulphídrico.

Para el alumbre, oxalato de potasa, y clorhidrato de amoniaco, no se conoce antídoto ninguno. Nos limitaremos á escitar el vómito, y combatir los síntomas inflamatorios con los antiflogísticos, y el eretismo nervioso con los

preparados del opio. Por lo que respecta á los gravísimos accidentes de hiposte-nizacion determinados por el azotato de potasa ó sea nitro, se procurará combatirles con los estimulantes tales como el alcohol, el éter, el café.

## ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS ANTIMONIALES.

De las preparaciones antimoniales que pueden ocasionar el envenenamiento, mencionaremos con especialidad el emético, la manteca antimonial, el azufre dorado, etc. Daremos una preferencia esclusiva al envenenamiento por el emético, por ser casi el único que se observa en la práctica.

*Lesiones cadavéricas.*—El emético inflama la mucosa gastro-intestinal; produce en ella rubicundez, equímosis, erupcion granulosa, seguida á veces de ulceraciones y gangrena parcial. En los pulmones existe una alteracion mas ó menos profunda; lo mas frecuente es que estén infartados de sangre, ó bien hepatizados ó esplenizados en varios puntos de su estension (Magendie y Orfila), El emético obra como irritante en la superficie de contacto, y consecutivamente á su absorcion dirige su influencia á los pulmones.

*Síntomas, marcha.*—En el envenenamiento por el emético, el gusto es metálico, austero; tienen los enfermos cardialgia, vómitos, cólicos, meteorismo y frecuentes deposiciones. El pulso es pequeño y concentrado; la cara está alterada y la piel fria. Muy luego la respiracion se hace difícil y ansiosa; hay vértigos, calambres, convulsiones, síncopes, y al fin sobreviene la muerte.

La dosis á que el emético produce efectos tóxicos, varía sobre todo segun que el enfermo está sano ó afectado de alguna flegmasia grave: en el primer supuesto, cinco ó seis granos de emético podrán ocasionar profundas alteraciones, al paso que en el segundo, la mayor parte de las veces, se tolera perfectamente la dosis, aunque fuese tres, cuatro, cinco ó seis veces mayor. Este es uno de los hechos terapéuticos mas importantes, cuyo descubrimiento es debido á Rasori, y que le sirvió de base para fundar la teoría del contra-estímulo. Sin embargo, en la clínica de Rasori y en otras partes ha habido muchos casos de muerte repentina á consecuencia de haber administrado á grandes dosis el remedio contra-estimulante. La mas notable es, que en la mayor parte de tales casos no hubo vómitos ni deposiciones; pero de repente los enfermos presentaban una pequeñez estremada del pulso y frialdad del cuerpo; estaban pálidos, inmóviles; tenian la cara alterada é hipocrática; padecian lipotimias, y sucumbian en un estado de colapso. Al hacer la autopsia, no se encontraba en el estómago ni en los pulmones ninguna de las lesiones que hemos visto que produce el emético, cuando le toma un sugeto que tiene una diátesis inflamatoria. La escuela italiana dice, que en tal caso ha obrado el tártaro estibiado como hiposten-izante, ó produciendo el aplanamiento de las fuerzas vitales.

*Tratamiento.*—Si el envenenamiento de que hablamos no ha ocasionado vómitos, es preciso escitarlos por la titilacion de la campanilla, y apresurarse á administrar un cocimiento concentrado de nuez de agalla ó de quina amarilla á la temperatura de 30 á 40 grados. A falta de estas sustáncias puede usarse la infusion de té, los cocimientos de raices y cortezas astringentes (encina, casta-

ño, bistorta, etc.); porque el tanino que contienen forma con el emético un compuesto insoluble.

Si los vómitos y deposiciones son tales que agoten las fuerzas del enfermo, se procurará calmarlos administrando algunas bebidas frias y acídulas, ciertas aguas gaseosas, y sobre todo el opio por la boca y tambien en lavativas; luego se calmará la inflamacion que haya producido el emético.

Cuando administrado en altas dosis el tártaro estibiado, para combatir ciertas flegmasias, produce la postracion que hemos indicado, se emplearán sin demora interiormente el vino, el alcohol y el éter, y se darán algunas fricciones escitantes para despertar la inervacion. Los médicos italianos aconsejan tambien en este caso el opio; pero este medicamento solo nos parece indicado cuando hay al mismo tiempo muy abundantes vómitos y deposiciones que deben calmarse lo mas pronto posible para impedir que se aumente la debilidad del sugeto.

M. Caventou ha probado que la nuez de agalla ó cualquier otro astringente vegetal es hasta hoy el mejor antídoto del envenenamiento por la *emetina*.

## ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DEL ORO, PLATA, ESTAÑO Y ZINC.

El hidroclorato de oro, el nitrato de plata, el hidroclorato de estaño y el sulfato de zinc, preparaciones que se emplean en medicina, pueden ser agentes de envenenamiento. Estas diferentes sustancias inflaman, y algunas corroen y perforan los tejidos del estómago: tal sucede particularmente con el nitrato de plata. Estos venenos determinan todos los accidentes locales y sintomáticos propios de los venenos cáusticos. Ademas, el hidroclorato de oro provoca una fuerte escitacion en los órganos genitales y en el cerebro. Por lo que respecta al sulfato de zinc, los esperimentos de Orfila han probado que ocasiona la muerte, no tanto por la flogosis local que produce, cuanto por la estupefaccion cerebral que sucede á su absorcion.

La primera indicacion que el médico debe llenar desde luego en el envenenamiento por estas sustancias, es procurar la espulsion del agente deletéreo escitando el vómito. Segun sea la naturaleza de la sustancia venenosa, será el tratamiento que deba seguirse; si fuese el cloruro de plata, se prescribirán bebidas dulces, y se combatirá la inflamacion. Para las otras sustancias venenosas se conocen en la medicina adecuados antídotos: el cloruro de sodio (agua salada) administrada sin pérdida de tiempo, descompone en el estómago el nitrato de plata. En el envenenamiento por el protocloruro de estaño y el sulfato de zinc debe administrarse la leche, que segun los esperimentos de Orfila tiene la propiedad de combinarse con estas sales, formando un cuerpo insoluble, apenas venenoso.

## ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE COBRE.

La frecuencia del envenenamiento por los óxidos y las sales de este metal, se esplica muy fácilmente por el uso de las vasijas de cobre en las preparaciones culinarias. Casi siempre, en efecto, el envenenamiento es producido por los óxidos y carbonatos que se forman al contacto del aire en las vasijas de cobre

que, á pesar de estar sucias ó no estañadas, se emplean para la preparacion de los alimentos. Otras veces reconoce por causa el envenenamiento, el que durante dicha preparacion, se mezclan con las sustancias alimenticias el acetato y oxalato de cobre que entonces se producen. Hay tambien diferentes preparaciones, especialmente algunos dulces, que los confiteros pintan de verde con un compuesto de cobre, que muchas veces dan márgen á estos envenenamientos. Finalmente, las simples emanaciones de cobre, ó aun mejor la introduccion diaria en la economía de partículas de cobre, como sucede con los caldereros, limadores, fundidores, operarios y otros torneros que manejan de continuo este metal, dan lugar á una especie de cólico conocido bajo el nombre de *cólico de cobre*, que consideramos como el primer grado del envenenamiento por este metal.

### 1.° *Cólico de cobre.*

Mucho menos frecuente que el cólico de plomo, el de cobre está caracterizado por unos dolores abdominales exacerbantes, cuyo sitio mas frecuente es cerca del ombligo, y que se aumentan á la presion; el vientre está mas ó menos tenso; hay sed é inapetencia, y á menudo náuseas, y algunos vómitos biliosos. Existe constantemente diarrea mas ó menos abundante, alguna vez acompañada de tenesmo; las deposiciones son amarillas, ó de un color verde de puerro, y glutinosas. El calor está aumentado, el pulso febril, hay cefalalgia, ansiedad, dolores lumbares, abatimiento y mucho cansancio. En una palabra, se observan todos los fenómenos que caracterizan una flegmasia mas ó menos intensa de los órganos digestivos, principalmente del intestino delgado. El curso generalmente es corto, pues su duracion pasa pocas veces de seis á ocho dias. Frecuentemente tiene recidivas, cuando el sugeto vuelve á esponerse á las influencias de este metal. El cólico es, por lo demás, el único accidente que se observa en los que trabajan el cobre.

Teniendo en cuenta lo espuesto, se ve que el *cólico de cobre* no es mas que una variedad de la enteritis. Para combatirle se prescribirán bebidas dulces, lavativas de almidon, baños y cataplasmas emolientes. Si es intensa la calentura, se hará una sangría; y si en el vientre hay tension y dolores vivos, se harán una ó muchas aplicaciones de sanguijuelas al vientre. En fin, con el objeto de moderar los dolores y disminuir las deposiciones, se administrará un grano ó dos de opio.

Algunos autores han querido que el tratamiento del cólico de plomo se aplicase tambien al cólico de cobre; pero esta conducta es por lo menos poco racional, y no ha podido ser aconsejada sino á consecuencia de alguna equivocacion en el diagnóstico. En efecto, hay médicos, que aunque parece casi increible, dignostican la naturaleza de ciertos cólicos, no tanto por los síntomas que observan, cuanto por la naturaleza de las profesiones que los enfermos ejercen. Sin embargo, en el dia está demostrado que muchos obreros, que como los fundidores, manejan habitualmente el cobre, pueden ser atacados del cólico de plomo, porque para evitar la oxidacion de aquel se mezclan los dos metales. Esta observacion, debida á Christison y á M. Chomel, esplica el por qué el cólico saturnino afecta á los trabajadores de cobre, no siendo agente productor este metal, y

por qué se cura por medios opuestos á los que hemos enumerado anteriormente. (Véase *Cólico de plomo*).

### 2.° *Envenenamiento propiamente dicho.*

La mayor parte de los envenenamientos por las preparaciones de cobre son debidas al acetato y oxalato de cobre, y al carbonato ó cardenillo. Estas sustancias inflaman el tubo digestivo, y aun pueden corroerle y perforarle. Ademas de esto, son absorbidas y llevadas á todos los órganos de la economía, pues el análisis químico ha descubierto su presencia en ellos. Resulta tambien de un trabajo de M. Millon que los trabajadores del cobre escretan en gran parte por la secrecion renal el metal que absorben.

*Síntomas.*—Cuando el agente del envenenamiento es el cardenillo, el sabor es ácre y estíptico, y hay una sensacion de constriccion en la garganta, eruptos especiales de cobre, náuseas, vómitos abundantes, tiranteces dolorosas del estómago, fuertes cólicos, deyecciones albinas copiosas, negruzcas, y alguna vez sanguinolentas; tension de vientre; sed viva; pulso pequeño casi imperceptible; piel fria; respiracion dificultosa y con ansiedad; abatimiento y debilidad; calambres en los miembros, y los pacientes sucumben en pocas horas en medio de horribles padecimientos. A la muerte preceden generalmente convulsiones y síncopes. El envenenamiento que reconoce por causa los alimentos cocidos en vasijas mal estañadas, empieza seis á quince horas despues de la comida, con cefalalgia, malestar, debilidad y calambres en los miembros; á estos accidentes se agregan pronto náuseas, vómitos, diarrea, y un pulso pequeño y frecuente. Los que han tomado el veneno en corta dosis, ó han sido socorridos pronto, se curan; pero la convalecencia suele ser muy larga, por los cólicos, dolores del epigastrio y diarrea, que en algunos duran mucho tiempo. En resúmen: apoyándonos en el estudio de los síntomas y en las lesiones cadavéricas, creemos que las preparaciones del cobre matan, ya por la inflamacion que determinan en los órganos digestivos, ya tambien por la influencia que ejercen sobre el sistema nervioso y el corazon, consecutivamente á su absorcion.

*Tratamiento.*—Despues de satisfecha la primera indicacion, que consiste en arrojar cuanto veneno sea dable, á favor del vómito, se administrará sin pérdida de tiempo la albúmina, sustancia que, segun Orfila, es casi el único antídoto que poseemos para las preparaciones del cobre. Este sabio catedrático ha demostrado ademas esperimentalmente que los sulfuros, la infusion de la nuez de agalla y el azúcar, considerados durante mucho tiempo como antídotos, no tenian eficacia alguna. Recientemente, M. Bouchardat ha aconsejado como antídoto el hierro reducido por el hidrógeno, administrado con la miel ó con agua á una dosis tres ó cuatro veces mayor que el veneno introducido en la economía. El mismo químico aconseja una mezcla de polvos de zinc y hierro, ó las limaduras de zinc. Hase dicho tambien que debe recurrirse al empleo del persulfuro de hierro hidratado. Todos estos medicamentos merecen ser esperimentados. Segun M. Bouchardat, dos onzas y tres dracmas de polvo de hierro y zinc pueden neutualizar la accion venenosa de veinte granos de acetato de cobre.

Si el médico es llamado demasiado tarde, y el veneno ha pasado el piloro,

no por esto debe dejarse de administrar el agua albuminosa, bebidas dulces y lavativas emolientes; en fin, se recurrirá á los antiflogísticos, antiespasmódicos y opiados, segun el predominio de los accidentes inflamatorios ó nerviosos.

### ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE PLOMO.

Las preparaciones de plomo en altas dosis, como algunos escrúpulos de acetato ingeridos en el estómago, inflaman esta víscera, pero nunca producen la gangrena ni perforacion de sus paredes.

Los síntomas están en relacion con estas alteraciones; asi, pues, los enfermos se quejan de un sabor estíptico y dulce en la boca y garganta, y de un dolor vivo en el epigastrio; tienen hipo, náuseas, vómitos, fuertes cólicos, y tan pronto diarrea como constipacion; cara alterada, ojos hundidos, ribeteados de negro, labios lívidos, y pulso de una pequeñez estrema. La muerte puede sobrevenir en medio del delirio, de las convulsiones y los síncopes.

El tratamiento consiste en administrar, despues de haber favorecido el vómito, sulfato de sosa ó de magnesia, que trasforma el acetato de plomo en sulfato de plomo insoluble. Igual indicacion hay que satisfacer con cualquier envenenamiento ocasionado por alguna preparacion saturnina soluble. Tambien se ha aconsejado como antídoto el persulfuro de hierro hidratado húmedo. Satisfecha esta segunda indicacion, resta ya únicamente combatir con los antiflogísticos los síntomas de inflamacion consecutiva.

Este género de envenenamiento es muy raro, y en los anales de la ciencia apenas se encuentran ejemplos de él. Sin embargo, entre todos los metales, el plomo es el que mas á menudo produce fenómenos tóxicos. Estos resultan principalmente, no de la inflamacion de cualquier órgano, sino mas bien de una accion especial que el metal ejerce sobre la nutricion, y consecutivamente sobre diversas partes del sistema nervioso, la cual produce dolores neurálgicos en el vientre y los miembros, ó bien delirio, coma, y á menudo convulsiones y parálisis mas ó menos estensas. Pero antes de estudiar estos accidentes y su naturaleza, debemos indagar las circunstancias que mas de ordinario los desarrollan.

Estas intoxicaciones pueden observarse en todos los que, habitual ó accidentalmente, se hallan en contacto con las preparaciones saturninas. Son sobre todo muy frecuentes en los trabajadores del albayalde y del minio, en los pintores de edificios y de brocha gorda, en los que muelen colores, en los fundidores de caracteres y los alfareros; tambien se observan, aunque no tan frecuentemente, en los afinadores de metales, los impresores, azogadores, vidrieros, fabricantes de loza, fundidores de cobre, etc.; obreros todos que, mas ó menos, se hallan en contacto con preparados saturninos. Sujetas á iguales accidentes se hallan las mujeres, pero parecen menos predispuestas á ellos que los hombres. Favorecen la accion tóxica del plomo, la edad adulta, los escesos en el régimen, y el desaseo.

La absorcion pulmonar y la gastro-intestinal son las dos principales vías por las que se introducen en la economía los preparados saturninos. Los que se sienten afectados del cólico de plomo, á causa de haber dormido en cuartos recien pintados, los pintores que esperimentan los mismos accidentes siempre

que pintan á la esencia, especialmente cuando están encerrados en aposentos calientes; y por último, los obreros de las fábricas de albayalde y minio, que respiran constantemente una atmósfera de polvo saturnino, reciben el veneno por la mucosa respiratoria, que es sabido estar dotada de una gran fuerza de absorcion. De algunos esperimentos hechos por M. Tanquerel-Desplanches, en los animales, resulta probado que basta el contacto de las preparaciones saturninas sobre la mucosa de las vías respiratorias *solamente*, para producir accidentes de intoxicacion.

La absorcion por las vías digestivas está demostrada por los numerosos casos de envenenamientos saturninos causados por el uso de agua, que se ha espuesto en vasijas de plomo al contacto del aire, ó mas comunmente por el uso de vinos ó cidras adulterados con el litargirio, ó de dulces coloreados con el cromato de plomo, ó despues de la administracion interior de alguna sustancia de plomo, especialmente por el acetato sólido ó líquido. Algunos hechos parecen probar igualmente que las preparaciones saturninas aplicadas en concepto de medicamentos, han podido ser absorbidas por las mucosas oculo-palpebral y vaginal; pero todavía no hay ninguna observacion auténtica que demuestre la posibilidad de la absorcion por la superficie de la piel, á no ser que esté desprovista de epidermis; pero aun asi la absorcion es poco activa, ó á lo menos muy rara vez produce los síntomas de intoxicacion.

Las preparaciones del plomo son, pues, absorbidas, hecho que evidentemente han probado los trabajos de los químicos. Tiedemann y Gmelin administraron el acetato de plomo á algunos animales, y luego encontraron esta sal en las venas meseráicas y esplénicas: Orfila y MM. Lassaigne y Ausset de Alfort, lo han encontrado, no solo en la sangre, sino tambien en la orina y en los principales órganos, como el hígado, el bazo y los riñones. Los resultados de Orfila y de estos hábiles químicos tienen mayor importancia que los obtenidos anteriormente por MM. Devergie y Guibourt, porque han estraido el plomo valiéndose de *procedimientos que no suministran el metal que naturalmente contiene el cuerpo humano*; y respecto de estos últimos químicos, no se sabe si separaron simplemente el plomo contenido naturalmente en el cuerpo, ó el que se habia introducido en él accidentalmente. La orina no es el único emunetorio por cuyo medio el plomo absorbido es espulsado de la economía, pues este veneno se elimina igualmente en gran cantidad por la piel. Asi es que en los casos en que el plomo ingerido con las bebidas, no ha podido ser absorbido sino por las vías digestivas, se descubrió la presencia del metal en la superficie de la piel, por medio de un baño sulfuroso que produce una coloracion negra de una parte de los tegumentos á consecuencia de la formacion de un sulfuro.

Cualquiera que sea la vía por la que penetra el veneno en la economía, alguna vez es rápida su accion: asi sucede, por ejemplo, en los casos de cólicos causados por una corta permanencia en un cuarto recien pintado, ó por el uso de vino adulterado con el litargirio, etc. Pero generalmente es lenta la accion del plomo; necesítanse meses y aun años de esposicion continua á sus emanaciones deletéreas, para contraer la enfermedad. Obsérvanse en la mayor parte de los casos ciertos fenómenos, que desde mucho tiempo antes indican la influencia lenta del plomo sobre el organismo, lo que constituye, en rigor hablando, los prodromos de las enfermedades saturninas que muy pronto describiremos.

He probado en mi *Tésis inaugural* (1835), que los trabajadores dedicados á la preparacion del albayalde ó del minio, palidecen y enflaquecen muy luego: sus carnes se vuelven flácidas, y la piel, principalmente la de la cara, toma un tinte amarillo característico, y que no tiene relacion alguna con el amarillo de la ictericia, y todos los tejidos se decoloran. M. Beau ha consignado que la piel afectaba la mayor parte de las veces esa forma de anestesia que llama *analgesia*, y en la que los individuos sienten el contacto de los cuerpos, pero son mas ó menos insensibles al dolor. Yo he comprobado este hecho muchas veces, pero no he visto que sea tan frecuente como dice M. Beau. En los sugetos de que hablo, la sangre está empobrecida, es pálida y escasea en los vasos (Laënnec). M. Andral ha probado que en este caso la sangre sufre igual disminucion de glóbulos que en la anemia espontánea, al paso que, como sucede en esta enfermedad, conservan su cantidad normal la fibrina y los demás elementos sólidos; las fuerzas disminuyen en igual proporcion; en una palabra, existe un verdadero estado de caquéxia. Muchos de estos pacientes perciben un sabor dulce ó estíptico; su boca exhala una fetidez particular, bastante parecida á la que exhalan los que se hallan afectados de infarto gástrico. Generalmente hay firmeza en las encías; sin embargo, en algunos casos se presentan sanguinolentas, y hay un poco de tialismo; mas á menudo se observa solo algun adelgazamiento, desgaste, y á veces verdadera destruccion de sus bordes libres. En casi todos los trabajadores del plomo, ó que viven en una atmósfera impregnada de emanaciones saturninas, presentan las encías una coloracion azulada, circunscrita comunmente á 2 ó 3 líneas de sus bordes libres, invadiendo alguna vez toda la estension de sus pliegues, y aun los dientes y la mucosa de los labios y las mejillas. Reconoce por causa esta coloracion el sulfuro de plomo que se forma cuando el metal volatilizado se depone en las encías y dientes, y se combina allí con el hidrógeno sulfurado que se desprende en toda el estension de las vías digestivas. Producese este color siempre que se quiere, cuando se administra un colutorio que contiene acetato de plomo. Este color no debe considerarse, por mas que diga M. Tanquerel-Desplanches, como un fenómeno de intoxicacion, ni como indicio de la presencia del plomo en la economía, sino como un fenómeno puramente químico que no puede revelar ningun estado particular de la economía: que indica únicamente que los sugetos han estado en contacto con preparaciones de plomo suspendidas en la atmósfera ó introducidas directamente en las vías digestivas. Este dato es de mucha importancia, pues muchas veces nos ha dado á conocer la verdadera naturaleza de ciertos accidentes nerviosos que observábamos, y cuando el estado de los enfermos nos privaba del conocimiento de las circunstancias anteriores. Todas las partes esteriores del cuerpo pueden presentar el color negro ó azul cuando se las pone en contacto con el azufre: basta que los trabajadores del plomo tomen un baño sulfuroso para que en toda la superficie de su cuerpo, habitualmente descubierta, y principalmente en las uñas, se forme al punto un sulfuro de plomo.

Los fenómenos de intoxicacion que acabamos de enumerar, apenas se observan sino en los sugetos que se hallan siempre rodeados de una atmósfera muy impregnada de emanaciones saturninas: tal sucede á los trabajadores de albayalde y minio, cuya palidez y demacracion se desarrollan una, dos ó lo mas tarde tres semanas despues de su entrada en el taller. Estos fenómenos son

mucho menos comunes en los pintores, y casi nunca se observan en los barnizadores, los fundidores, los alfareros, los fabricantes de papel pintado, y generalmente en los que solo absorben una pequeña cantidad de moléculas saturninas.

Aunque estos diferentes operarios presenten fenómenos de intoxicacion, pueden dedicarse á sus ocupaciones, semanas, meses y aun años; luego de repente les aqueja cualquiera enfermedad saturnina de las que vamos á describir, bajo los nombres de *cólicos*, *dolores de los miembros*, *parálisis* y *accidentes cerebrales*, afecciones, cuya frecuencia relativa, segun dice M. Tanquerel, puede representarse por los guarismos 12, 8, 2, 1. Generalmente se desarrollan estas enfermedades cuando el sugeto se halla ocupado en los trabajos de los preparados del plomo; pero tambien se las ha visto declararse muchas semanas, y aun uno ó muchos meses despues que los individuos habian dejado de hallarse espuestos á las emanaciones saturninas.

## DEL COLICO DE PLOMO.

SINONIMIA.—Cólico saturnino, metálico, de los plomeros, de los pintores, de los alfareros, de los barnizadores, raquialgia, etc.

Definiremos el cólico de plomo diciendo que es una enfermedad apirética, caracterizada por vivos dolores abdominales, exacerbantes, y que comunmente se calman por la presion, acompañados de náuseas, vómitos verdosos, estreñimiento tenaz, y muy á menudo calambres en los miembros, con otras sensaciones dolorosas en diferentes partes del cuerpo.

*Historia.*—El cólico de plomo apenas fue conocido de los médicos griegos, romanos y árabes, y no ha sido completamente descrito hasta el siglo XVII, á mediados del que se publicó la obra de Stockhusen (1); pero en los dos siguientes, ha sido objeto de trabajos mucho mas continuados, mereciendo particular mencion los de Haen (2), Ilsemann (3), Stoll (4), Bonté (5), Gardane (6), y entre los modernos, los de MM. Merat (7), Chomel (8), Andral (9), Tanquerel (10), y Brachet (11); en fin, antes que estos dos últimos, el autor de esta obra publicó en 1835 en su tesis, una historia del cólico de plomo en presencia de gran número de hechos recogidos por él mientras fue alumno interno en el hospital Beaujon.

*Anatomía patológica.*—En la mayor parte de los que sucumben á consecuencia del cólico de plomo, no se encuentra alteracion apreciable en los órganos digestivos. Yo jamás las he hallado; y M. Tanquerel, analizando en su libro cuarenta y nueve observaciones, con autopsias practicadas en diferentes

(1) *De-lithargyrii fumo noxio morbifico*, en 12°, 1656.
(2) *Ratio medendi*, t. II.
(3) *De colica saturnina*, Goettingue, 1752.
(4) *Médecine pratique*, t. II.
(5) *Ancien journal de médecine*, t. XV, XVI et XL.
(6) *Idem*, t. XLI.
(7) *Traité de la collique metallique*, Paris, 1812.
(8) *Dictionnaire de médecine*, 2.ª edicion. artículo COLIQUE METALLIQUE.
(9) *Clinique médicale*, t. IV.
(10) *Maladies de plomb*, t. I.
(11) *Traité pratique de la colique de plomb*, Paris, 1850.

ocasiones, dice, que las veinte no presentaban ninguna lesion que estuviera en relacion con los síntomas observados durante la vida. En cinco casos se observaron algunos reblandecimientos parciales; en seis, algun engrosamiento de la mucosa, y en diez, un desarrollo en los folículos; pero estas lesiones no son características de esta enfermedad, pues todas se encuentran en el curso de otras afecciones agudas ó crónicas. La única lesion que pudiera creerse característica, porque se ha encontrado en la tercera parte de los casos, es la retraccion del tubo digestivo, cuya mucosa está seca y en contacto con algunas materias fecales endurecidas. Las demás vísceras están sanas, á no existir complicaciones. ¿Qué pensaremos, en vista de estos detalles, de los autores que, como Bordeu, dicen que han encontrado en el peritoneo y en los intestinos los desórdenes mas graves? Debemos suponer que, ó se equivocaron en el diagnóstico, ó que atribuyeron á la enfermedad lesiones que dependian esclusivamente de complicaciones puramente accidentales.

*Síntomas.*—El cólico de plomo puede presentarse de repente; pero lo mas general es que sea con prodromos: estos son todos los fenómenos de intoxicacion descritos anteriormente, y á los que bien luego acompañan dolores en los miembros, inapetencia con la lengua blanca, malestar, dificultad en las evacuaciones; las deposiciones son cada vez mas escasas, y los escrementos negruzcos.

Cuando la enfermedad ya está manifiesta, hay un dolor intenso ó moderado que se fija en el ombligo, y menos frecuentemente en el epigastrio ó hipogastrio; este dolor puede en ciertos casos ocupar á la vez muchas de estas regiones, y aun se irradia á los lomos y partes genitales, etc. El dolor es oscuro, contusivo, y mas frecuentemente agudo y dislacerante. Es continuo, pero está sujeto á exacerbaciones irregulares, durante las cuales se hallan los enfermos sumamente acongojados; los ojos están hundidos; la cara se encoge; exhalan grandes quejidos; se revuelcan en la cama, y buscando alivio, escogen las mas estrañas posiciones. Muchos se tienden boca abajo, apoyando por lo regular su puño en el abdómen, porque uno de los caracteres mas notables de este dolor es el calmarse ordinariamente mediante la presion; pero para que este efecto se produzca, es preciso que la compresion se verifique, no por sacudidas y con la estremidad de los dedos, sino blanda y gradualmente, con la palma de la mano estendida. Procediendo de este modo, los enfermos notan alivio en mas de las dos terceras partes de los casos.

La tercera parte de los enfermos acometidos de cólico saturnino, tienen el vientre mas ó menos retraido; en los demás, el abdómen presenta su forma ordinaria. Esta retraccion se hace mas notable en los cólicos graves. Este fenómeno singular nos parece debido á una contraccion espasmódica de los músculos abdominales, que se aplican instintivamente á las vísceras para atenuar los dolores.

Hay constipacion, y constipacion por lo comun tenaz, en casi todos los sugetos á quienes afecta el cólico saturnino. Mas de las tres cuartas partes de enfermos sienten náuseas, seguidas en la mayor parte de vómitos, á veces acuosos, casi siempre biliosos, amargos y verdosos de color de puerro: algunos se ven atormentados al mismo tiempo por eructos é hipo. La lengua está limpia ó blanquecina; la sed es variable; hay completa inapetencia, y el aliento

exhala generalmente un olor saburral. La secrecion urinaria esta casi siempre disminuida, y en algunos casos es dolorosa la emision, y acompañada de tenesmo.

En el mayor número de casos hay dolores en diferentes partes del cuerpo. como cefalalgia (en una cuarta parte); tiranteces y dolores contusivos en el cordon espermático (en una cuarta parte); calambres, entorpecimiento, ó bien dolores lancinantes y dislacerantes en los músculos de los miembros inferiores (en las tres cuartas partes), ó de los superiores (en la mitad); mas ó menos frecuentemente en los músculos lumbares (en una tercera parte), y aun en algunos (una sétima parte), sensacion incómoda de constriccion en el tórax. En medio de tales padecimientos, la piel conserva su temperatura, y el pulso su frecuencia normal, y aun suele ser mas lento que de costumbre; pero los enfermos están fatigados, pierden las fuerzas, y el sueño cesa de favorecerles. lo cual depende especialmente de la intensidad y continuacion de los dolores.

El cólico puede complicarse con otras afecciones saturninas, principalmente con varios accidentes cerebrales y con diferentes parálisis, de las que luego hablaremos. Puede tambien complicarse con cualquiera otra enfermedad que no reconozca por causa la accion del plomo; pero esto es raro, escepto, sin embargo, respecto de la ictericia, que se declara próximamente en la octava parte de casos, pero pocas veces presenta grande intensidad.

*Curso, duracion, terminaciones.*—El cólico saturnino tiene un curso bastante irregular; cuando se abandona á sí mismo, su duracion puede ser indefinida, es decir, que puede persistir muchas semanas, pues no tiene casi ninguna tendencia á terminar espontáneamente. Tratado metódicamente, es por lo regular muy pronta la mejoría; y con rapidez vuelven á sus funciones las vías digestivas. Sin embargo, no es rara despues de una completa curacion, una recidiva. Algunos, despues de uno ó muchos de estos ataques, quedan paralíticos.

Cuando es simple el cólico, casi nunca termina por la muerte; pero no es raro que sucumban los enfermos á consecuencia de las complicaciones cerebrales que luego estudiaremos.

*Diagnóstico.*—Ninguno de los síntomas considerado en particular, es patognomónico del cólico de plomo; pero la reunion de todos caracteriza bastante bien esta afeccion, y permite distinguirla de todas las demás enfermedades conocidas. En efecto, no hay una sola que presente la reunion de los síntomas siguientes: dolores vivos y exacerbantes en el vientre, y que no se exasperan por la presion; estreñimiento rebelde, vómitos porráceos, y completa apiréxia. El cólico saturnino no se parece, pues, en nada ni á la disenteria, ni al cólico de cobre, enfermedades en las que se observan calentura, diarrea, tenesmo, y á veces meteorismo y dolores de vientre que se aumentan por la presion. La enteritis simple se distingue igualmente de él, ya por unos cólicos menos fuertes que se exasperan por la presion, ya por la diarrea; algunas veces tambien hay un movimiento febril.

La fiebre, el meteorismo, la alteracion de las facciones y los dolores abdominales que se exasperan por la mas ligera presion, distinguen fácilmente la peritonitis del cólico de que hablamos.

Una constriccion interior, ocasionada por la violencia de los dolores, por

el estreñimiento y los vómitos, pudiera simular un cólico saturnino; pero el principio, por lo general brusco, del íleo, el meteorismo que lo acompaña, el relieve que las asas intestinales distendidas forman al través de las paredes abdominales, la interrupcion completa de la secrecion gaseosa, y en un período mas adelantado, los vómitos estercoráceos, la alteracion profunda de las facciones y la calentura, no permitirán abrigar duda alguna acerca de la naturaleza de la afeccion.

Los cólicos hepático y nefrítico podrian inducir á error al médico, por la violencia de los dolores, los vómitos simpáticos que los acompañan, y la apiréxia completa que hay, á lo menos al principio. Pero el asiento del dolor en el hipocondrio derecho, en el primero, y en los lomos en el segundo; la ictericia en el caso de cólico hepático, y la supresion y disminucion de la orina, la estension del dolor hasta los testículos, y la retraccion del testículo correspondiente, si el cólico es nefrítico; el principio y la cesacion brusca de los accidentes en ambas enfermedades, constituyen caracteres bastantes para no caer en confusion.

Las únicas enfermedades que presentan alguna analogía con el cólico saturnino, son las neurosis dolorosas de las vías digestivas (gastralgia y enteralgia). Hay, en efecto, en uno y otro caso dolores vivos y atroces, que se presentan de repente, se calman por medio de la presion, no se complican con calentura, y coexisten por lo general con vómitos y estreñimiento. No obstante, en la gastroenteralgia el estreñimiento es incomparablemente menos rebelde que en el cólico saturnino; los vómitos son acuosos, mucosos, y pocas veces biliosos y porráceos; el vientre no está retraido, pero en el mayor número de casos está hinchado por gases que son espelidos en abundancia por la boca y el ano; las crisis dolorosas se manifiestan rápidamente, y cesan por lo regular del mismo modo; por último, los antecedentes de los enfermos, unidos á lo que acabamos de indicar, son los elementos principales que permitirán establecer el diagnóstico con alguna certidumbre.

Mucho se ha discutido de un siglo á esta parte, para averiguar si debian comprenderse en el cólico de plomo diferentes afecciones abdominales, que en muchos paises reinan endémica y epidémicamente: tales son los cólicos vegetales de Poitou, Normandía, Devonshire y Madrid. Sin embargo, leyendo las principales memorias que nos han dejado los autores, se nota que los médicos describrieron bajo un mismo nombre enfermedades distintas y que no tienen entre sí la menor semejanza. Así es que en sus descripciones se reconocen á veces enteritis, colitis y disenterias; en otros casos son manifiestos los síntomas del cólico saturnino, causados por la adulteracion de los vinos y de las cidras. Siendo mucho mas raros hoy estos fraudes, merced á la vigilancia de la autoridad, apenas se oye hablar ya en nuestros dias de esos cólicos vegetales que eran tan comunes en el siglo pasado. No obstante, si el cólico vegetal es raro entre nosotros, aflige al parecer con bastante frecuencia á ciertos paises. En la India y la China, por ejemplo, es consecutivo casi siemqre á las vicisitudes atmosféricas; y se parece de tal manera al cólico de plomo, por sus síntomas, su curso, sus consecuencias y complicaciones (delirio, convulsiones y parálisis), que es imposible trazar entre ambos cólicos una línea divisoria (Véase *cólico vegetal*).

*Pronóstico.*—El cólico de plomo es enfermedad grave, á causa de los dolo-

res que lo acompañan, y sobre todo porque algunas veces se complica con accidentes cerebrales, y á menudo le siguen parálisis.

*Tratamiento.*—Se han preconizado para esta enfermedad muchos medicamentos que en la actualidad se emplean pocas veces, porque la esperiencia ha demostrado que eran inútiles y hasta perjudiciales: tales son los antiflogísticos, los emolientes, el tabaco, la nuez vómica, las aguas sulfurosas, el alumbre, la limonada sulfúrica, y los revulsivos cutáneos. Yo he esperimentado ó visto ensayar por otros la mayor parte de estos métodos; pero no han producido los felices resultados que algunos autores ensalzan. Estos medios pueden curar algunas veces cólicos benignos, pero no tienen eficacia alguna, ó su efecto es dudoso; cuando la enfermedad es grave; y si en efecto consiguen la curacion, esto no se verifica sino despues de un tiempo mas largo, lo cual es un inconveniente mayor en una afeccion dolorosa, y que se complica tan á menudo con accidentes nerviosos. En nuestro concepto, no hay sino dos especies de medicamentos dotados de una verdadera eficacia: los narcóticos y los evacuantes. Se administran solos, y mas á menudo combinados; y todos saben que unidos á los sudoríficos, forman la base del tratamiento llamado *de la Caridad* (1). Este se compone de una multitud de fórmulas muy complicadas, pero muy eficaces, y que muchos siguen al pié de la letra: Hé aquí el modo mas cómodo, en la actualidad, de tratar el cólico de plomo:

Cuando los enfermos tienen contínuas ganas de vomitar; cuando la lengua se presenta sucia y cubierta de una capa espesa, se empieza por administrar un emeto-catártico (emético 2 ó 3 granos, sulfato de sosa 6 dracmas); no provocando este medicamento las mas veces, evacuaciones alvinas, ó siendo en corta cantidad, se administrarán en el mismo dia una ó dos lavativas muy purgantes (sen 3 dracmas, jalapa en polvo 1 dracma, miel mercurial 2 onzas, agua 16 onzas); al mismo tiempo se aplicarán cataplasmas emolientes al vientre, y para conciliar el sueño se administrará una píldora de opio de 1 á 2 granos. Cuando no está indicado el emético, se administran desde luego los purgantes drásticos, como aparecen formulados en el tratamiento de la Caridad.

(1) El tratamiento llamado de la *Caridad*, ha sufrido varias modificaciones desde el año de 1605, época en que empezó á usarse por los religiosos que cuidaban este hospital. Daremos una reseña de él tal cual es hoy.

Primer dia.—*Agua de caña fistula con las semillas* (cocimiento de 2 onzas de tamarindos en 2 libras de agua; añádase de emético 3 granos). Para bebida: *tisana sudorifica simple* (cocimiento de guayaco). Por la mañana, *una lavativa purgante* (intusion de sen 2 dracmas por libra de agua; sulfato de sosa 2 1|2 onzas; electuario diafenicon una onza; jalapa pulverizada 1 escrúpulo). Por la tarde *lavativa anodina* (aceite de nueces 4 onzas; vino tinto 10 onzas); *bolo calmante* (triaca 1 dracma, opio 1 grano).

Segundo dia.—*Agua benedicta* (agua libra y media; emético 5 granos); *tisana sudorifica simple, lavativa purgante* por la mañana. Por la tarde, *lavativa anodina, triaca y opio*, segun ya hemos dicho.

Tercer dia.—*Tisana sudorifica laxante* 2 vasos (infusion de sen y cocimiento de guayaco, partes iguales, una libra); *tisana sudorifica simple, lavativa purgante, lavativa anodina, bolos calmantes*, ut supra.

Cuarto dia.—*Pocion purgante de los pintores.* Por la mañana, (sen 2 dracmas en infusion en media libra de agua; electuario diafenicon, y jarabe de espino cerval, de cada uno 1 onza; jalapa en polvo 1 escrúpulo); *tisana sudorifica simple.* Por la tarde, *bolo de triaca y opio.*

Quinto dia.—*Tisana sudorifica laxante*, 2 vasos; *tisana sudorifica simple; lavativa purgante;* Por la tarde *lavativa anodina, triaca y opio.*

Sesto dia.—*Pocion purgante* por la mañana, *tisana sudorifica simple; levativa purgante, lavativa anodina, triaca y opio.*

Sétimo dia.—*Tisana sudorifica laxante, tisana sudorifica simple; lativa purgante, lavatina anodina, bolo calmante.*

En este tratamiento los enfermos están á dieta; por lo general empieza á darse caldo el cuarto ó quinto dia, y se aumenta gradualmente.

A ejemplo de M. Tanquerel, damos el aceite de crotontiglio á la dosis de 2 á 3 gotas en 1 ó 2 píldoras, ó bien en una cucharada de tisana. Si el aceite obra como vomitivo, ó si á las tres ó cuatro horas de su administracion no produce ningun efecto, se repetirá á la dosis de una píldora de gota. Aunque hayan cesado enteramente los cólicos, conviene en general continuar por espacio de dos ó tres dias consecutivos la administracion de este purgante: en este caso basta media gota por la mañana, y si á la tarde se nota que ha sido nulo el efecto purgante, se administra como co-ayudante la lavativa cuya fórmula hemos mencionado últimamente. Por poco que se haga esperar el alivio, es preferible seguir al pié de la letra el tratamiento tan eficaz de la Caridad. Este plan, unido á la quietud, dieta absoluta, al uso de una bebida acídula (limonada), dulce ó laxante (suero, agua de ternera), basta generalmente. Cuando se han restablecido las deposiciones y ha cesado del todo el dolor de vientre, empieza á darse algun alimento. Este régimen se observará con el mayor esmero; y como las recaidas son bastante frecuentes, deberemos examinar el estado de las funciones digestivas. Si las deposiciones son escasas, se volverá desde luego, ya al uso del aceite de croton, ya al de la pocion de jalapa; pero no obstante, no es necesario aconsejar en tal caso los drásticos, puesto que los purgantes minorativos, oleaginosos ó salinos bastan casi siempre.

Este es el mejor tratamiento del cólico de plomo. No debe caber duda en adoptar los purgantes; y no debe darse preferencia á los laxantes sobre los drásticos, por temor de que los últimos inflamen la mucosa intestinal, pues casi nunca se observa semejante accidente. Uno de los puntos mas curiosos de la historia del cólico saturnino, es ver que enfermos que sucumben despues de haber tomado dosis enormes de purgantes drásticos, no presentan, sin embargo, ni aun rubicundez alguna en el tubo gastro-intestinal.

Háse dicho que cuando los dolores son muy agudos, es preciso calmarlos por medio del opio, antes de procurar combatir el estreñimiento: este es el método preconizado por Stoll, y que despues de él han seguido algunos médicos. La dosis de opio que se prescribe, varía segun la intensidad de los cólicos; pocas veces es menor de dos ó tres granos, y algunas se la hace subir á diez y aun á doce todavía mas, en las veinte y cuatro horas. Cuando los dolores se han aplacado, suele verse que las deposiciones se restablecen espontáneamente; pero casi siempre es necesario recurrir á los purgantes. Este método, que puede emplearse cuando los cólicos son escesivos, nos ha parecido sin embargo, menos eficaz y de un efecto menos espedito que el método evacuante; creemos, ademas, que los drásticos, al restablecer las deposiciones, alivian los cólicos con mucha mas prontitud y de un modo mas duradero que el opio aislado. ¿Podremos cloroformizar á los pacientes, cuando sufren dolores terribles? Si recordamos los buenos resultados que á menudo se obtienen por este medio en las crisis de neuralgias, parécenos que no hay inconveniente alguno en ensayarlo en los casos de que hablamos. Dícese asimismo que mediante la aplicacion del cloroformo al vientre, y administrándolo tambien en pociones y lavativas, en la dosis de 20 á 40 gotas, se ha conseguido calmar los dolores, y aun curar el envenenamiento. Yo he sido menos feliz en algunos ensayos que he practicado, pues el alivio que he logrado producir las mas de las veces por medio de las aplicaciones del cloroformo al vientre, solo ha sido pasagero, siéndome pre-

ciso, en vista de los padecimientos de los enfermos, recurrir al tratamiento que la esperiencia ha demostrado ser el mas eficaz.

Mas adelante hablaremos de la profilacsis del cólico saturnino.

*Naturaleza.*—Imposible parece que haya podido alguna vez considerarse este cólico como de naturaleza inflamatoria. Precisa ha sido toda la ceguedad de que tantas pruebas han dado los partidarios de la doctrina llamada fisiológica, para sostener tan monstruosa opinion, que no está justificada ni por los síntomas, ni por los resultados necroscópicos, ni por el tratamiento. Hoy, casi todos están de acuerdo en considerar el cólico metálico como una neurosis dolorosa de los nervios intestinales. El carácter del dolor, que regularmente se calma por medio de la presion, la falta de calentura y de lesiones cadavéricas, y la utilidad de los narcóticos y evacuantes, no pueden dejar la menor duda respecto del particular. Localizamos la afeccion en los nervios intestinales y no en la médula espinal, como lo han hecho algunos, siguiendo la opinion de Astruc, porque en los casos simples nada revela un padecimiento raquidiano, al paso que el dolor intestinal es ostensible.

### *De los dolores saturninos de los miembros y del tronco.*

Hemos dicho que los sugetos afectados de cólico de plomo se quejan comunmente de dolores mas ó menos fuertes en las articulaciones ó en la continuidad de los miembros, y mas rara vez en las paredes torácicas, en la region lumbar y en la cabeza. Estos dolores pueden existir tambien aislados y entonces se desarrollan en las mismas circunstancias que el cólico: son mas comunes que este último en los trabajadores del minio, al contrario de lo que sucede en los trabajadores del albayalde. Estos dolores constituyen el *reumatismo metálico* de Sauvages. M. Tanquerel que los ha estudiado detenidamente, les ha dado el nombre de *artralgia*, nombre impropio, pues parece indicar que tan solo ocupan las articulaciones cuando se les observa tambien muchas veces en la continuidad de los miembros y aun en el tronco y la cabeza.

*Síntomas.*—Cuando los dolores saturninos no se desarrollan en el curso de un cólico, son precedidos de laxitudes y entorpecimiento durante algun tiempo en las partes en que van á presentarse. Pronto sienten los enfermos dolores simplemente contusivos, ó bien lancinantes, terebrantes ó dislacerantes; son contínuos, pero con exacerbaciones irregulares, que por lo comun se presentan por la noche y privan del sueño á los pacientes. Estos dolores, que ordinariamente se calman por la presion, se exasperan muy á menudo por el calor de la cama, y se amortiguan por la esposicion de las partes al frio esterior; sin embargo muchas veces sucede lo contrario. No les acompaña calentura, ni calor, ni cambio alguno de color en la piel; fíjanse por lo regular en las grandes articulaciones, y si afectan la continuidad de los miembros, es comunmente en el sentido de la flexion; mas á menudo afectan los miembros inferiores; en el tronco apenas se observan sino en la region lumbar, y alguna vez en las paredes torácicas. Estos dolores hacen difíciles los movimientos, y no es estraño que ciertos músculos (por ejemplo los gemelos) se endurezcan ó contraigan, desarrollándose en ellos muy incómodos calambres. Los dolores que mencionamos; aunque por lo regular de carácter neuralgico, no se irradian siguiendo el trayecto conocido

de un nervio. ¿Ocupan siempre el mismo sitio? Lo ignoro. Si se estudian con atencion, se cree ver que tienen su asiento unas veces en los músculos, y otras en los huesos y en los tejidos fibrosos.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso que siguen los dolores saturninos es muy irregular; su duracion es variable, y puede ser de dias, semanas y aun meses enteros. Cuando se les abandona á sí mismos, cesan, reaparecen y afectan sucesivamente toda la estension de un miembro; pero nunca se les observa la movididad de los dolores reumáticos ni su trasmision de un miembro á otro. A estos dolores sigue alguna vez la parálisis de los músculos; en otros casos se desarrollan simultáneamente estos dos accidentes, y coexisten durante algun tiempo. Sin embargo, los dolores ceden bien pronto, mientras que la parálisis persiste despues de una manera indeterminada. Casi nunca es grave su terminacion, á no ser que haya alguna complicacion. En la autopsia no se encuentra alteracion alguna apreciable en las partes que fueron asiento del dolor.

*Diagnóstico.*—Mucha semejanza tienen estos dolores con los de un reumatismo crónico; sin embargo, se diferencian de ellos, en que son menos movibles y mucho menos pertinaces; si ocupan las articulaciones, estas no sufren deformacion alguna; cuando tienen su asiento en los músculos, y principalmente en la region lumbar y paredes torácicas, es muy difícil por su solo carácter determinar su naturaleza; pero los datos conmemorativos son muy útiles en este caso, Estos dolores, que muchas veces residen en los huesos y se exacervan por la noche. podrian confundirse con los dolores osteócopos sifilíticos; pero la falta de exostosis y de los demás síntomas de la afeccion venérea, y por otra parte el antecedente de que los enfermos manejan preparaciones del plomo, indicarán al médico la verdadera naturaleza del mal.

*Tratamiento.*—La quietud es á veces bastante para que desaparezcan los dolores saturninos. Cuando estos acompañan á los cólicos, la atencion se fija en estos últimos para combatirlos por los medios anteriormente indicados. Cuando los dolores se presentan solos, se prescribirá diariamente un baño sulfuroso; si hay insomnio, se administrará por la noche una píldora de opio. Con este tratamiento cesan casi siempre los dolores, lo mas tarde al cabo de siete dias. Cuando se muestran reácios se recurrirá á algunos vejigatorios ambulantes, los que se curarán algunos dias con una sal de morfina en la dosis de medio grano á uno.

### DE LOS ACCIDENTES CEREBRALES SATURNINOS, Ó ENCEFALOPATIA SATURNINA.

Absorbidas las preparaciones saturninas, su accion deletérea alcanza al encéfalo, y produce la exaltacion, la perversion ó la abolicion de las funciones de este órgano.

*Historia y divisiones.*—Aunque bastante frecuentes, estos accidentes cerebrales apenas habian llamado la atencion de los médicos, que de dos siglos á esta parte se han dedicado al estudio del cólico metálico; y aun en época muy cercana (1812), Mérat los creia complicaciones estrañas á la enfermedad saturnina. Sin embargo, posteriormente se ha publicado, ya en memorias, ya en periódicos, cierto número de observaciones de afecciones cerebrales evidentemente promovidas por la absorcion del plomo, como el cólico, con el que gene-

ralmente coinciden. La ciencia solo poseia estos hechos aislados, cuando á fines de 1836 me dediqué á trazar la historia de esta grave enfermedad, cuyas principales formas describí (1). La *Gaceta médica*, tambien por aquel entonces, publicó un trabajo algo parecido, de M. Nivet. Del mismo asunto se ocupó tres años despues M. Tanquerel, pero no hizo mas, bajo muchos conceptos, que completar mis descripciones, que muchas veces *se dignó copiar palabra por palabra*, sin añadir cosa alguna original. ¡Quiera Dios que por su interés pueda creerse que sus numerosos datos no son sino reminiscencias propias! Por lo que á mí respecta, me siento inclinado á creer que el mencionado autor habia olvidado completamente la naturaleza de mi trabajo, cuando se presentó en su libro como el primer historiador de la encefalopatia saturnina, palabra con la cual comprende el conjunto de los accidentes cerebrales producidos por la accion del plomo sobre el encéfalo (2).

Como esta accion se hace manifiesta al esterior por diversos trastornos funcionales, establecí en mi primera memoria, y conservaré aquí tres formas principales de la enfermedad, que son: 1.° *la delirante*; 2.° *la convulsiva* ó *epiléptica*; 3.° *la comatosa*. Dije ya que estas tres diferentes formas pueden combinarse, es decir, presentarse juntas ó sucederse unas á otras.

*Anatomía patológica.*—En algo mas de la mitad de los que mueren bajo la influencia de estos accidentes, no se halla alteracion alguna apreciable, ni en el encéfalo ni en la médula espinal. En los otros, al contrario, principalmente si han sucumbido á ataques epilépticos ó epileptiformes, se hallan las circunvoluciones aplastadas y comprimidas entre sí; apenas se notan las anfractuosidades, de modo que casi está lisa la superficie de los hemisferios. La pulpa cerebral presenta á veces una ligera coloracion amarillenta; casi nunca se halla inyectada, y generalmente está casi exangüe: su consistencia, ora es natural, ora se halla aumentada y ora algo disminuida, en cuyo caso la sustancia cerebral se pega un poco al dedo, ofreciendo al introducir este una pastosa resistencia, que, conformes con M. Martin-Solon, comparamos á la que opone la pasta de malvabisco: los ventrículos contienen poca ó ninguna serosidad, y su cavidad se halla algunas veces disminuida en una tercera parte y aun en una mitad.

El aplastamiento de las circunvoluciones cerebrales indica que el encéfalo ha sido comprimido con fuerza por las paredes del cráneo; es cierto que en estos casos, obedeciendo el cerebro á un esfuerzo de espansion, no cabe en la cavidad del cráneo, como se prueba aplicando una ó varias coronas de trépano, porque entonces forma el cerebro hérnia al través de la abertura y aun sobresale del nivel de la cara esterna de los huesos del cráneo. Finalmente, cuando separada la bóveda del cráneo, se presenta la dura-mater, está muy tirante, y no es posible cogerla con los dedos ni con las pinzas, y cuando se divide con el escalpelo, se precipita hácia afuera la masa cerebral. La estrechez que se observa á veces en los ventrículos es otra prueba del aumento del volúmen del cerebro. Parece que este órgano se hipertrofia; sin embargo, considerando la

(1) *Journal hebdomadaire*, t. IV, année 1836, en el cual consagré cuarenta y una páginas al estudio de los accidentes de que hablo.

(2) La palabra *encefalopatia* ha sido propuesta por M. Tanquerel con motivo de *una sola observacion*, que este médico insertó en el mismo tomo del *Journal hebdomadaire*, poco tiempo antes de la publicacion de mi trabajo.

rapidez con que se declara y sigue su curso la enfermedad, deberá admitirse, no tanto una hipertrofia, es decir, un aumento de número y volúmen de las moléculas cerebrales, cuanto una especie de orgasmo, que puede esplicarse muy bien por la organizacion misma del tejido cerebral.

Cualquiera que sea la opinion que se adopte acerca de la naturaleza de esta alteracion, es inútil insistir en probar que no es inflamatoria. Ademas, no hay vestigio alguno de flegmasia, ni en las meninges, ni en el cerebro, ni en la médula espinal, de los que sucumben de repente á consecuencia de los accidentes cerebrales saturninos; y en la médula jamás se ha notado alteracion alguna, siendo de advertir que muy pocas veces presenta el color amarillento que en ciertos casos se observa en el cerebro. MM. Andral y Gavarret analizaron dos veces la sangre despues de la muerte, y vieron que su fibrina se hallaba en la cantidad normal.

*Prodromos.*—Cualquiera que sea la forma de los accidentes cerebrales, pueden declararse súbitamente, y hacer sentir sus deletéreos efectos á un sugeto que parece estar bueno. He visto dos trabajadores de albayalde, que al salir de comer, se sintieron acometidos en medio de su trabajo, como si les hubiera herido un rayo, el uno de un acceso de epilepsia, y el otro de una postracion comatosa. Sin embargo, en casi la mitad de los casos se notan prodromos, que generalmente son, por su órden de frecuencia, cefalalgia frontal ó sincipital mas ó menos intensa, con vértigos ó sin ellos, somnolencia ó un sueño agitado y frecuentemente interrumpido, mirada atontada, pulso acelerado, un estado de inquietud y tristeza que promueve el llanto; finalmente, algunos se ven acometidos de repente de amaurosis, entorpecimiento y hormigueo, ó dolores en los miembros.

En las dos terceras partes de casos hemos visto desarrollarse los accidentes cerebrales, en sugetos que se hallaban afectados ya del cólico; la violencia de este ha podido alguna vez esplicar el desarrollo de los síntomas cerebrales, pero en las tres cuartas partes de enfermos no han aparecido aquellos hasta que habian disminuido considerablemente los dolores abdominales, y cuando ya la enfermedad marchaba á la curacion; de modo que los accidentes cerebrales no pueden considerarse en estos casos como un efecto puramente simpático de los dolores abdominales.

*Síntomas.*—Los síntomas varian mucho segun la forma bajo que se presenta la enfermedad; asi, pues, los estudiaremos segun la division que dejamos ya establecida.

### 1.° *Forma delirante.*

La cuarta parte de sugetos en quienes se desarrollan los síntomas cerebrales saturninos, tienen delirio; este (en una tercera parte), es tranquilo y solo consiste en una divagacion de ideas sin agitacion alguna. Pero en otros (las dos terceras partes), el delirio es furioso: juran, gritan, vociferan, desgarran sus vestidos, rompen las ataduras que les sujetan á la cama, corren por el aposento, injurian, pegan y derriban al que encuentran, hablan de cosas obscenas, y algunos hay, por último, en quienes la agitacion maníaca está sostenida por ilusiones ó alucinaciones. Cualquiera que sea el aspecto bajo el que se presenta el

delirio, es continuo en las tres cuartas partes de casos; pero sea por la noche, sea por el dia, presenta algunas exacerbaciones irregulares. El delirio no siempre es completo y universal, pues á menudo se obtienen respuestas acordes con las preguntas; muchos enfermos hacen una relacion exacta de sus padecimientos, y presentan á la vez esa mezcla de delirio y razon que constituye la locura llamada *racional*. Pero en el momento del paroxismo, las ideas son incoherentes, y el enfermo presenta con todos sus caracteres el tipo de un furioso maniático.

Despues de haber sido continuo el delirio durante uno ó muchos dias, se calma la agitacion en algunos enfermos; se duermen, y tras un sueño tranquilo de cinco, seis ó doce horas, despiertan en su sano juicio y sin reminiscencia alguna de las escenas del dia anterior, ó no conservando sino una idea confusa de ellas. Lo mas frecuente es que queden curados, pero en algunos esta es mejoría pasagera, y despues de uno á tres dias se reproducen los mismos accidentes.

Algunos enfermos sucumben de repente en lo mas violento del delirio, y parece que les ha herido un rayo; otros instigados probablemente por alguna vision ó alucinacion, se suicidan; en fin, en la mayor parte ó en las tres cuartas partes próximamente las convulsiones, ó el coma siguen al delirio.

### 2.° *Forma convulsiva ó epiléptica.*

La forma convulsiva es la mas frecuente de todas. No he podido patentizar en ningun caso la existencia de una *aura epiléptica*, aunque siempre he procurado indagar de los enfermos, cuando su estado me lo ha permitido, cuáles habian sido las sensaciones que habian precedido al ataque. No hay uniformidad en el modo de presentarse este; la séptima parte de los enfermos solo esperimentan al principio una especie de vértigo epiléptico. Cuando la enfermedad aparece bajo esta forma, caen de repente los pacientes privados del conocimiento; la sensibilidad general está abolida; la mirada es fija y no se observa ninguna convulsion. Diferénciase este estado del vértigo epiléptico ordinario, por su mayor duracion. En efecto, generalmente dura muchas horas, al paso que en el vértigo epiléptico simple, desaparece al cabo de uno ó dos minutos esta abolicion de las facultades intelectuales. En el caso que nos ocupa, aun cuando los enfermos recobran el conocimiento, no gozan inmediatamente de la plenitud de sus facultades intelectuales, no se acuerdan del ataque ni de las circunstancias que le precedieron; su fisonomía lleva el sello de un profundo estupor, sus miembros están trémulos, vacilan si se ponen de pié, é igual vacilacion esperimentan si quieren coger cualquier objeto; sus ideas son confusas, el habla es lenta y dificultosa, y al cabo de ocho ó diez minutos ó de una ó muchas horas, sobreviene nuevo ataque. Este va acompañado ordinariamente de convulsiones; de repente se inyecta la cara del enfermo, y con rapidez suma á la coloracion sustituye la palidez de la muerte. Si el paciente se halla de pié cae hácia atrás como una masa inerte é insensible á cualquier escitante esterior. Al momento se pone todo el cuerpo rígido; los miembros, especialmente los superiores, esperimentan ligeros sacudimientos convulsivos; pero no se observan generalmente esos movimientos desordenados que hacen saltar á los enfermos de la

cama. La rigidez, que puede ser tetánica, predomina por lo comun en un lado; en este caso está la cara horriblemente desfigurada; las comisuras inclinadas violentamente hácia uno ú otro lado; los párpados cerrados ó abiertos con violencia, y fijos los ojos ó girando; todas estas partes están agitadas de pequeños movimientos convulsivos. En la mitad de los casos cogen las mandíbulas la lengua y la desgarran; la saliva, espumosa, y muy rara vez sanguinolenta, cubre los labios, aumentando el horror de este cuadro el color violado de la cara, y la hinchazon de las venas del cuello. Mientras existen tales fenómenos, la respiracion es corta y dificultosa; y cuando sucede la resolucion, ardiente y estertorosa. Entonces la palidez sustituye al tinte violado de la cara, se cubre la piel de sudor, los miembros están en completa resolucion, las pupilas muy dilatadas; continúa abolida la sensibilidad general, pero el ataque termina despues de una duracion media de algunos minutos. Es variable, segun los casos, la marcha ulterior de la afeccion. En mas de la mitad de los pacientes, á los cuatro ó diez minutos se recobra la sensibilidad progresivamente, aunque se halla aun embotada la inteligencia; pero no obstante, el enfermo se muestra susceptible de percibir alguna sensacion, puede dar algunas esplicaciones, pero comunmente espresa los pensamientos sin ilacion, y tartamudea por lo regular palabras ininteligibles. Algunos, apenas vueltos del letargo, se agitan y vociferan, pues se vuelven maniáticos; á otros les asaltan ideas siniestras y visiones horribles. Al cabo de algunos minutos, ó á lo mas de algunas horas, cesan esta agitacion furibunda, estas ideas tétricas, y son reemplazadas por un nuevo ataque epiléptico, ordinariamente mas intenso que el primero. Entonces son cada vez mas frecuentes los accesos, y cuando el término de la enfermedad ha de ser funesto, se hacen casi subintrantres; en los intervalos que son muy cortos, los pacientes no recobran su inteligencia, sino que quedan sumidos en un estado comatoso y en una insensibilidad absoluta.

En algunos casos, poco frecuentes (de seis veces una), las convulsiones son irregulares y difíciles de caracterizar; esto dió márgen á Stoll para decir, que en el cólico saturnino se observan casi todos los géneros de convulsiones, y especialmente la epilepsia, que es la mas grave de todas, porque ataca todo el cuerpo, y cuando menos se espera, acomete, abandona, y vuelve á atacar en cualquier tiempo á los pacientes. Puede ser irregular desde el principio la forma convulsiva, ó adquirir este curso despues de repetidos ataques epilépticos; en cuyo caso las convulsiones son parciales, y afectan ya la cara en general ó solo alguna de sus partes; uno ó varios miembros á la vez, están afectados de una contractura permanente, que continúa sin interrupcion tres, cuatro, seis ó mas horas, hasta que llega el término fatal. Aunque muy rara vez esta afeccion ocasiona la catalepsia, no he visto en mi práctica caso alguno de esta forma de convulsion.

Muy á menudo sobreviene la muerte con fenómenos de asfixia, ya de repente, como una especie de suspension de la accion nerviosa, ya en un estado de coma que puede persistir de algunas horas á un dia. Stoll decia, que en tal caso á las *convulsiones seguia la apoplegía*, y añadia, que generalmente se disipaba esta. Este médico vió sucumbir á dos únicamente, los cuales acababan de entrar en el hospital, y no habian hecho aun ningun remedio. Creo que Stoll desconoció en estos casos el verdadero carácter de la afeccion, y que el

pronóstico que formó fue generalmente demasiado favorable. En las convulsiones epilépticas hay que distinguir en efecto dos estados comatosos ó apopléticos, valiéndome de la espresion del célebre profesor de Viena. El uno sucede á los accesos convulsivos, y es su terminacion ordinaria. Si la enfermedad debe terminar favorablemente, entonces el coma es pasagero, y creo que tal es la *apoplegía* de Stoll. Pero hay otro que no debe confundirse con el precedente, y que sobreviene á consecuencia del aplanamiento del cerebro, de su falta de reaccion despues de accesos muy frecuentes, y termina siempre por la muerte.

Las convulsiones saturninas, que tan fatales son para el hombre, no lo son menos para los animales domésticos que frecuentan los talleres. Los perros y gatos mueren casi todos de convulsiones; unas veces es casi repentina su muerte; otras corren, y muchas veces, habiéndose vuelto ciegos, tropiezan con los objetos que encuentran á su paso. De cuando en cuando interrumpen su carrera movimientos convulsivos, en medio de los cuales sucumben al fin. Algunas veces no se presentan tales accidentes nerviosos hasta despues de muchos dias de malestar, durante los que el animal se halla triste y abatido; en muchos se han desarrollado los síntomas cerebrales en seguida de haber bebido en los arroyos un agua blanquizca por las moléculas de carbonato de plomo que tenia en suspension.

### 3.° *Forma comatosa.*

La forma comatosa ocupa el tercer lugar por la frecuencia. Aquí trataremos solamente de los casos en que el coma es primitivo, y no de los en que es consecutivo á las otras formas. En los primeros tiempos, los pacientes pueden ser sensibles aun á los escitantes esteriores; momentáneamente se les puede sacar de su estado de postracion; y algunas veces es posible obtener de ellos, sino datos exactos, á lo menos alguna idea de sus actuales padecimientos; pero respecto de lo pasado, no conservan el menor recuerdo. El pulso y la respiracion no son frecuentes; el paciente está generalmente tranquilo en la cama, y tiene el aspecto de un hombre sumergido en profundo sueño. Este sueño letárgico es interrumpido de cuando en cuando por gritos, y mas comunmente por quejidos. A veces se observa una pequeña agitacion, el enfermo se mueve de un lado á otro, se sienta y aun se arrodilla, y cuando adopta tales posiciones, sus ojos permanecen cerrados ó violentamente abiertos; pero en este último caso, parece que no distingue los objetos esteriores; las pupilas están dilatadas en mayor ó menor grado, tienen poca movilidad, y no hay inyeccion en las conjuntivas. Estos accidentes cesan poco á poco: la amaurosis desaparece paulatinamente; los pacientes miran de hito en hito á los que les dirigen la palabra, aunque sin contestarles; luego contestan á ciertas preguntas fáciles, y aunque confusa su contestacion, prueba á lo menos que comprenden en parte el sentido de lo que se les dice. Poco á poco van reconociendo á sus parientes y amigos, y las facultades intelectuales recobran toda su fuerza. Sin embargo, no conservan ningun recuerdo de lo que les sucede durante el ataque; creen dispertar de un profundo sueño; sienten un gran cansancio, y la primera sensacion que les asalta, es la del hambre.

Hemos dicho ya, que estas tres formas primitivas de la afeccion cerebral sa-

turnina, pueden combinarse entre sí y sucederse la una á la otra. Hemos visto que relativamente á su frecuencia, pueden clasificarse de esta manera : 1.° la *forma convulsiva*, 2.° la *delirante*, 3.° la *comatosa*. Nada de constante puede decirse respecto á la combinacion de estos accidentes; sin embargo, puede asegurarse que, cualquiera que sea la forma primitiva bajo que se presente la enfermedad, en la tercera parte de los casos aparecerán las convulsiones epilépticas, ora al principio, ora durante el curso de la afeccion. Creo que las convulsiones son el accidente mas grave, y el que mas pronto hace sucumbir á los pacientes, en particular cuando ataca á individuos cuya energía nerviosa está debilitada, ora por el delirio, ora por un estado letárgico anterior.

*Duracion.*—La duracion varía segun la forma bajo que se presenta la enfermedad. El delirio, si es intermitente, dura cuatro, seis, nueve y diez y siete dias, sin ocasionar la muerte. Los ataques epilépticos se repiten con intervalos mas ó menos cortos, desde algunos minutos hasta seis ó siete dias. Lo mas regular es, que el estado comatoso persista de dos á diez dias.

En algunos casos, por fortuna muy raros, la duracion de la afeccion es muy corta, pues bastan algunas horas, algunos minutos, y aun segundos para hacer sucumbir al enfermo.

*Recidivas.*—Los accidentes cerebrales ya descritos, están sujetos á recidivas no solo cuando los sugetos se esponen de nuevo á las emanaciones maléficas del plomo, sino aun cuando se han sustraido hace bastante tiempo á su influencia deletérea. Nunca debemos lisonjearnos de una curacion radical, aunque cesen los accidentes nerviosos, porque todavía subsiste la causa tóxica, y cualquier esceso en el régimen, cualquier emocion moral etc., pueden sacarla de su aparente apatía, ó presentarse ella misma espontáneamente. Es del todo imposible fijar el tiempo durante el cual puede ejercer el plomo su maléfica influencia en la economía. Sin embargo, segun los hechos que poseo, esta influencia no se extiende mas allá del cuarto septenario.

*Accidentes consecutivos.*—La mayor parte de los enfermos que sobreviven, recobran su completa salud; sin embargo, en la décima quinta parte de los sujetos, poco mas ó menos, se observa una parálisis consecutiva de los miembros ó de los sentidos, principalmente de la vista. Esta parálisis dura toda la vida, ó desaparece al cabo de mas ó menos tiempo. Los que han padecido convulsiones, no quedan sujetos á padecer en lo sucesivo accesos epilépticos.

*Diagnóstico.*—Nada especial puede notarse en los accidentes cerebrales ya descritos. Al observarlos, es imposible decir, sino se recurre á los conmemorativos, si estos fenómenos dependen de una causa específica, pues el delirio, las convulsiones y el coma, pueden reconocer varias causas, difíciles de distinguir en el actual estado de la ciencia. Pero los accidentes saturninos ya descritos, y con mas motivo los síntomas abdominales actuales, abrirán un camino casi seguro para reconocer el agente específico de los desarreglos nerviosos que se observan; asi es, que mas ayudará para el diagnóstico la existencia de síntomas que caractericen el cólico saturnino, que la forma y naturaleza de los accidentes cerebrales. No se echarán en olvido ciertos fenómenos que, aunque no esclusivos de la afeccion saturnina, son una de las circunstancias que mas contribuyen á aclarar un diagnóstico algo oscuro : tales son la amaurosis y el estado de la circulacion. En algunos casos, la amaurosis es el primer fenómeno

insólito que se observa, y se presenta como pronosticando otros accidentes mas graves. El carácter especial de esta amaurosis es presentarse sin prodromo alguno, y desaparecer generalmente al cabo de doce horas á ocho dias. La lentitud del pulso se ha considerado como síntoma de un gran número de afecciones cerebrales; pero en el primer período de una afeccion aguda inflamatoria de los centros nerviosos, apenas hay apirexia, al paso que respecto de los accidentes cerebrales saturninos, sea cual fuere su forma, es un fenómeno bastante comun la lentitud del pulso, á lo menos al principio de la enfermedad. Sin embargo, hay circunstancias en que es imposible apreciar este carácter importante que ofrece la circulacion: cuando el enfermo está agitado por un delirio frenético, ó cuando los accesos convulsivos son intensos y muy repetidos, la circulacion participa de este estado de exaltacion; pero en este caso es momentánea la aceleracion, á no ser que el enfermo se aproxime al término fatal. Puede haber en algun caso dificultades para distinguir la forma delirante de la afeccion saturnina, del *delirium tremens*, atendido á que todos los trabajadores, y en particular los de albayalde, son aficionados al vino. En el *delirium tremens*, lo mismo que en el delirio saturnino, tienen los enfermos raptos de furor é insomnio, y la afeccion se juzga comunmente en ellos por un sueño largo y profundo. Pero en el *delirium tremens*, la contraccion muscular está mas ó menos alterada; los movimientos son mas ó menos libres, y se ejecutan sin precision ninguna; si el paciente está de pié, pierde el equilibrio, y apenas puede coger los objetos, por el temblor involuntario que agita las manos de estos desgraciados. Hay ademas vacilacion en la voz, y temblor en los labios; fenómenos que apenas existen en el delirio saturnino, á menos que no vaya acompañado de parálisis. La forma delirante pudiera confundirse tambien con un acceso de manía; pero es raro que esta no vaya precedida de algun trastorno notable de las facultades intelectuales, ó á lo menos de alguna caprichosa mudanza en el carácter. Tambien pudieran tomarse por una demencia con parálisis general, ciertos delirios saturninos complicados con un principio de parálisis de los miembros; pero desaparecerá cualquier duda, comparando la marcha de las dos enfermedades. La demencia siempre es crónica, al paso que la otra enfermedad siempre es aguda, á lo menos respecto de las alteraciones mentales. Ultimamente, en algunos sugetos afectados de epilepsia saturnina, la forma de los accesos es tan parecida á los de la epilepsia esencial, que no hay síntoma especial que distinga las dos afecciones. M. Tanquerel ha querido sin embargo, encontrar caracteres distintivos, y ha dicho, que en la epilepsia saturnina no hay como en la epilepsia esencial, convulsiones mas notables en un lado del cuerpo que en otro; y añade, que en la primera especie los pacientes frecuentemente se muerden, y los accesos son mucho mas largos. Creo que los médicos, por poco habituados que estén á la observacion de las neurosis cerebrales, hallarán un error en cada una de estas proposiciones. El mismo autor sostiene, que siempre precede delirio ó coma á la epilepsia saturnina; pero lo mismo puede suceder en algunas epilepsias simples, sobre todo en los primeros ataques y cuando siguen un curso muy agudo.

*Pronóstico.*—El pronóstico es muy grave, pues sucumbe mas de la mitad de los pacientes afectados de los accidentes cerebrales que acabo de describir. El pronóstico será reservado, aun en los casos que en apariencia sean mas benig-

nos, pues la marcha que siguen es muy insidiosa, y á síntomas muy leves suceden á veces de repente los fenómenos mas terribles. El pronóstico variará igualmente segun la naturaleza de los trastornos que se presenten. Aunque muy graves, en general, la forma delirante y comatosa, parece que ofrecen, especialmente la primera, menos peligro que la convulsiva. El pronóstico será mas favorable cuando hayan trascurrido muchos dias desde la invasion de los accidentes cerebrales sea cual fuere su forma : asi, es raro que sobrevenga la muerte, cuando la afeccion se ha prolongado hasta el sesto ó séptimo dia, pues en la mayor parte de los casos, sucumben los enfermos en los dos ó tres primeros dias, y aun en las primeras horas que siguen á la invasion de la enfermedad.

Hay un fenómeno, cuya presencia indica siempre un peligro muy cercano, una muerte casi cierta: tal es la rigidez del cuello, un grado de epistotonos que puede persistir despues de los ataques convulsivos, y que he notado en cuatro pacientes que fallecieron. Tambien es síntoma de muy mal agüero la rigidez de un miembro ó de la mitad del cuerpo.

*Tratamiento.*—Todavía no están conformes los médicos en el tratamiento mas conveniente para combatir los accidentes cerebrales saturninos. Algunos han empleado la sangría; pero ademas de que la auptosia no manifiesta su utilidad, pues no hay inflamacion, ni aun congestion en los centros nerviosos, la esperiencia clínica ha demostrado, que casi siempre eran perjudiciales las evacuaciones sanguíneas, y ocasionaban la exacervacion de los accidentes : igual concepto nos merecen las aplicaciones frias en la cabeza. Muy dudosa es tambien la eficacia de los revulsivos cutáneos, como sinapismos y vejigatorios; sin embargo, me ha parecido, que en la forma comatosa podia ser útil la aplicacion de un gran vejigatorio á toda la cabeza rapada de antemano; y contribuir á sacar al enfermo del estado de aplanamiento en que se encuentra. Algunas veces han producido igual efecto las afusiones frías; sin embargo, en nuestro concepto, apenas convienen sino en la forma delirante y convulsiva. Stoll ha preconizado el ópio, que otros han desechado : está indicado no obstante en los maniáticos; basta, en efecto, muchas veces administrarles una pequeña lavativa con 16 ó 20 gotas de láudano de Sydenham, para calmarlos, y procurarles un sueño tranquilo que les sirve de tanto, que muchos, al dispertarse están en su sano juicio. No conviene el ópio, ni en la forma comatosa ni aun en la convulsiva; no se han realizado, por desgracia, las esperanzas que sobre este medicamento alimentamos en nuestro primer trabajo : igual resultado han tenido el sulfato de quinina administrado á alta dosis, y los anti-espasmódicos (éter, valeriana, asafétida), que han sido siempre inútiles contra los accidentes convulsivos. Muchos prácticos aconsejan combatir los síntomas cerebrales con el tratamiento de la Caridad; pero la esperiencia ha comprobado que es ineficaz cuando existen solo los síntomas cerebrales, y que cuando á los trastornos nerviosos acompaña el cólico saturnino, su utilidad es muy dudosa. Vemos, pues, que son muy limitados los recursos de la terapéutica, y que apenas podemos tener esperanza de salvar con ellos sino la mitad de los enfermos. M. Rayer, despues de haber deplorado con nosotros durante mucho tiempo la ineficacia de la terapéutica con respecto á estos accidentes, aconseja la espectacion. Este método ha producido maravillosos resultados, segun M. Tanquerel, pues de

treinta y cuatro enfermos, de los que en ocho se presentó la afeccion bajo la forma delirante, dos bajo la comatosa, y veinticuatro con la complicacion de las tres, uno solo pereció. Tal resultado debe llamar en lo sucesivo la atencion de los médicos, y obligarles á ensayar el método aconsejado por el hábil y entendido médico del hospital de la Caridad. Diremos, no obstante, que nosotros le hemos usado en cinco ó seis enfermos, y que todos han muerto en muy poco tiempo.

## DE LAS PARÁLISIS SATURNINAS.

El plomo, despues de absorbido, suele determinar parálisis mas ó menos estensas, que afectan la motilidad, y mas rara vez la sensibilidad.

*Historia.*—Desde la mas remota antigüedad se ha hecho mencion de ciertos cólicos, que ocasionaban parálisis de los miembros; pero hasta mediados del siglo XVIII no hubo algunos datos exactos acerca de la causa y forma de estas parálisis, merced á los trabajos de Astruc y de Haën. Muchos autores los indicaron despues al hablar de las enfermedades saturninas; pero el primero que los describió exactamente, fue M. Tanquerel-Desplanches, primero en su tésis, y despues en su libro : justo es hacerle justicia, manifestando que su capítulo de la parálisis es casi el único en que el autor ha espuesto con estension ideas originales. De su obra tomamos la mayor parte de las observaciones que vamos á esponer.

*Anatomía patológica.*—En los que mueren durante el curso de una parálisis saturnina, no se encuentra en el sistema ganglionar, ni en los centros nerviosos, ninguna lesion apreciable. Si dura mucho la afeccion, se hallan en las partes afectadas lesiones dependientes de la larga inmovilidad y de la inercia de la nutricion; los músculos pierden su lozanía y coloracion, y á menudo se atrofian; el calibre de los vasos disminuye, y lo mismo sucede algunas veces con el volúmen de los cordones nerviosos.

*Circunstancias en que sobreviene la parálisis.*—La parálisis sobreviene en las mismas circunstancias que las demás enfermedades saturninas; solo difiere de estas, en que muy rara vez es primitiva, y que siempre es consecuencia de alguna otra forma de envenenamiento saturnino, en particular del cólico, ora exista este todavía, ora acabe de desaparecer cuando sobreviene la parálisis, ora haya esperimentado el enfermo uno ó muchos ataques en época mas ó menos lejana. En general, solo se declara la parálisis en los sugetos que há tiempo se hallan espuestos á la maléfica influencia del plomo. Tan frecuentes son las parálisis en los cólicos violentos como en los leves (Tanquerel) ; pero está demostrado que ciertos tratamientos, y especialmente el ácido sulfúrico y los antiflogísticos, hacen mucho mas comun este accidente.

En la mayor parte de los casos, preceden á la parálisis, y por decirlo asi, constituyen sus prodromos los síntomas cerebrales, los dolores neurálgicos, y principalmente el cólico. Casi siempre se anuncia la parálisis por lasitudes, sensacion de frio, pesadez, entorpecimiento, y lentitud de movimientos en las partes amenazadas. Por la escitacion que ocasiona el andar, pueden desaparecer momentáneamente estos accidentes; pero generalmente persisten y constituyen el primer grado de la parálisis.

*Síntomas.*—Rara vez es completa y general la parálisis : por lo comun se

circunscribe á un sistema de músculos, y puede tambien limitarse á uno solo, ó á un haz de sus fibras. Ataca á los miembros superiores cinco ó seis veces mas á menudo que á los inferiores, y no es raro que esten simultáneamente afectas dos los cuatro miembros. Casi siempre la parálisis se fija en los músculos estensores, pero muchas veces afecta tambien á los que concurren á la articulacio- de la voz. A los enfermos que aun pueden estar en posicion vertical, les tiemblan las piernas; sus movimientos son inciertos; hay alguna flexion en las piernas y muslos, por la parálisis que afecta á los músculos de la parte anterior (los estensores); si la parálisis es completa, están colgando los miembros superioren á lo largo del tronco; pero por lo comun apenas afecta aquella sino á los músculos estensores del carpo, meta-carpo y dedos, en cuyo caso están dobladas estas partes; los enfermos no pueden coger ningun objeto, y sin embargo conservan los movimientos del hombro y brazo. Generalmente se nota temblor en los labios; parece que hay dificultad en los movimientos de la lengua; hablan con dificultad, y á veces hay tartamudez, y puede haber afonía si la parálisis afecta los músculos de la laringe; pero este accidente es raro. Lo mismo sucede con la parálisis de los músculos intercostales, que cuando existe, ocasiona bien pronto la muerte por asfixia. Casi siempre la sensibilidad permanece en su estado normal en los miembros paralizados; pero en muy cerca de una vigésima parte de enfermos queda abolida en las partes privadas de movimiento. Esta insensibilidad puede limitarse solo á la piel, ó estenderse al mismo tiempo á las partes profundas. En las parálisis saturninas ciertos músculos pierden parcial ó totalmente la facultad de contraerse bajo la influencia del galvanismo, al paso que sucede lo contrario respecto de los demás músculos; este punto interesante ha sido tomado perfectamente en consideracion por el doctor Duchesne. Los músculos que han perdido su irritabilidad galvánica, son los únicos que en realidad han sufrido la accion del veneno, ó por lo menos los que lo esperimentan en mas alto grado; pues son los que se presentan atrofiados y cuya lesion resiste por mas tiempo á la influencia de los diferentes agentes terapéuticos á que se recurre para combatirlos.

En efecto, cuando la parálisis se ha hecho completa y persiste mucho tiempo, se atrofian los músculos. Cuando la parálisis afecta un solo sistema de músculos se atrofian solo estos: lo cual presenta un contraste notable con lo abultado de los otros músculos de las mismas partes que no están paralizados. Estos, constituyendo en ciertas regiones del cuerpo, por ejemplo en la muñeca, una violenta flexion, y tirando de ellas, pueden producir la dislocacion de los tendones y aun de los huesos del carpo.

Cuando es muy estensa la parálisis saturnina, pierde vigor la nutricion general, se enflaquecen y demacran los enfermos, se alteran las digestiones, infíltranse los miembros, fórmanse úlceras en las partes que sufren la presion del cuerpo durante el decúbito, y al fin sobreviene la muerte en el marasmo ó á consecuencia de alguna complicacion accidental.

*Curso, duracion y terminaciones.*—El curso de la parálisis generalmente es lento y progresivo. Cuando afecta las cuatro estremidades, comunmente empieza por las inferiores; estas son tambien las primeras que recobran el movimiento cuando la terminacion es satisfactoria. Cuando afecta las estremidades inferiores, se estiende por lo regular de arriba abajo, es decir, empieza por el muslo,

sigue luego á la pierna, y despues al pié: igual marcha sigue la curacion. En la parálisis completa de los miembros superiores, cuando esta cesa, recobran el movimiento primero los flexores, luego los pronadores y supinadores, y tras estos los estensores, aun cuando estos últimos son generalmente los primeros que se afectaron (Tanquerel).

La duracion de la parálisis es indeterminada : puede desaparecer al cabo de algunos dias, ó persistir años enteros, y aun ser tan duradera como la vida. La curacion puede ser completa é incompleta : en este último caso se nota que se aumenta la parálisis á cada nuevo cólico.

*Variedad.*—Ya dije anteriormente que alguna vez la parálisis solo afectaba la sensibilidad de ciertas partes del cuerpo : forma de la enfermedad de cuyo estudio se ha ocupado especialmente Tanquerel-Desplanches, bajo el nombre de *anestesia saturnina.* Puede, como hemos dicho, afectar las partes profundas, ó ceñirse solo á la piel. Esta última forma es la mas notable, y puede ser completa ó incompleta. Los enfermos pierden algunas veces completamente la sensibilidad táctil; en otros esta facultad se conserva ó está un poco obtusa, en tanto que se muestran absolutamente insensibles al dolor. La anastesia se declara por lo comun repentinamente; unas veces es fija y permanente, otras móvil, y entonces rara vez se prolonga mas de cinco á quince dias. Fíjase en los miembros y el tronco, y coincide casi siempre con alguna otra enfermedad saturnina, de la que es consecuencia. Segun la mayor parte de los autores, la anastesia es un accidente raro en la intoxicacion saturnina. Mr Beau, por el contrario la señala como constante, ya esté abolida la sensibilidad táctil, ya persista, siempre que los enfermos se hayan hecho analgésicos, esto es, insensibles al dolor. (*Archives de* 1848). Este hecho es verdadero, pero se ha exagerado su frecuencia.

La parálisis puede afectar tambien algun órgano de nuestros sentidos. Se ha dicho que se ha observado una sordera saturnina; pero este hecho es sumamente raro, al paso que la parálisis de la retina es bastante comun. Esta se declara regularmente sin prodromo alguno, y afecta los dos ojos. Puede ser completa é incompleta : la conjuntiva nunca se afecta; el fondo del ojo está negro; la pupila, generalmente regular, es contractil. Muchas veces la amaurosis precede á los síntomas cerebrales; otras se desarrolla tras estos, ó es consecuencia del cólico. Su marcha es rápida : su duracion media es de cuatro á cinco dias, y muy rara vez persiste un mes : hasta ahora solo se conoce un caso en que fue incurable la enfermedad; este caso ha sido descrito por el doctor Duplay, en un escelente trabajo sobre la amaurosis saturnina, publicado en los *Archives de* 1834.

*Diagnóstico.*—Casi siempre es muy fácil el diagnóstico de la parálisis saturnina : los accidentes que la precedieron, el fijarse en ciertas partes del sistema muscular, y principalmente en los músculos estensores, el no presentarse síntomas que caractericen una lesion orgánica de la médula ó del cerebro, y la proesion del enfermo, no dejan la menor duda acerca de la naturaleza de la enfermedad.

*Pronóstico.*—La parálisis es uno de los accidentes mas graves en el envenenamiento saturnino, pues con frecuencia es incurable. El pronóstico es tanto mas grave, cuanto mas completa y antigua sea la parálisis, cuanto mas lento haya sido su desarrollo y mas débil se halle el paciente. La parálisis de los músculos respiratorios es la mas grave, pues pone inmediatamente en peligro la vida.

*Tratamiento.*—El tratamiento de la Caridad, que algunos han preconizado para la parálisis, solo es adaptable cuando á esta acompaña el cólico; pero cuando no sucede asi, es inútil, y aun dañoso, pues debilita á los pacientes. Cuando se ha alterado la constitucion, debe empezarse reanimando la nutricion con alimentos suculentos, vino generoso y las preparaciones de quina y de hierro. Empléanse al esterior fricciones aromálicas y escitantes, los chorros en la columna vertebral y en las partes paralizadas, baños de mar, y baños sulfurosos y ferruginosos, naturales ó artificiales. Se han aconsejado los rubefacientes y vejigatorios en las partes afectadas, y sobre el trayecto de los principales troncos nerviosos. El medicamento que tal vez ha producido ventajas mas ciertas y mayores, es la estricnina, aconsejada antes que por otro alguno por M. Fouquier. Este precioso medicamento se administrará al interior empezando por una octava ó quinta parte de grano; luego auméntase gradualmente la dosis hasta que produce movimientos espasmódicos en los músculos paralizados; es muy raro que la dosis pase de dos granos. Puede usarse tambien la estricnina por el método endérmico: despues de aplicado un vejigatorio sobre las partes paralizadas, se coloca en su superficie la estricnina, empezando á la dosis de un quinto de grano, y se aumenta hasta uno ó dos granos, segun los resultados que se obtengan. Pueden administrarse simultáneamente estos dos medios, ó bien uno despues de otro; por último, un medio no menos eficaz que el anterior, es la electricidad, y sobre todo la electro-punctura. Este tratamiento es igualmente útil para la parálisis del movimiento y para la de la sensibilidad. La amaurosis desaparece casi siempre espontáneamente; sin embargo, por poco rebelde que sea, se emplearán vejigatorios ambulantes en las sienes y la frente, la estricnina y la electropuntura, dirigiendo las corrientes sobre el nervio frontal.

*Naturaleza.*—Propiamente hablando, la parálisis saturnina es una afeccion esencial, pues en la autopsia no se encuentra lesion apreciable en los sistemas cerebro-espinal y ganglionario. Ignoramos, pues, la modificacion que esperimentan tales órganos. Sea como quiera, es preciso admitir que la parálisis resulta de una accion directa que ejerce el plomo sobre el sistema nervioso, mas bien que considerarla de acuerdo con muchos médicos, como un efecto simpático del cólico, pues este suele faltar existiendo aquella: la parálisis solo se declara á la declinacion del cólico ó cuando ya ha cesado, en fin, hemos dicho que no existia correlacion alguna entre la intensidad del cólico y la frecuencia de la parálisis.

## MÉTODO PRESERVATIVO DE LAS ENFERMEDADES SATURNINAS.

Creemos que es posible disminuir la frecuencia de los graves accidentes que afectan con tanta frecuencia á los sugetos espuestos á la accion deletérea del plomo. Para obtener este feliz resultado es necesario que en la fabricacion y el uso de las diferentes preparaciones de plomo, se observen las siguientes reglas: 1.ª usar procedimientos tales, que difundan en la atmósfera la menor cantidad posible de partículas metálicas; 2.ª que frecuentemente pueda renovarse la atmósfera; 3.ª que se empleen medios mecánicos que permitan á los trabajadores respirar, sin que pueda penetrar el agente tóxico en la economía.

1.° *Procedimientos para que se difunda la menor cantidad posible de partículas metálicas en la atmósfera.*—Debe suprimirse, como ya lo consigné en mi tesis, en los talleres de albayalde la operacion de escogerlo; se separará, pues, el carbonato de las planchas de plomo á que se adhiere, por medio de un cilindro acanalado, que se encierra en una caja de madera, herméticamente cerrada. Las muelas secas ó húmedas y los molinos y cernederos deben aislarse del mismo modo; por último, siempre que se pueda se trabajará el albayalde en contacto con el agua ó el aceite, esto es, por la vía húmeda. La mayor parte de estas precauciones son igualmente aplicables á la preparacion del minio, y puede disminuirse considerablemente por medio de su observancia, el número de las enfermedades saturninas, como se ha visto en muchas fábricas de París y Lila, despues de haber introducido en ellas estas mejoras.

Por lo que respecta á los pintores, es preciso aconsejarles que nunca calienten las habitaciones en donde trabajan, y que dejen las mas veces posible abiertas las ventanas; no obstante, hay algunos trabajos que los esponen mucho, y que reclaman ciertas reformas: tal es especialmente la operacion de rascar las pinturas antiguas, la cual hace respirar al pintor una atmósfera de polvo perjudicial á la salud.

2.° *Renovar la atmósfera.*—Para que el aire purifique los sitios en que hay emanaciones saturninas, deben ser los talleres espaciosos y bien ventilados, practicando en ellos numerosas aberturas, para establecer corrientes de aire que arrastren instantáneamente el polvo y los vapores que se desprenden. En mi tesis cité hechos que prueban esta necesidad, en los talleres de albayalde. En las minas de plomo y en las fábricas de minio y litargirio, se establecerá mas particularmente la ventilacion á beneficio de hornos y tubos ventiladores, y sobre todo con las chimeneas de Darcet.

3.° *Medios que se oponen á que penetren las moléculas saturninas en los pulmones y el estómago.* Los medios mecánicos á propósito para evitar que el operario respire el polvo saturnino, consisten en la aplicacion del aparato de Paulin, ó bien en colocar en la boca y en las aberturas de las narices unas esponjas empapadas en agua acidulada con el ácido sulfúrico. Hay ademas diferentes reglas higiénicas cuya prescripcion no debe olvidar el trabajador: prohibicion absoluta de guisar y comer en el taller; no debe trabajar en ayunas; por la tarde y mañana, y antes de cada comida no olvidará el lavarse cara y manos y enjugarse la boca; debe destinar una blusa para solo el taller; se prescribe tambien un baño jabonoso todas las semanas; debe comer bien, pero sin cometer exceso alguno; hará algo de ejercicio al aire libre, y si enflaquece y se pone pálido deberá abandonar el taller y buscar otra ocupacion; y aun seria conveniente, como se practica en muchas provincias, que estos operarios se entregasen por espacio de algunos meses á las faenas agrícolas.

No debemos tener confianza alguna en los medios preservativos empleados por algunos médicos, tales como el tabaco, aconsejado por Henckel y Hoffmann, y la limonada sulfúrica propuesta por M. Gendrin. Ya probé en mi tesis, que tal bebida, lejos de preservar del cólico, parece, por el contrario, que predispone rápidamente á él.

Aunque estos preservativos son eficaces, es muy difícil que eviten por completo el desarrollo de las enfermedades saturninas. La principal mira debe ser

disminuir el número de trabajadores, y en cuanto sea dable, sustituir á los preparados del plomo otras preparaciones. La aplicacion de las máquinas de vapor para la fabricacion del albayalde, disminuye el número de brazos, al mismo tiempo que es un medio económico. Tambien se ha probado reemplazar en la pintura al óleo el carbonato de plomo con el carbonato y el óxido de zinc, ó con el óxido de antimonio (flores argentinas). El óxido de zinc, preconizado por Guyton de Morveau en el siglo pasado, y luego casi al punto olvidado, fue puesto en uso por un pintor de edificios, M. Leclaire, cuyos procedimientos merecieron ser premiados por la Academia de las ciencias y por la Sociedad de estímulo. Actualmente está fuera de toda duda que la fabricacion en grande del óxido de zinc y su uso en las artes, no presentan ningun inconveniente de consideracion; y de esto me he convencido en una visita que hice á la fábrica de Asnieres y otros diferentes talleres de elaboracion de colores. Sin descender aquí á consideraciones agenas á mi propósito, debo añadir que, en mi opinion, la sustitucion del zinc al plomo presenta, bajo el punto de vista artístico, muchas ventajas; por consiguiente, nada deberia oponerse ya á que el óxido de zinc fuese generalmente empleado en las artes: solo la rutina, algunas preocupaciones, y tal vez ciertos intereses, se oponen todavía á la realizacion de este progreso. No obstante, el gobierno debiera hacer que se introdujese tan recomendable mejora, pues bastaria para ello que en los trabajos de todos los grandes establecimientos públicos, se impusiese por condicion á los contratistas la sustitucion del blanco de plomo por el blanco de zinc. Esta práctica hallaria pronto muchos imitadores entre los dueños de fábricas particulares.

Sean, sin embargo, cuales fueren las precauciones que se adopten, como nunca se conseguirá preservar por completo de la perniciosa accion del plomo á los trabajadores del albayalde y minio, quisiera que en virtud de una alta medida de salubridad pública, el gobierno no permitiese la fabricacion de estos productos sino en lo interior de los presidios. Es, en efecto, doloroso ver diariamente á hombres jóvenes y robustos, como los soldados recien licenciados y muchos individuos de todas las clases, que, por falta de ocupacion, van impelidos por la necesidad, á trabajar por un mezquino salario en las manufacturas de plomo, donde muchos sucumben, y, lo que no es menos triste, otros muchos contraen enfermedades incurables que les privan para siempre de poder procurarse el sustento. Si las artes no pueden prescindir del albayalde y el minio; si la ciencia es impotente para preservar por completo á la humanidad de las emanaciones perniciosas que se desprenden en la fabricacion de estos productos, y si por desgracia debe haber víctimas; ¿no es preferible que estas pertenezcan al número de los seres degradados, arrojados de la sociedad por la justicia, que al de los individuos mas útiles de la clase obrera?

## ENVENENAMIENTO POR EL MERCURIO Y SUS PREPARADOS.

Los preparados mercuriales, lo mismo que los saturninos, producen dos especies de efectos tóxicos: unos, muy agudos, se desarrollan á consecuencia de la introduccion repentina en la economía de una gran cantidad de sustancia deletérea; los otros, que se desarrollan lentamente, son producidos por las ema-

naciones metálicas ó por la administrscion de los mercuriales á dósis fraccionadas: tales son la *hydrargiria*, el *temblor mercurial*, la *caquexia mercurial* y *el tialismo*.

## ENVENEMAMIENTO POR LOS PREPARADOS MERCURIALES, Y PRINCIPALMENTE POR EL DEUTOCLORURO.

*Caracteres anatómicos.*—El deuto-cloruro de mercurio es uno de los venenos irritantes mas enérgicos del reino inorgánico. Cuando se pone en contacto con el tubo digestivo, este se presenta enrogecido, inflamado, equimosado y algunas veces superficialmente ulcerado; los pulmomes están muy á menudo inflamados, y el corazon sembrado de manchas negras equimóticas.

*Síntomas.*—Una alta dosis de sublimado desarrolla los siguientes síntomas: sabor acre y estíptico; sensacion de constriccion en la garganta; dolor dislacerante en las partes con que se ha puesto en contacto el veneno (boca, faringe, esófago, estómago é intestino); hay náuseas, vómitos mucosos, sanguinolentos, y abundante diarrea; los enfermos se hallan abatidos; los latidos del corazon son lentos, profundos y casi insensibles; el pulso pequeño y filiforme; la respiracion débil; la piel fria; la postracion estrema, y sobrevienen síncopes y alguna vez convulsiones. En la mayor parte de los pacientes la piel se hace insensible; la secrecion de la orina se disminuye ó suspende; no es raro que haya erecciones dolorosas; desde el primero ó segundo dia se desarrolla un abundante tialismo; y al cuarto dia la muerte pone fin á tales padecimientos. Hasta el último momento la mayor parte de los pacientes conservan íntegras sus facultades intelectuales; otros sucumben en un estado comatoso. El sublimado, pues, ejerce una doble accion: la primera es local, y la segunda general y consecutiva á su absorcion.

*Tratamiento.*—Orfila dice que la primera indicacion que se debe satisfacer en este envenenamiento, es administrar muchos vasos de agua en la que se hayan desleido huevos (12 ó 15 huevos en dos cuartillos de agua). Cuando falta tal bebida, se administra al paciente con exceso, agua de linaza, agua de arroz y aun agua pura; la albúmina descompone el sublimado y obra como vomitivo. No ha mucho que M. Mialhe ha propuesto como antídoto el proto-sulfuro de hierro hidratado, cuerpo inerte, pero que goza la facultad de descomponer instantáneamente el sublimado, formando un cloruro de hierro y un bi-sulfuro de mercurio, sustancias que son enteramente inofensivas. M. Bouchardat aconseja ademas el hierro reducido por el hidrógeno, ó una mezcla de dos partes de hierro porfirizado y una de zinc. Por último, M. Poumet ha aconsejado el proto-cloruro de estaño á dosis doble de la del veneno; pero Orfila ha probado en un trabajo leido en 1847 á la Academia de medicina, que este antídoto no tenia eficacia alguna, y que su uso podia llegar á ser hasta peligroso.

Ejerciendo una accion igual á la del sublimado, el nitrato de mercurio, los bromuro, ioduro, protóxido, y deutóxido de mercurio, se combatirán sus efectos por los mismos medios. El cianuro de mercurio difiere algo de las sustancias mencionadas, en que solo ejerce una accion local poco irritante, al paso que predominan los síntomas generales anteriormente descritos. En el envene-

namiento por esta última sustancia no tiene eficacia alguna el agua albuminosa. Se excitará el vómito por medio de la titilacion de la campanilla; se administrará en abundancia al paciente agua caliente, y se combatirán los accidentes inflamatorios. En el envenenamiento por el cianuro, están contra indicados el proto-sulfuro de hierro hidratado y el hierro reducido por el hidrógeno, porque se formaria el ácido cianhídrico, mas deletéreo que el cianuro de mercurio.

### EFECTOS TOXICOS DE LOS VAPORES MERCURIALES, DEL MERCURIO IMPERCEPTIBLEMENTE DIVIDIDO, Y DE SUS PRINCIPALES PREPARADOS Á DOSIS FRACCIONADAS.

De cuatro especies son los accidentes que se desarrollan á consecuencia de la absorcion é introduccion del mercurio y sus preparados en la economía: la estomatitis mercurial, la hidrargiria, el temblor y la caquexia mercurial. Ya hemos hecho mencion de la estomatitis (tom. I. p. 227.) y solo nos ocuparemos de las tres restantes.

#### DE LA HIDRARGIRIA.

La hidrargiria es una especie de eczema que se desarrolla á consecuencia del uso interior ó exterior del mercurio, caracterizada por una erupcion de vesículas que aparecen sobre manchas rojas de mas ó menos estension. Esta afeccion es muy rara en Francia, y mas comun en Inglaterra, en donde ha sido descrita con bastante exactitud por Alley, que admite tres variedades, que ha designado con los nombres de *hydrargirya mitis*, *febrilis* y *maligna*.

*Síntomas.*—A primera vista la hidrargiria *mitis* parece que solo consiste en una ligera eflorescencia rosácea; pero colocando una de las partes afectas al trasluz y mirando muy de cerca, ó mejor aun con un lente, se distingue una erupcion de vesículas muy pequeñas trasparantes, á las que precede una viva sensacion de calor y escozor; esta erupcion generalmente aparece en la parte interna y superior de los muslos, en el escroto, en las ingles, en la parte inferior del abdómen, y tambien, aunque muy rara vez, en toda la superficie cutánea. La eflorescencia se pone pálida y desaparece despues; unas veces hay descamacion de la epidermis, y otras no. Si se continúa el uso del mercurio, preceden á la hidrargiria malestar y escalofríos; sobreviene calentura; y á la erupcion acompaña comezon y calor en la piel, cuya superficie está áspera al tacto. En los dos primeros dias tiene mucha semejanza la hidrargiria febril con el sarampion. Bien pronto se unen las manchas aisladas y forman chapas de diferente configuracion y tamaño; las vesículas adquieren el volúmen de una cabeza de alfiler; al cuarto dia empieza la descamacion, á la que precede un dolor de garganta, que parece ser causa de la caida del epitelium, del velo del paladar y de la faringe. La epidermis puede esfoliarse una vez tras otra, cuando se persevera en la administracion del mercurio despues de aparecer la enfermedad. En tal caso es cuando aparecen accidentes mas graves, que constituyen la hidrargeria *maligna*. Se aumenta considerablemente el calor de la piel (42° centigrados); hay dolor en la garganta y las amígdalas; la erupcion tiene un color rojo óscuro ó purpúreo; hay tumefaccion en la cara: las facciones se desfiguran estraordinariamente, y los párpados se hinchan hasta el punto de cu-

brir del todo el globo del ojo; las vesículas mayores y mas numerosas suministran un humor cuyo olor es desagradable y fétido, que se ha comparado al que se desprende del pescado en putrefaccion. La descamacion se verifica al octavo ó décimo dia, es decir que es mas tardía que en las dos formas precedentes; las manchas son anchas, y lo mismo que en la escarlatina, la epidermis de la mano puede desprenderse casi por entero, como un guante; fórmanse luego densas incrustaciones que se desprenden en figura de láminas amarillas; tras una nueva emanacion de serosidad, fórmase otra incrustacion, y cada nueva descamacion descubre una superficie menos rubicunda. Por último, cesa la exudacion y aparece la epidermis natural; pero la piel por largo tiempo puede permanecer áspera y escamosa, y puede llegar el caso de que se desprendan las uñas. El pulso en esta forma está lleno y duro; la fatiga es grande; hay opresion, disnea, tos que agota las fuerzas, y dolores en la region pectoral y la garganta; tambien hay mucha debilidad, postracion estrema y diversos accidentes nerviosos: algunos enfermos sucumben. Alley, que en 1810 publicó en Inglaterra algunas observaciones acerca de la hidrargiria, perdió, probablemente á consecuencia de alguna complicacion, ocho enfermos, entre cuarenta y tres.

La hidrargiria solo puede confundirse con el eczema agudo; pero difiere de él en que la erupcion es mas general, y va acompañada de inflamacion de la boca y garganta; en que el líquido de las vesículas exhala un olor fétido, y la descamacion se verifica del cuarto al octavo dia.

Esta enfermedad, que generalmente no es peligrosa, reconoce siempre por causa el uso del mercurio. El tratamiento consiste en suspender el uso de tal medicamento, emplear lociones frescas, baños tibios, algunos purgantes y bebidas acídulas. El opio es útil para calmar los dolores; algunas veces, aunque muy raras, deben emplearse los tónicos y las sangrías, para satisfacer indicaciones especiales.

## DEL TEMBLOR MERCURIAL.

Los que trabajan en las minas del mercurio padecen con frecuencia un temblor particular de los miembros; afeccion que por la primera vez describió Merat hace cuarenta años, en su *Traité de la colique métallique.*

*Síntomas y curso.*—Muy rara vez ataca la enfermedad de una manera brusca, pues casi siempre se anuncia progresivamente; el trabajador nota que los brazos han perdido su fuerza y seguridad acostumbradas; vacila, y tras algun estremecimiento se presenta el temblor (Merat). Igual marcha se advierte en las extremidades inferiores; y llega á tal punto el temblor, que se hace imposible cualquier trabajo mecánico. Casi todos los pacientes afectos de esta enfermedad presentan un color pálido, están lánguidos y tienen las carnes flojas; su voz suele ser trémula y balbuciente, como si los músculos de la lengua participasen de igual fenómeno que los de las extremidades. Estas se agitan involuntariamente con pequeños sacudimientos iguales á los que se observan en muchos viejos, á consecuencia de los progresos de la edad; la progresion es vacilante, incierta, y á veces solo es posible apoyándose en un cuerpo sólido; aféctanse mas á menudo los miembros superiores que los inferiores, y la enfer-

medad siempre se presenta primero en ellos. Cuando el temblor es intenso, no puede el paciente por sí solo llevar á la boca ningun líquido sin derramarlo, ni tampoco ningun alimento sólido, á causa de la dificultad que esperimenta para dirigirlo bien (Merat); asi es que muchos de estos desgraciados se ven precisados á tomar su alimento con la boca, á manera de los cuadrúpedos, cuando no tienen quien les dé de comer. Sin embargo, es muy raro que la enfermedad llegue á este grado.

De un dia á otro ofrece el temblor mercurial muchas variaciones. Su marcha es lenta; es raro que su duracion sea menos de dos meses; en muchos casos hay mejoría, pero sin que desaparezca. Cuando los pacientes se esponen de nuevo á la influencia deletérea, frecuentemente hay recidivas. Creo que no hay ejemplo de que el temblor mercurial haya por sí mismo ocasionado la muerte.

*Diagnóstico.*—La única afeccion con que puede confundirse el temblor mercurial es la corea; pero mas adelante veremos cuán fácil es distinguirlas. Atendiendo á la edad, á la profesion que ejercen los pacientes, y á los prodromos, es muy fácil distinguir el temblor metálico del temblor senil.

*Pronóstico.*—El temblor mercurial es grave por su rebeldía, y por ser muy frecuentemente incurable.

*Etiología.*—Es sumamente raro que sobrevenga el temblor en el curso de un tratamiento mercurial, y aun la mayor parte de los autores dudan que este accidente se presente alguna vez en los casos de que hablo. Sin embargo los hechos citados por M. Colson demuestran del modo mas terminante que puede sobrevenir el temblor cuando se usa el mercurio como medicamento, especialmente cuando se administra en fricciones: No obstante, casi nunca se declara sino en sugetos que habitualmente están espuestos á la accion del metal muy dividido, ya sea por el calor, ya por la trituracion; asi es que es muy frecuente la enfermedad entre los doradores, plateadores, los que azogan los espejos, los constructores de barómetros, etc. La enfermedad parece ser mas comun en invierno que en verano, porque en aquella estacion se emplean medios que, libertando de la crudeza del tiempo, impiden la frecuente renovacion del aire, y la consiguiente espulsion de los vapores metálicos. Predisponen á sentir los efectos del mercurio, las emociones morales, los disgustos y los escesos.

*Tratamiento.*—Puede curarse el temblor mercurial espontáneamente con solo remover la causa; pero esto es raro. El único tratamiento cuya utilidad ha demostrado la esperiencia, consiste en el uso de los sudoríficos, tales como los polvos de Dower, los cocimientos de china, de zarzaparrilla y guayaco edulcorados con el jarabe de Cuisinier, y á los cuales se añade media ó una onza de acetato de amoniaco por jarro de cocimiento. Tambien son muy eficaces los baños calientes, y principalmente los de vapor. Debe seguirse con perseverancia este tratamiento. Se ignora cómo obran los sudoríficos para curar la enfermedad; algunos creen que espelen el mercurio por la traspiracion; pero nada prueba en la actualidad que este sea realmente su modo de accion. Pueden precaverse los funestos efectos de los vapores mercuriales, ó á lo menos hacerlos menos frecuentes, siendo los talleres espaciosos y bien ventilados, ó haciendo uso de los hornos ventiladores.

## DE LA CAQUEXIA MERCURIAL.

Los que se someten durante algun tiempo á la accion de los mercuriales, por su profesion ó por un estado patológico que desean curar, pueden adquirir una especial caquexia, que hace mucho tiempo ha llamado la atencion de los médicos, y sobre la que MM. Trousseau y Pidoux han publicado algunas importantes observaciones en su *Traité de Thérapeutique*.

Los sugetos de que hablo empiezan por padecer; tienen las carnes flojas y todas las funciones lánguidas; la cara se abotaga; las encías se hinchan, dan sangre y se desorganizan; los dientes, removidos, se caen sin cariarse ó bien despues de dañados; los maxilares se carian y alguna vez se necrosan. La sangre que dan las venas, es blanda, difluente y tiene menos fibrina, lo que esplica la tendencia que entonces se esperimenta á las hemorragias pasivas; estas se verifican principalmente por la boca, en el espesor de la piel, ó en la superficie de las soluciones de continuidad. En tal estado se infiltran las piernas, sobrevienen palpitaciones, anhelacion y síncopes; hay inapetencia, dificultad en las digestiones, y la diarrea, que bien pronto aparece, aumenta la debilidad de los enfermos, que presentan ademas muchas veces un aparato febril acompañado de gran depresion del pulso. Tambien se observan algunas alteraciones en los centros nerviosos; asi es que, á mas del temblor ya mencionado, se notan estupidez y torpeza en las facultades intelectuales; en algunos hay un delirio maniático con alucinaciones, y algunas veces, aunque raras, se declaran accidentes convulsivos.

Cuando la caquexia mercurial es debida á un tratamiento hidrargírico activo, se desarrolla ordinariamente en muy pocos dias. Su desarrollo es, por el contrario, muy lento, cuando se verifica en las mismas condiciones que determinan el temblor metálico. Alguna vez la caquexia mercurial puede ser causa de la muerte, y generalmente es una afeccion muy rebelde. Casi es inútil advertir que la absorcion es la causa de la eficacia tan deletérea que tiene el mercurio sobre los líquidos y sólidos. Se ha encontrado en efecto muchas veces el mercurio libre en las mallas de nuestros tejidos. MM. Colson, Velpeau y Girardin han visto algunos hechos de este género.

Debe combatirse la caquexia mercurial con un tratamiento analéptico, corroborante. Se dará la preferencia al hierro sobre las preparaciones de oro, preconizadas en tales casos por Dietrich. Se administrarán las bebidas amargas, la quina y una alimentacion sustanciosa, y se colocará á los enfermos, bajo el punto de vista de la habitacion, los vestidos, etc., en las mejores condiciones higiénicas posibles.

El delirio agudo, debido á la influencia de una intoxicacion mercurial, se combatirá á beneficio del opio, como diremos al hablar del *delirium tremens*.

## DE LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL VIDRIO Y EL ESMALTE EN POLVO.

Algunos han dudado de los peligros que ofrece la ingestion del vidrio en el estómago, y otros los han exagerado; pero es indudable que los pequeños pe-

dazos de vidrio pueden herir las paredes del tubo digestivo. La accion de esta sustancia es meramente mecánica y no tóxica; por esta razon solo hablaremos aquí de ella bajo el punto de vista del tratamiento.

Cuando seamos llamados para prestar auxilios á un sugeto que acaba de tragar trozos de vidrio, debemos procurar desde luego espelerlos por vómito. No obstante, como en las violentas contracciones que para el vómito sufre el estómago, es de temer que los pequeños fragmentos de vidrio se introduzcan en el espesor de las paredes de la víscera, debe empezarse por hacer tragar al paciente una gran cantidad de sustancias que envuelvan los cuerpos estraños, y faciliten su paso al través del esófago y de los intestinos. Para llenar tal objeto, se hará tomar, á ejemplo de Portal, una gran cantidad de miga de pan, de avichuelas, patatas ó coles.

## DE LOS VENENOS IRRITANTES VEGETALES.

Los venenos irritantes vegetales, entre los que mencionaremos la *jalapa*, la *brionia*, la *guta-gamba*, el *torvisco*, el *euforbio*, la *celidonia*, la *ruda* y la *creosota*, determinan cólicos, vómitos y diarrea; es decir, la mayor parte de los síntomas que desarrollan las sustancias minerales corrosivas.

Cuando se está en el caso de prestar auxilios á poco tiempo de la ingestion de estos venenos, lo primero que se hará es administrar gran cantidad de bebidas emolientes y albuminosas, y favorecer y aun escitar el vómito. Pero los síntomas de inflamacion que muy luego se desarrollan, exigen que se recurra al plan antiflogístico.

## DE LOS VENENOS IRRITANTES PERTENECIENTES AL REINO ANIMAL.

### *Del envenenamiento por las cantáridas.*

Las cantáridas pueden determinar fenómenos de envenenamiento mas ó menos graves tomadas enteras ó en polvo, á la dosis de 8 á 10 granos.

*Alteraciones cadavéricas.*—Cuando el veneno ha penetrado hasta los órganos digestivos, estos se presentan inflamados y equimosados, y alguna vez fluye de ellos un líquido sanguinolento; en las mucosidades y en las sustancias intestinales se notan pajitas de color verde ó amarillo dorado, cuyo reflejo es brillante, y que son los polvos de las cantáridas. Resulta de las observaciones del doctor Poumet, publicadas en su tesis de 1842, que despues de veinte y seis dias de la ingestion de las cantáridas, pueden reconocerse todavía en la superficie interna del estómago é intestinos, con los cuales parecen combinadas con tal que se tenga la precaucion de llenar de aire y secar estos órganos. Cualquiera que sea por lo demás, la vía de introduccion del veneno, se encuentra comunmente rubicundez y aun verdadera inflamacion, con falsas membranas de algunos de los órganos genito-urinarios. Alguna vez se ha presentado gangrenado el pene. (V. *Cistitis.*)

*Síntomas.*—Los que tragan cantáridas esperimentan un sabor acre, sed intensa, dolores vivos en el epigastrio al principio, y que se estienden luego á

todo el vientre, acompañados de vómitos y deyecciones alguna vez sanguinolentas. Muchos pacientes se quejan de una sensacion de calor en la vejiga y en el trayecto de la uretra; hay estranguria, y la orina, que sale gota á gota, muy frecuentemente es sanguinolenta, y está mezclada con pseudo-membranas mas ó menos voluminosas; en algunos casos, en fin, pero no siempre, como muchos creen, hay satiriasis, es decir viva escitacion de los órganos genitales y deseo contínuo del acto venéreo; pero la mayor parte solo tienen priapismo, esto es, una ereccion contínua, casi siempre dolorosa, y sin deseos venéreos. En la mayor parte de estos enfermos, el pulso se halla acelerado y el calor es ardiente. En unos hay sobre-escitacion, deliran ó esperimentan movimientos convulsivos y tetánicos; otros, al contrario, se hallan aplanados, aquéjanles lipotimias, síncopes y caen en un estado de coma.

*Tratamiento.*—Cuando el auxilio puede llegar poco tiempo despues de la ingestion del veneno, hay que procurar sin demora la espulsion de este por vómito que se determinará, ya por la titilacion de la campanilla, ya administrando una bebida abundante y nauseabunda; luego, con las sangrías, sanguijuelas, bebidas atemperantes, fomentos y baños emolientes, se combatirán los accidentes inflamatorios. Algunos accidentes requieren un tratamiento especial; asi es que la esperiencia enseña que el alcanfor, ya solo, ya unido al opio, y el administrado en píldoras y fricciones sobre el periné ó el hipogastrio, ó en lavativa, modera los síntomas de escitacion que se desarrollan en el aparato génito-urinario. Si sobreviene el colapso, se reanimará al paciente con cordiales y escitantes difusivos (vino, éter, amoniaco); pero creo que no es admisible la opinion de Giacomini y de la escuela contra-estimulista, que presentan tales agentes como la base del tratamiento, pues la razon y la esperiencia prueban que solo son eficaces en el caso especial que acabamos de mencionar.

## *Del envenenamiento por las almejas y otros mariscos.*

A veces las almejas desarrollan accidentes que, en general, mas bien dependen de la idiosincrasia del sugeto, que de la calidad del marisco. En tal caso solo se observan los síntomas ordinarios de una indigestion; y á menudo se siente comezon en la piel, acompañada unas veces y otras no, de la erupcion orticaria. Estos síntomas apenas se presentan por lo regular sino tres ó cuatro horas despues de la comida. No obstante, en algun caso las almejas determinan verdaderos síntomas de envenenamiento. En efecto, ademas del malestar, de la epigastralgia, la sofocacion, los vómitos, las deyecciones y la sed, los pacientes se presentan con postracion, las estremidades están frias; hay lipotimias y síncopes; el pulso es pequeño y frecuente, no obstante, estos accidentes rara vez son tan graves que puedan terminar por la muerte. Se ignora todavía la modificacion que en tales casos ha sufrido el marisco: unos creen en una alteracion pútrida del animal (Burrows); otros dicen que se habia alimentado ya de una sustancia deletérea, que llaman *grasa* (Lamouroux), ó de pequeñas estrellas de mar (Bremié, de Rondeau), ó que podia contener la almeja partículas de cobre, por haberse hallado pegada al casco de algun buque viejo, forrado en dicho metal (Bouchardat).

*Tratamiento.*—La primera indicacion que debe llenarse, es escitar el vómito administrando algun emético. Si las sustancias han llegado hasta los intestinos, se procurará su espulsion por medio de algunas lavativas, y aun por algun laxante suave, como el aceite de ricino. Se administrará alguna bebida ligeramente acídula, y se combatirán los accidentes nerviosos con el éter, el aguardiente, el rom y el café; despues se emplearán los medios mas adecuados para moderar la inflamacion consecutiva.

---

# SEGUNDO GÉNERO DE ENVENENAMIENTOS.

## DEL ENVENENAMIENTO POR LOS NARCÓTICOS, Y PRINCIPALMENTE POR EL OPIO.

Cuando se administran en altas dosis los medicamentos llamados *narcóticos*, determinan pesadez de cabeza, vértigos, sensacion de entorpecimiento, delirio mas ó menos marcado, náuseas y vómitos; y en un período mas avanzado se desarrolla un estado comatoso, apoplético, que precede á la muerte. Al conjunto de estos fenómenos se da el nombre de *narcotismo*. Las sustancias que mas frecuentemente desarrollan tal estado son: el *opio* y sus diferentes preparados, la *yerba mora*, la *lechuga virosa*, el *beleño* y la *belladona*. Todos estos medicamentos producen efectos análogos; por lo tanto, lo que digamos del opio, puede aplicarse á las demás sustancias. Segun lo que precede se ve que los venenos narcóticos obran sobre los centros nerviosos, á consecuencia de su absorcion, pero no ejercen accion alguna manifiestamente irritante, sobre la superficie con que se ponen en contacto. Esto se aplica tambien á la belladona y á los alcohólicos, que equivocadamente se han clasificado entre las sustancias narcótico-acres.

La dosis del opio necesaria para producir el narcotismo, varía segun el estado de salud ó de enfermedad, segun la edad y la idiosincrasia. Hemos visto desarrollarse el narcotismo en una señora, á la sola dosis de medio grano de opio; 4 granos han bastado alguna vez para dar la muerte á jóvenes adultos; y una ó dos gotas de láudano pueden ser mortales para un recien nacido. El veneno se absorbe mucho mas pronto cuando se le introduce en el recto, ó cuando se le coloca sobre la piel desprovista de epidermis. Es dudoso que se desarrolle el narcotismo cuando la piel se halla revestida con aquella.

*Alteraciones cadavéricas.*—En los que han sucumbido bajo la influencia tóxica del opio, los pulmones se presentan poco crepitantes y llenos de sangre negra; los vasos cerebrales se hallan dilatados por este líquido; la sustancia cerebral se presenta muy inyectada, y la piamater infiltrada de serosidad; la sangre que contienen los grandes vasos y el corazon, generalmente es negra y fluida; no es raro que forme cuajarones, pero estos son poco consistentes.

*Síntomas.*—A dosis moderadas, pero no obstante tóxicas, el opio desarrolla los síntomas de la embriaguez, tales como pesadez de cabeza, vértigos,

delirio, exaltacion de los sentidos y aun de los órganos genitales; auméntase mas ó menos el calor de los tegumentos, y el pulso adquiere fuerza y frecuencia. A mas se siente en la piel una comezon insoportable, sin que en ella aparezca lesion alguna apreciable; sin embargo alguna vez presenta en su superficie diversas erupciones, tales como el prurigo, la urticaria y el eczema. Bien pronto reemplaza á tal estado de escitacion, otro de entorpecimiento y sueño, que puede durar seis ó doce horas, despues de las cuales aun sienten los pacientes durante algun tiempo laxitud, entorpecimiento, pesadez de cabeza y sed viva.

A mas altas dosis, el veneno escita vómitos ó á lo menos náuseas; la boca está seca; hay sed y estreñimiento, y la secrecion de la orina se disminuye y aun se suspende. Los pacientes caen en un profundo sopor; los ojos están inmóviles é inyectados; la pupila á menudo contráctil y muy reducida; en otros se presenta ancha é inmóvil; los miembros se hallan en resolucion; la respiracion. unas veces es libre, otras dificultosa, con estertor é interrumpida. La cara está pálida y violada; el pulso lleno, duro y lento, ó bien pequeño y frecuente; la piel suele presentarse fria, marmórea y cubierta de sudor. De cuando en cuando esperimentan algunos pacientes rigidez y convulsiones; generalmente termina la vida con coma ó con síntomas de asfixia. Cuando la enfermedad acaba favorablemente, empiezan los pacientes á ser sensibles á los escitantes esteriores, y poco á poco entran en el lleno de su conocimiento: en esta época sienten ordinariamente una comezon en estremo incómoda, con sudor y sin él. Segun Christison, en la mayor parte de los casos que terminan por la muerte, sobreviene esta siete ó doce horas despues de la ingestion del veneno; casi todos los que pasan de quince horas, se curan.

Casi iguales accidentes que en el envenenamiento por el opio, se observan en el envenenamiento por la morfina y sus sales: sin embargo, en el envenenamiento por la morfina son mas frecuentes las náuseas, la sequedad de boca, los vómitos biliosos, la comezon, que siempre es intensa, los sudores abundantes, la contraccion de las pupilas, que de veinte casos acontece diez y ocho ó diez y nueve veces, y la disminucion ó la suspension de la secrecion urinaria, principalmente en el hombre.

La belladona y el estramonio determinan la mayor parte de los accidentes de los narcóticos; pero el envenenamiento por estas plantas es notable por la dilatacion constante de la pupila, y algunas alteraciones nerviosas, que aunque no necesariamente, se observan en la mayor parte de los casos: tales son la afonía, los movimientos espasmódicos, un delirio apirético, generalmente placentero, estravagante, alguna vez furioso, sin signos de congestion cerebral, acompañado muchas veces de ilusiones ó alucinaciones de la vista y del oido; el sopor sigue á estos accidentes, y alguna vez alterna con ellos; muchos de estos enfermos tienen diarrea. A veces es mortal el envenenamiento por las bayas de la belladona; y muchos pacientes que se curan, padecen durante algunas semanas vértigos, temblores y alteraciones de la vista.

*Tratamiento.*—Debe procurarse cuanto antes la espulsion del veneno, administrando tres ó cuatro granos de emético: otros dan la preferencia al sulfato de zinc (de quince á veinte granos) ó al sulfato de cobre (de seis á doce granos): si el veneno se ha introducido en el recto, se administrará una lavativa purgante. Se

ha atribuido a muchos cuerpos la virtud de obrar como antídotos del opio: los principales son el tanino, las agallas, la tintura de iodo, la solucion de bromo, el cloro y el alcanfor: sustancias cuya virtud es muy dudosa, segun M. Devergie. Sin embargo, habiendo demostrado Orfila que el cocimiento acuoso de la nuez de agallas, echado sobre una disolucion de opio, forma un precipitado menos venenoso que este, se ha propuesto neutralizar el agente tóxico, administrando al enfermo un cocimiento concentrado de agallas. Orfila insiste en que antes de todo se procure estraer los líquidos que contenga el estómago, por medio de la geringa que para tal uso se ha inventado. Si se carece de este instrumento y hay necesidad de recurrir á los eméticos, se cuidará mucho de no disolver estos medicamentos en una gran cantidad de agua; tampoco deberán introducirse en el estómago, bajo ningun pretesto, líquidos mucilaginosos ó solamente acuosos en abundancia, porque disolviendo el veneno se facilita su absorcion. Lo que digo se aplica tambien á los ácidos vegetales (acético, cítrico y tártrico), que se han preconizado mucho como antídotos del opio; pero Orfila ha demostrado lo erróneo de tal opinion. Ha probado esperimentalmente que en estos envenenamientos solo son favorables los ácidos cuando ya se ha evacuado el veneno, pues si se administrasen cuando aun se halla este en el estómago, se aumentarian los accidentes á causa de la propiedad que tienen estos líquidos de disolver las partes activas del opio.

Tampoco son antídotos el café en infusion ni el alcanfor; pero son de grande utilidad, principalmente el primero, para combatir el estado de postracion. Al contrario de la conducta que se sigue en la administracion de los ácidos, estas sustancias pueden administrarse desde el principio. El alcanfor se prescribirá en lavativa. Ademas de los medios ya indicados, cuando la congestion cerebral es intensa y el paciente de constitucion pletórica, se hace á menudo necesaria una evacuacion sanguínea, por medio de una sangría en el brazo ó en la yugular, ó bien por la aplicacion de sanguijuelas alrededor del cuello. En el narcotismo con asfixia, se recurre á las fricciones fuertes en la piel, y principalmente á la respiracion artificial, pues estos medios han reanimado á muchos pacientes, cuando ya su situacion parecia desesperada.

### ENVENENAMIENTO POR EL ÁCIDO CIANHÍDRICO Ó HIDROCIÁNICO.

El ácido cianhídrico es uno de los venenos que ejercen su accion con mayor prontitud y en menor dosis: de todos los venenos es el mas activo despues del curare, ó sea curaro; y como este, alguna vez mata instantáneamente. Una sola gota puede causar la muerte á un perro, despues de dos ó tres inspiraciones.

*Alteraciones cadavéricas.*—Las lesiones mas constantes son la fluidez de la sangre, la congestion de las principales vísceras, especialmente de los pulmones y los senos de la dura-mater, y la rubicundez del conducto aéreo: ademas de esto, los cadáveres despiden muchas veces un olor de almendras amargas.

*Síntomas.*—Cuando la muerte no es instantánea, el paciente esperimenta vértigos, bostezos y disnea; pierde el conocimiento, y muy frecuentemente la sensibilidad y el movimiento. La pupila se presenta fija y dilatada; la respiracion ruidosa y difícil; por la boca sale una espuma sanguinolenta; el pulso es pequeño, frecuente, y la piel fria; las mandíbulas están cerradas, y á

veces hay movimientos convulsivos violentos. La muerte acaece despues de algunos segundos ó algunas horas, hallándose el paciente en un profundo coma. Si la terminacion es favorable, aquel recobra poco á poco el conocimiento: cuando se halla ya en plenitud de sus ideas, aquéjanle aun durante seis ú ocho horas vértigos, y una ansiedad precordial muy incómoda. De lo dicho se infiere que el ácido cianhídrico ejerce rápidamente sobre los centros nerviosos una accion estupefaciente.

*Tratamiento.*—Numerosas esperiencias han patentizado que el cloro es el antídoto del ácido cianhídrico. Se mezcla una parte de cloro líquido concentrado, con cuatro partes de agua; se coloca una esponja embebida en este líquido, ya en las ventanas de la nariz, ya en la boca, las sienes ó las mejillas. En defecto del cloro se emplea el amoniaco, y mejor, segun Orfila, una agua ligeramente amoniacal (una parte de amoniaco y doce de agua) que se hace inspirar, ó bien se dan con ella fricciones generales por todo el cuerpo, y principalmente en las sienes. En tal caso no obra el amoniaco en virtud de alguna propiedad química, sino solo como estimulante del sistema nervioso. El doctor Herbst, y posteriormente Orfila, han patentizado la utilidad de las afusiones frias en los casos de que hablamos: este medio parece ser el mas eficaz de todos los propuestos hasta hoy. Estas afusiones se harán vertiendo agua lo mas fria posible en la cabeza y en la columna vertebral, y despues se colocará sobre la cabeza una vejiga que contenga hielo. Las sanguijuelas solo son útiles escepcionalmente, y para combatir la congestion. Inútil es advertir que si el veneno existe aun en el estómago cuando se recurre al profesor, se administrará al momento un emético enérgico.

El agua de laurel real, tomada en gran cantidad, y los cianuros de mercurio y potasio, en dosis de solo algunos granos, y las almendras amargas, obran exactamente como el ácido cianhídrico; es preciso, por lo tanto, combatir el envenenamiento ocasionado por estas sustancias, á beneficio de los medios que dejamos espuestos.

## EFECTOS TÓXICOS DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

El alcohol y las bebidas fermentadas deben colocarse mas bien en la clase de los narcóticos que en la de los narcóticos-acres, aunque es mas general comprenderlos en esta última. La intoxicacion alcohólica determina tres géneros de accidentes, que son: la *embriaguez*, el *delirium tremens* y la *combustion espontánea.*

### *De la embriaguez.*

Introducidos los licores fermentados en el estómago, producen desde luego una actividad no comun en la circulacion; auméntase la temperatura de la piel; actívanse la transpiracion cutánea y la secrecion de la orina; las facultades intelectuales obran con mas energía, y el paciente se halla en un estado de bienestar. Pero en un grado mas avanzado, la exaltacion cerebral es tan viva, que quedan abolidas la razon y la voluntad: entonces empieza la verdadera embriaguez, cuyos caracteres difieren segun quien la padece. En unos la locuacidad

es estrema, y manifiestan una alegría inquieta y estravagante; otros tienden al mal; son rencillosos, y su furor puede llegar hasta la manía; en muchos, por el contrario, reinan la tristeza y melancolía. Pero aun en medio de esta exaltacion, la contractilidad muscular se halla disminuida ó pervertida; lo cual es causa de que sean inciertos los movimientos y vacilante la marcha. Se esperimentan náuseas y vómitos; pronto hay postracion y un sueño irresistible vence á los pacientes. Si la cantidad del líquido alcohólico ha sido considerable, se observa un verdadero estado comatoso; el color de la cara es rojo y violáceo; los ojos parece quieren salirse de la órbita, y los miembros se hallan en una completa resolucion; el pulso es dilatado, duro y lento, ó pequeño y frecuente; el paciente exhala un olor alcohólico por la boca, y aun á veces por todo el cuerpo. Despierta luego que el sopor ha durado seis, ocho, doce ó quince horas á lo mas; sus ideas son mas ó menos confusas; tienen pesadez, cansancio y sed; la boca se presenta pastosa, y hay inapetencia. No es raro ver á los ébrios sucumbir en medio de su embriaguez.

La autopsia ha demostrado que unos mueren á consecuencia de un derrame sanguíneo en la sustancia cerebral ó en las meninges; en otros aparecen todos los caracteres anatómicos de la asfixia, y en la mayor parte tan solo se observa una simple congestion cerebral. El cerebro exhala un fuerte olor de alcohol, lo que prueba que esta sustancia absorbida va á ejercer directamente su accion sobre el encéfalo. Igual olor despiden tambien otros muchos tejidos; y la sangre, tan pronto fluida como coagulada, se halla algunas veces impregnada de él.

Cuando se sucede frecuentemente la embriaguez, se presenta la cara rojiza y con granos; se debilitan las facultades intelectuales; los pacientes esperimentan temblores de miembros, de la lengua y los labios; sus fuerzas disminuyen y muchos presentan los signos de la parálisis general progresiva; otros tienen saltos de tendones, contracturas y convulsiones epileptiformes. Sus facultades digestivas se alteran; enflaquecen, y se dice que muchos son atacados de cirrosis y de la enfermedad de Bright; por último, varios se vuelven dementes. La embriaguez es, ademas, una de las causas mas frecuentes del suicidio, como lo prueban las observaciones de Schlegel, Roesche y Carper. Este último refiere que la cuarta parte de los habitantes de Berlin, que de 1812 á 1821 se quitaron la vida, eran hombres dados á la embriaguez.

Casi siempre es fácil el diagnóstico de la embriaguez: los conmemorativos y el olor alcohólico la caracterizan con bastante exactitud. Si durante ella sobreviene una verdadera apoplejía, se observa que se desarrollan los síntomas de un derrame cerebral, cuando ya deberian haber cesado los efectos del vino.

*Tratamiento.*—Generalmente basta el reposo para que se calme la embriaguez. Se deberá favorecer y aun provocar el vómito, pues con la espulsion de los líquidos alcohólicos que aun no han ejercido su accion deletérea, se acorta mucho la duracion de la embriaguez. Se ha dicho que tambien se disipa este estado bastante pronto, administrando seis ú ocho gotas de amoniaco en un vaso de agua azucarada; pero muchos médicos no han obtenido ningun resultado ventajoso, aunque han triplicado esta dosis; otros aconsejan el agua con vinagre, el agua salada, y principalmente el café, que creo es el agente mas eficaz,

sobre todo al empezar la embriaguez. En fin, cuando se manifieste una intensa congestion cerebral, se aplicarán sin titubear algunas sanguijuelas detrás de las orejas, y aun seria preferible recurrir á la sangría del brazo.

## *Del delirium tremens.*

SINONIMIA.—Dipsomanía; delirio ébrio: locura de los borrachos, *mania á potu*, etc.

Se da el nombre de *delirium tremens* á una variedad de delirio que desarrolla el abuso de licores espirituosos ó fermentados, y que á mas de la alteracion de las funciones intelectuales, está caracterizado por el temblor de los miembros y los labios, el balbuceo en el habla y un insomnio pertinaz.

*Historia.*—El conocimiento de los caracteres del *delirium tremens* data desde el principio del presente siglo. Sutton fue el primer historiador (1); luego la enfermedad ha sido objeto de muchas investigaciones, ya en Inglaterra, ya en los Estados-Unidos. Mencionaremos principalmente los trabajos de Blake, de Edimburgo (2) y de J. Ware de Boston (3). La Alemania tambien ha presentado importantes trabajos, cuyos autores son Barkhausen (4), Dreyfuss (5), de Kopp (6); y en Francia MM. Rayer (7), Leveillé (8) y Calmeil (9), han estudiado muy particularmente el delirium tremens.

*Autopsia.*—La autopsia no ha presentado hasta hoy alteraciones características del delirium tremens; á lo menos las diferentes lesiones que algunas veces se han encontrado, no esplican el delirio, ó son independientes de él. Tales son una congestion mas ó menos viva del cerebro y sus dependencias, la infiltracion serosa subaracnoidea, etc.

*Síntomas y curso.*—El delirium tremens se declara algunas veces de repente, á consecuencia de un esceso en la bebida, en sugetos que no se hallan acostumbrados á ella, ó bien se desarrolla lentamente en borrachos encenagados en el vicio, pero sin que lo provoque ningun nuevo esceso; ó bien aparece como complicacion al quinto ó sesto dia de una enfermedad aguda, y cuando ya el paciente ha abandonado el vicio de la bebida. Cuando la enfermedad se desarrolla con lentitud, acometen al paciente tristeza é inquietud; la mirada es incierta, y un temblor nervioso empieza á agitar los miembros. Poco despues aparece el delirio, que varía segun la persona que lo padece. En algunas es apacible; pero la mayor parte se encolerizan, se enfurecen, vociferan é injurian á las demás, y cuando no se les pone freno, se entregan á todo género de violencias; aquéjanles alucinaciones, principalmente del oido y de la vista, lo que probablemente causa el suicidio de muchos de estos desgraciados. En casi todos los pacientes se observa desde el principio un temblor de los labios y de los miembros su-

(1) *Treatise on delirium Tremens*, London, 1813.
(2) *A practical essay on delirium tremens.* London, 1830.
(3) *Remarks on the history of delrium tremens.* Boston, 1831.
(4) *Beobachtungen uber den Sauferwahnsinn odea day delirium tremens.* Bremen, 1828.
(5) *Ueber den Sauferwahsinn.* Wurtsbourg, 1831.
(6) *Ueber day delirium tremens, in seiner* BEOBACHTUNGEN, *in* GEBIETE *der Ausubenden Heilkund.* Francfort, 1821.
(7) *Memoires sur le delirium tremens.* Paris, 1819.
(8) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. I.
(9) *Dictionnaire de médicine*, 2.ª edition, t. X.

periores é inferiores; la progresion es vacilante y la voz entrecortada; el sueño huye de ellos, y si alguna vez se adormecen, aquéjanles desvaríos y visiones. Son muy variables los sintomas generales y simpáticos: comunmente es lento el pulso, escepto el caso en que haya grande agitacion; frecuentemente hay sed, inapetencia, estreñimiento y vómitos biliosos. La lengua está seca y rubicunda como el carmin en los que hace tiempo se han abandonado á la embriaguez; en fin, la cara, ya pálida, ya inyectada, manifiesta el sufrimiento y el cansancio, cuando el insomnio se ha prolongado muchos dias consecutivos. Con todo, al cabo de algun tiempo los pacientes se adormecen y aun duermen apaciblemente: á menudo dura entonces doce, quince y aun veinte y cuatro horas el sueño, y la mayor parte de ellos despiertan buenos, ó á lo menos solo manifiestan alguna confusion y vaguedad en las ideas, pesadez de cabeza, y tambien vacilacion en los movimientos.

*Duracion y terminaciones.*—La duracion del delirium tremens es variable. Ware calcula que la duracion media de un acceso varía de sesenta á setenta horas. No obstante, la afeccion puede ser mas larga ó mas breve.

La muerte es una terminacion muy rara de la enfermedad, segun Ware y Calmeil. Este autor cree que de veinte enfermos apenas muere uno. Yo creo, por el contrario, que el número de los muertos es mucho mayor, como lo demuestran los datos publicados en 1842 en Bruselas por el doctor Bougard; entre cuatrocientos cuarenta y siete casos de delirium tremens, observados en Copenhague, París y Bruselas, se cuentan ochenta y cinco muertos, lo que produce casi una quinta parte de mortalidad. Muchos sucumben por alguna complicacion cerebral, que se conoce por los movimientos convulsivos, ó por una enfermedad incidental estraña al cerebro; y algunos mueren por cualquier suceso imprevisto: ya hemos indicado que muchos de estos desgraciados, á quienes aquejan alucinaciones, se suicidan; por último, otros fallecen rápida y únicamente á consecuencia del desarreglo de la inervacion. En tales casos, la autopsia no revela en ninguna parte lesion alguna apreciable. Despues de muchas recaidas, algunas dipsomanías terminan por la enagenacion; entonces se desarrolla rápidamente la demencia, y los pacientes mueren sumidos en una parálisis general.

*Diagnóstico.*—El delirium tremens puede confundirse con cuatro enfermedades, á saber: la forma delirante de la encefalopatía saturnina, el delirio nervioso, la parálisis que precede á la enagenacion, y el envenenamiento por el opio y la belladona.

Ya hemos dicho anteriormente en qué difiere el delirio saturnino del delirio crapuloso. El delirio nervioso que se desarrolla en los que han sufrido alguna operacion, se diferencia del precedente en que no se presenta el temblor de los labios ni el de los miembros, ni tampoco la vacilacion en el habla. Mas fácil es confundir el delirium tremens con la parálisis general incipiente, pues en ambos casos se observa la dificultad de hablar, el temblor de los miembros y los labios, y á menudo el insomnio. Lo que nos da el conocimiento de la naturaleza de la afeccion, es el estudio de los conmemorativos y la marcha ulterior de la enfermedad. En efecto, algun tiempo antes suelen preceder á la parálisis algunas alteraciones en las facultades intelectuales, y sigue una marcha crónica; al contrario, el delirium tremens se desarrolla con mas ó menos rapidez,

á consecuencia de un esceso de bebida, ó en un sugeto que recaiga frecuentemente en este vicio, y su duracion es bastante corta. Pueden tambien confundirse con un acceso del delirium la embriaguez que ocasionan el opio, el estramonio, la belladona y la mandragora; pero esta escitacion es efímera, y muy luego la reemplaza un estado apoplético que caracteriza la afeccion. Casi inútil es decir que fijando un poco la atencion, es imposible confundir el delirium tremens con la manía, ó el delirio simpático de alguna enfermedad aguda.

*Pronóstico.*—El delirium tremens solo es grave cuando se repite con frecuencia, pues entonces termina por la demencia. El pronóstico será igualmente triste cuando la agitacion es estrema, cuando hay alteracion en las facciones, y la arteria radial da mas de cien pulsaciones. Muy poca esperanza debe abrigarse cuando los movimientos convulsivos se complican, como casi siempre se verifica, con una flegmasia intercurrente del cerebro y de las meninges.

*Etiología.*—El delirium tremens es muy comun en Inglaterra, en los Estados-Unidos, en Polonia, en Suecia y en Rusia, donde el vicio de la bebida se halla mas arraigado que en Francia. Principalmente reina durante el verano; es mas comun en las grandes ciudades, y muy rara vez afecta á las mujeres, escepto en la edad crítica; en los hombres, la edad mas propensa á esta afeccion es la de cuarenta á cincuenta años. La enfermedad es mas frecuente en los bebedores de aguardiente, ginebra y ron. El vino solo y especialmente la cerbeza la ocasionan pocas veces. Es muy raro que una sola embriaguez la desarrolle; lo mas frecuente es que ataque á los sugetos que hace mucho tiempo están abusando de los licores alcohólicos, ó de las bebidas fermentadas. En tales casos se presenta el delirio sin causa escitante, es decir, sin que el paciente haya aumentado el exceso en la bebida; otras veces aparece la afeccion despues de una reincidencia mas inmoderada. De vez en cuando aparece en los borrachos una verdadera monomanía ébria (*dipsomanía*); entonces beben con una especie de furor noche y dia, y muy luego se manifiestan los síntomas del delirium tremens. Por último, con mucha frecuencia se desarrolla la afeccion en sugetos que atacados de cualquier enfermedad aguda, ó crónica, suspenden de repente el uso de los alcohólicos: en otro lugar he probado que el *delirium tremens* es una complicacion bastante frecuente de la pneumonia que ataca á los borrachos (1). Creo que el delirio crapuloso que se desarrolla en tal caso, depende menos de la escitacion de la enfermedad aguda, que de la súbita suspension en el uso de la bebida, pues ya probé que el mejor medio profiláctico es contemporizar con la costumbre de los pacientes, y permitirles cierta cantidad de vino. Nada de cierto se sabe sobre la influencia que ejercen los temperamentos, las constituciones y las estaciones, en el desarrollo del delirio crapuloso.

*Tratamiento.*—Si el acceso se desarrolla poco despues de una orgía, se escita el vómito para impedir la absorcion de los líquidos que contenga el estómago. Por intensa que sea la violencia del delirio, nunca está indicada la sangría, de que algunos italianos hacen un uso lastimoso. Son útiles los antiflogísticos cuando el pulso se presenta lleno y duro, y cuando se notan síntomas de congestion ó inflamacion cerebral. Durante mucho tiempo se ha considerado el opio como el específico del delirium; pero muy frecuentemente este medicamento frustra las esperanzas que en él se fundan. Cuando se administra, es con

(1) *Traité pratique de la pneumonie*, p. 387.

objeto de moderar la agitacion y adormecer á los pacientes. Para obtener tal resultado, ordinariamente se prescribe á la dosis de 3 á 5 granos: si hay necesidad no vemos inconveniente alguno en que se duplique la dosis, con tal que medie el intervalo de una á dos horas, de toma á toma; pero no queremos caer en la exageracion, adoptando la práctica de los que han administrado el opio hasta la dosis de 80 granos. Cuando se administra en dosis tan altas, se desarrolla siempre el sopor, y los enfermos mueren en un estado de coma. Se ha aconsejado reemplazar el opio con la infusion de digital (80 granos en 6 onzas de vehículo, y administrar cada hora una cucharada); pero esta práctica no ha sido aun sacionada por la esperiencia.

No sucede lo mismo con el cloroformo, que se hace inspirar á los enfermos, y que, segun se dice, ha producido en la mayor parte de los casos un completo efecto calmante y una curacion rápida. Este es un medio que aun no he puesto en práctica.

Los evacuantes, como el emético y los purgantes, no pueden aconsejarse como método general en el delirium tremens. Estos medicamentos, á nuestro entender, solo son ventajosos cuando el estado de los órganos digestivos indica su administracion. No inspiran confianza ninguna los antiespasmódicos, como el éter, la asafétida, el almizcle, etc., y las afusiones frías; los vejigatorios, que algunos han aconsejado, aumentan por lo regular los accidentes.

Esquirol, Georget, y recientemento M. Calmeil, han aconsejado oponer al delirium tremens solamente una medicacion sencilla y casi espectante: asi en los casos simples, M. Calmiel se limita á prescribir una bebida dulcificada, y baños tibios. Si la lengua se presenta con saburra, promueve el vómito; si hay constipacion, administra purgantes; y si alguna vez se desarrollan síntomas de inflamacion ó congestion cerebral, los combate con las sangrías, que, esceptuando este caso, muy rara vez son necesarias. El entendido médico á quien me refiero, no prescribe el opio, imitando en esto la práctica de Esquirol, cuyos enfermos se curaban generalmente, segun se dice, en tres dias, por el método espectante.

Inútil es advertir que durante el acceso del delirio, debe recurrirse á los medios mas adecuados para evitar que los pacientes se dañen y puedan dañar á los demás. Cuando media largo tiempo de un acceso á otro, puede concedérseles alguna libertad, aunque ejerciendo sobre ellos una activa vigilancia; pero si los accesos son frecuentes, es preciso tener sujetos á los enfermos.

*Naturaleza.*—El delirium tremens es una neurosis producida por una causa específica, la intoxicacion alcohólica. La naturaleza de los accidentes, su curso, y los resultados negativos suministrados por la inspeccion anatómica, lo demuestran suficientemente. (Véase la *Clase de las neurosis*).

### *De la combustion humana espontánea.*

Se da el nombre de combustion humana espontánea á la incineracion total ó parcial del cuerpo del hombre. La causa de esta terrible afeccion parece anexa á cierto estado particular del organismo, que nos es desconocido.

La combustion humana espontánea, de la que hoy existen muchos ejemplos,

se ha observado principalmente en mujeres de avanzada edad, gordas en estremo y encenegadas en la embriaguez. Algunos esplican este fenómeno diciendo que impregnándose de alcohol toda la economía, y principalmente el tejido celular, se formaban en estas partes nuevas combinaciones, y tal vez se desprendia un gas inflamable, en cuyo estado se desarrollaba espontáneamente el fuego en el cuerpo; ó que, desprendiéndose una chispa eléctrica, que, como es sabido, se produce en algunos sugetos, por cuarquier roce en la piél, esta chispa inflamaba el cuerpo. La opinion de otros, entre los que debemos comprender á Vicq d' Azyr y á Dupuytren, es que para desarrollarse la combustion en los casos de que hablamos, debe hallarse el cuerpo del paciente cercano á cualquier sustancia en ignicion; á saber, un tizon, una vela, un brasero, una pipa, etc. Sea lo que fuere, y de cualquier naturaleza que sea la causa eficiente, diremos que casi siempre en un sugeto que ha sucumbido por combustion espontánea, se encuentran algunas partes del cuerpo á las que no han llegado los efectos de la combustion: estos restos pertenecen las mas de las veces á la cabeza ó los miembros; el resto del cuerpo se halla consumido, y solo queda una sustancia grasienta, sólida, un hollin hediondo, y un carbon ligero, untuoso y odorífero. Muy rara vez se estiende el fuego á los muebles del aposento; pero las paredes se hallan cubiertas de hollin denso, grasiento, negro y fétido. La combustion se verifica ordinariamente con rapidez, quedando completada en dos ó tres horas, y aun en una. Algunas veces es parcial; y esta, al contrario de lo que ocurre respecto de la general, se ha observado mas especialmente en los hombres: se han citado ejemplos de individuos, en cuyas manos, por ejemplo, que habian estado en contacto con un cuerpo en ignicion, se desarrolló un dolor abrasador, acompañado de rubicundez y de llamas azuladas. En vez de amortiguar el fuego las simples afusiones frías, lo activan; para evitar sus efectos, las partes afectadas deben permanecer muchas horas dentro del agua, que se procurará mantener constantemente fría. Entonces queda una quemadura masó menos estensa, y mas ó menos profunda.

Si se desean mas circunstanciados detalles sobre esta afeccion, puede consultarse el notable artículo del *Dictionnaire de médecine*, t. VIII, p. 421; en que Breschet presenta con gran lucidez los principales casos de combustion espontánea, conocidos hasta hay.

## DEL ENVENENAMIENTO POR EL SULFATO DE QUININA.

El sulfato de quinina, este precioso medicamento que hemos indicado como heróico en muchas enfermedades, puede ocasionar accidentes mas ó menos graves, y aun la muerte, cuando se administra en altas dosis.

Los esperimentos hechos en Padua por Giacomini lo habian dejado entrever; pero los de MM. Magendie y Melier, practicados en animales vivos (1) han probado hasta la evidencia los efectos tóxicos de la sal de quinina. Estos profesores introdujeron 40 granos de sulfato de quinina en el estómago de un perro, y observaron poco despues algunas alteraciones que indicaban la accion pronunciada de este medicamento sobre los centros nerviosos: el animal se hallaba en un estado de estupor; tenia las piernas separadas como para mantener el equilibrio

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X.

ó caia de lado; las pupilas estaban dilatadas; esperimentaba movimientos convulsivos, y sucumbia en un estado comatoso. Verificada la autopsia aparecieron los pulmones congestionados, hepatizados ó esplenizados; la sangre se presentó privada de su consistencia, y menos coagulable. Algunos casos desgraciados, observados en el hombre, corroboran en un todo las observaciones que han ofrecido los esperimentos en los perros: asi es que algunos enfermos á quienes se les ha administrado imprudentemente 80, 100 y hasta 120 granos de sulfato de quinina, han esperimentado diversas alteraciones de muchas clases, y en las que, siguiendo el ejemplo de M. Melier, reconocemos tres grados. En el primero los síntomas se limitan al sistema nervioso, y solo son la exageracion de los que se observan cuando la dosis es comun; hay cefalalgia, agitacion, fenómenos de embriaguez, alguna alteracion de la vista, y á menudo sordera; fenómenos todos que he podido observar frecuentemente por espacio de cinco ó seis años, en todos los individuos de una familia criolla, á quienes, por la continua reaparicion de las intermitentes, administraba yo el sulfato de quinina á la dosis de 10 á 12 granos. En el segundo grado se presentan delirio, movimientos convulsivos, y una parálisis bastante estensa; luego, probablemente por la alteracion profunda que sufre la sangre, se presentan síntomas de congestion y de flogosis en los pulmones; en algunos pacientes hay hematuria. En fin, cuando la accion del remedio llega á su mas alto grado, las fuerzas se estinguen y la debilidad es escesiva: privados de sensacion y de movimiento los enfermos, se apodera de ellos el coma, y entonces es fácil que mueran. Cuando la terminacion no es tan funesta, el restablecimiento se verifica con mucha lentitud; por algun tiempo continúa la debilidad, y muchos pacientes quedan ciegos y sordos durante el resto de su vida.

Las esperiencias hechas en los animales, y los casos desgraciados que se han observado en el hombre, patentizan la profunda modificacion que el sulfato de quinina ejerce en la inervacion. Sin duda ninguna el sulfato ejerce esta accion por medio de la sangre, en la que penetra por absorcion, y cuya constitucion modifica. MM. Magendie y Melier han probado con sus investigaciones que el sulfato de quinina hace la sangre difluente, al paso que M. Briquet, apoyándose tambien en la esperimentacion, asegura por el contrario, que se ha aumentado la cantidad de fibrina. En vista de esta divergencia de opiniones, debemos esperar á que los hechos ulteriores nos pongan en el caso de emitir un juicio exacto.

Si parezco prolijo esponiendo tales hechos, es por la deplorable tendencia que hoy existe de administrar muchos medicamentos enérgicos á dosis que pueden desarrollar efectos tóxicos. Nunca insistiremos bastante en hacer presente lo inútil y muchas veces lo peligroso de semejante práctica, y el descrédito que de ella puede resultar al arte.

*Tratamiento.*—Si hay que prestar auxilios en el caso de envenenamiento por el sulfato de quinina, débese procurar, mediante un vomitivo y la titilacion de la epiglotis, la espulsion del veneno que contenga el estómago; se atiende á reanimar la vitalidad, administrando bebidas aromáticas escitantes, y dando fricciones secas é irritantes por toda la superficie del cuerpo, especialmente en el epigastrio y los miembros. Este tratamiento es el mismo con corta diferencia que recomienda el catedrático Giacomini.

## ENVENENAMIENTO POR EL ÁCIDO CARBÓNICO.

Pueden considerarse como envenenados por el ácido carbónico, los que esperimentan accidentes graves despues que han respirado el vapor que se desprende de un horno de cal, ó de un lagar; en este último caso el ácido carbónico está mezclado con azoe y emanaciones alcohólicas.

Los que respiran este vapor sienten ansiedad precordial, vértigos, zumbidos de oidos, alteraciones de la vista, y caen al suelo. Algunos mueren presentando todos los síntomas de la asfixia; pero la mayor parte sucumben por las afecciones del cerebro, pues predominan en este órgano los síntomas de congestion, y mueren los pacientes cuando aun no se ha interrumpido del todo la respiracion. Los fenómenos morbosos que desarrolla el ácido carbónico difieren muy poco de los que ocasiona el vapor del carbon; fenomenos de que muy luego nos ocuparemos. Debemos consignar que el gas ácido carbónico no solo daña por ser impropio para la respiracion, segun creia Nysten, sino tambien porque tiene en sí mismo una accion tóxica y deletérea; asi lo consignó Lavoisier, y asi resulta de los esperimentos de F. Edwards, y de los de Collard de Martigny. El primero demostró que las ranas sumergidas en agua destilada vivian de diez á doce horas, al paso que si el agua contenia ácido carbónico, perecian entre quince y veinte y siete minutos (1). M. Collard esperimentó en sí mismo la accion deletérea del ácido carbónico, sumergiéndose en la atmósfera de una cuba en que habia mosto en fermentacion, envolviéndose en un lienzo dispuesto en forma de cilindro, que tenia una de las estremidades adaptada á la cuba, y la otra fija á la cabeza, y teniendo la precaucion de respirar por la boca por medio de un tubo de quince líneas de diámetro, y que recibia el aire esterior á una distancia de $1^{m},65$ de la cuba. En estas condiciones, el esperimentador tuvo los síntomas del envenenamiento á los cinco minutos; pero pudo resistir hasta los veinte y entonces se vió obligado á abandonar el sitio de su valiente prueba, siendo tal su abatimiento, que se le habia caido ya el tubo con que respiraba. Añadiremos á lo espuesto que el ázoe y el hidrógeno, que no tienen propiedades tóxicas, puesto que únicamente son impropios para la respiracion, ocasionan la muerte de los mamíferos en seis ó doce minutos, mientras que los vertebrados de sangre caliente no pueden vivir en una atmósfera de ácido carbónico sino setenta segundos, ó dos minutos y medio, á lo máximo.

El tratamiento consiste en esponer al paciente al aire libre, y en emplear los medios que indicaremos cuando tratemos del envenenamiento por el vapor del carbon.

Creemos que existe gran analogía entre la exhalacion mefítica de los lagares, y la que se desprende en un aposento donde se halla reunido gran número de individuos y no se renueva el aire. Apenas hay en estos casos variacion en la proporcion del ázoe; pero se desprende una gran porcion de ácido carbónico, mezclado con un vapor animal. Es tanto mas intensa la influencia deletérea del ácido carbónico, cuanto mayor es la disminucion del oxígeno en el aire. En fin, son mas rápidos y terribles los efectos de estas emanaciones, si se desprenden

(1) *Agents physiques*, chap. I, p. 11.

reinando una temperatura elevada. La historia nos ha trasmitido relaciones de muchas catástrofes, observadas en prisioneros hacinados en aposentos sumamente pequeños, estos desgraciados, despues de haber esperimentado una sed insufrible y una ansiedad estrema, á la que alguna vez acompañaba el delirio, eran acometidos de una gran disnea, dolores en el pecho, palpitaciones, y morian sofocados.

Los medios que deben oponerse á estos accidentes, no difieren de los que vamos á mencionar en seguida.

## ENVENENAMIENTO POR EL VAPOR DEL CARBON.

Del carbon vegetal en ignicion se desprende una mezcla de ázoe, hidrógeno carbonado y ácido carbónico; este último, poco abundante al principiar la combustion, se desprende en mayor cantidad cuando el carbon se halla enteramente encendido; al contrario de lo que sucede respecto del hidrógeno carbonado (1).

*Caracteres anatómicos.*—En la autopsia se encuentran todas las lesiones, que como mas adelante veremos, caracterizan la asfixia. Creemos propio de este lugar llamar la atencion sobre la notable diferencia que ofrece la sangre: cuando la muerte es casi instantánea, la sangre se presenta de color rojo-cereza, y cuando se verifica despues de algun tiempo, la sangre se presenta negra como en las asfixias verdaderas. M. Orfila ha probado que estos cadáveres se descomponian con mas lentitud.

*Síntomas.*—Cualquiera que de repente entrase en una atmósfera formada por el vapor del carbon, moriria casi instantáneamente, con vértigos y sofocacion; pero en la mayor parte de los casos, la accion de esta atmósfera deletérea es lenta y gradual. Los que se hallan en un cuarto en que hay carbon en ignicion, sienten al principio pesadez de cabeza, luego cefalalgia algo intensa, con presion en las sienes, vértigo, zumbido de oidos, y gran propension al sueño. Bien pronto hay turbacion de la vista y palpitaciones, la respiracion se hace dificultosa, y la acompañan una gran ansiedad y muy fatigosa opresion detrás del esternon; el pulso está acelerado y debil; alguna vez hay náuseas y vómitos; la digestion en todos los casos disminuye su vigor, como lo prueban los esperimentos de Marye, Ollivier y Orfila; poco despues el paciente cae en un estado de coma; frecuentemente hay emisiones involuntarias de orina y materias fecales; la cara alguna vez se presenta de color violado; pero mas frecuentemente pálida y de color parecido al plomo, y se suspenden la respiracion y circulacion. En algunos sugetos preceden á la muerte violentas convulsiones, y los músculos en que se han desarrollado estas, conservan muchísimas veces en el cadáver un estado de rigidez y tension bastante notable.

Cuando las personas que se han hallado sujetas á la influencia del vapor del

(1) Un kilógramo de ascuas, y con mayor razon de carbon en combustion no interrumpidas, puede hacer asfixiable la atmósfera de un aposento de veinte y cinco metros cuadrados de capacidad. MM. Dumas y Leblanc han demostrado que la energía tóxica de una atmósfera asfixiable bajo la influencia de la combustion del carbon, debia atribuirse particularmente al óxido de carbono, puesto que este gas, esparcido en el aire en la proporcion de *uno por ciento*, constituye una atmósfera casi inmediatamente mortal para los animales de sangre caliente, mientras que para producir el mismo efecto con el ácido carbónico, se necesitan cantidades mucho mas considerables, es decir, treinta ó cuarenta *por ciento*, para matar un perro corpulento.

carbon vuelven en sí, conservan un malestar mas intenso que el que sucede á cualquier clase de asfixia y á las demás intoxicaciones por gases que hemos estudiado hasta ahora; asi es que los enfermos están entorpecidos; sus ideas se presentan bastante confusas; alguna vez hay dolores atroces en el pecho, y aun mas frecuentemente esperimentan la mas violenta cefalalgia. Este último accidente es uno de los mas pertinaces, pues le hemos visto aquejar á los pacientes durante meses enteros. A pesar de cuanto se ha dicho, estos sufrimientos no siempre pueden esplicarse por una congestion manifiesta. Cítanse individuos que, despues de haber estado padeciendo mucho tiempo, conservan durante su vida una gran tendencia á las congestiones cerebrales; otros quedan enfermizos, sufriendo alguna grave lesion, ya en el aparato locomotor, ya en la sensibilidad ó en la inteligencia. M. Bourdon, médico distinguido, ha estudiado recientemente en su tesis inaugural (1844), la parálisis que alguna vez se desarrolla á consecuencia del envenenamiento por el vapor del carbon; esta parálisis debe atribuirse á una congestion sanguínea ó á algunos focos apopléticos poco voluminosos; sin embargo, debemos decir que este es un accidente poco comun, y que en todos los casos en que lo hemos observado, su duracion ha sido muy breve.

*Pronóstico.*—Siempre es grave el pronóstico de esta afeccion; su gravedad es tanto mayor cuanto mas considerable, es la cantidad de carbon, cuanto mas pequeño sea el aposento en que se ha quemado, y mas tiempo haya permanecido el paciente en esta atmósfera deletérea. Es una circunstancia agravante la embriaguez que frecuentemente se observa en los que intentan suicidarse. Los síntomas de peor agüero son las convulsiones y las deyecciones involuntarias.

*Tratamiento.*—A mas de los medios adecuados para combatir todas las asfixias, hay algunos que están especialmente indicados en la intoxicacion por el vapor del carbon. Los principales son la esposicion de los enfermos á un aire frio, las afusiones, y mejor aun las aspersiones de agua fría y hasta de hielo, echando en la cara con alguna fuerza muchos vasos de agua, en el intermedio de algunos minutos. Cuando un estremecimiento indica que empieza á restablecerse la respiracion, se suspenden las afusiones, para emplear las fricciones escitantes y amoniacales por todo el cuerpo; tambien se emplean algunas ventosas secas diseminadas, y si se presentan síntomas de congestion visceral, se les combate por medio de emisiones sanguíneas.

Algunos autores han preconizado los escitantes difusibles y los vomitivos, medios que generalmente parecen mas perniciosos que útiles; pues administrados durante el colapso, se introducen muy á menudo en los tubos aéreos; y propinados mas tarde, aumentan la reaccion y favorecen tal vez las congestiones viscerales. Los purgantes administrados en lavativas, ofrecen resultados favorables. Los dolores torácicos, y principalmente la cefalalgia violenta que tan frecuentemente aparecen á consecuencia del envenenamiento por el vapor del carbon, se combaten con sangrías revulsivas; y si resisten á este medio, se emplean uno ó muchos vejigatorios. Finalmente, para combatir esta afeccion, el médico debe obrar con energía y perseverancia, pues se citan, en efecto, muchos casos de pacientes que no han vuelto en sí hasta despues de tres horas de asiduos cuidados.

No nos ocuparemos particularmente de la intoxicacion por el gas que se des-

prende del coke ó carbon de piedra, porque sus efectos y su tratamiento son iguales en un todo á los que acabamos de describir.

### DEL ENVENENAMIENTO POR EL GAS DEL ALUMBRADO.

Creo que M. Devergie es el autor que ha publicado las primeras observaciones sobre el envenenamiento por el gas del alumbrado; pero la mayor parte de casos se deben al profesor Tourdes, de Estrasburgo, que se consagró á interesantes esperimentos para apreciar debidamente la influencia que este gas ejerce sobre la economía. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1841).

El gas del alumbrado es mucho mas deletéreo que el ácido carbónico, pero menos que el ácido sulfhídrico. La propiedad tóxica la debe principalmente al gas óxido de carbono que contiene, pues el hidrógeno bi-carbonado, los carburos de hidrógeno y los demás gases que existen en él, no son tan enérgicos como el primero. El gas del alumbrado puede causar la muerte aun cuando respectivamente al aire atmosférico se halle en una proporcion menor de una undécima parte. Su primera accion se dirige al sistema nervioso, y luego ataca al aparato respiratorio; asi, pues, tienen los pacientes cefalalgia, vértigos, náuseas, vomitos y una debilidad estrema; pronto sobrevienen movimientos convulsivos, y parálisis de la sensacion y del movimiento, con pérdida completa del conocimiento. Solo en los últimos momentos es cuando se altera la respiracion; pero los síntomas de la asfixia son entonces completos y predominantes.

En la autopsia se ha encontrado, en la mayor parte de los casos, segun M. Tourdes, el tejido de los pulmones de un *rojo vivo y brillante, cuando se cortaba.* La sangre se presentaba, ademas, negruzca y mezclada con coágulos, y el cerebro y las venas del raquis estaban violentamente congestionadas. A veces habia un derrame sanguíneo en el canal vertebral; la mucosa aérea estaba en extremo inyectada, y una espuma blanca, estriada de sangre, espesa y viscosa, llenaba la boca, la laringe y los bronquios.

*Tratamiento.*—En el primer período del envenenamiento se recurrirá á las bebidas ligeramente estimulantes; tambien se prescribirán una lavativa purgante y algunos revulsivos cutáneos; y cuando se presenten los síntomas de congestion y de asfixia, apelaremos á las emisiones sanguíneas. En fin, para reanimar el calor vital y escitar los movimientos respiratorios, se pondrán en juego todos los medios que estensamente indicaremos cuando hablemos de la asfixia.

## TERCER GÉNERO DE ENVENENAMIENTOS.

### DEL ENVENENAMIENTO POR LOS NARCÓTICO-ÁCRES.

En el envenenamiento por los narcótico—ácres, se observan á la vez narcotismo y síntomas inflamatorios en las superficies á que se ha aplicado el veneno. Las lesiones cadavéricas se presentan en relacion con estos dos fenómenos que

no siempre existen con igual intensidad, pues casi constantemente predomina uno de ellos. Los narcótico-ácres ejercen, pues, su accion localmente, y despues de absorbidos modifican la sangre y el sistema nervioso. La influencia deletérea sobre este sistema es la mas grave, y la principal causa de la muerte. Las sustancias que mas frecuentemente determinan esta clase de envenenamiento, son: el *tabaco*, la *estricnina*, y principalmente ciertas especies de hongos, como el *hongo carmesí*, algunas *anémones*, muchas especies de *agáricos*, etc. Las reglas generales que deben observarse en el envenenamiento por alguna de estas sustancias, son: 1.° si el veneno está en el estómago, procurar su espulsion con el emético y abundantes bebidas; y si ha pasado ya al intestino, procurar igualmente su salida por medio de lavativas purgantes; 2.° despues de espulsado el veneno, se combate el narcotismo con bebidas acídulas, con pociones etéreas ó amoniacales, con la infusion de café, y tambien con lociones y aspersiones frías; 3.° la congestion cerebral se combatirá á beneficio de la sangría; 4.° se moderarán los síntomas inflamatorios por medio de los antiflogísticos.

Los fenómenos morbosos que desarrollan los narcótico—ácres, no son tan uniformes como los que los narcóticos determinan. Efectivamente, en los primeros se observan numerosas variaciones; asi es que síntomas que en algunos casos predominan, no se presentan en otros, y si se observan son poco marcados. Esto nos mueve á seguir el ejemplo de Orfila, estableciendo algunos grupos en esta clase de venenos.

1.° La *cebolla albarrana*, el *enanto*, el *acónito*, el *heleboro*, la *veratrina*, el *cólchico*, el *estramonio*, el *tabaco*, la *digital*, las *varias especies de cicuta*, la *adelfa*, la *anagalida*, la *aristoloquía*, la *ruda*, el *tanguin de Madagascar*, y el *cianuro de yodo*, son los venenos narcótico-ácres que, igualmente que los irritantes, inflaman las superficies con que se hallan en contacto; y tambien desarrollan en la sangre, en el sistema nervioso y en los pulmones, alteraciones análogas á las que desarrollan los narcóticos. Orfila ha reasumido en los términos siguientes los síntomas que determinan: agitacion, gritos agudos, delirio mas ó menos placentero, movimientos convulsivos de los músculos de la cara, de las mandíbulas y de los miembros; pupilas contraidas, dilatadas, ó en su estado natural; el pulso duro, frecuente, regular ó pequeño, lento é irregular; dolores mas ó menos agudos en el epigastrio y en varias partes del abdómen; náuseas, vómitos pertinaces y deyecciones alvinas; alguna vez, en medio de una gran agitacion, se presenta una especie de embriaguez, estremado abatimiento, insensibilidad, y un temblor general; los pacientes no tienen ganas de vomitar. En un mismo paciente no se desarrollan todos los síntomas que acabamos de mencionar; pero los que ya se han desarrollado nunca cesan completamente para reaparecer al cabo de algun tiempo, como sucede con algunos venenos narcótico-ácres de que muy luego nos ocuparemos.

El tratamiento lo hemos indicado al principio.

2.° No es raro el envenenamiento por la *estricnina* y la *nuez vómica*; pero muy rara vez la cantidad de estricnina es suficiente para desarrollar síntomas de irritacion gastro-intestinal. Todo se reduce en este caso á alteraciones nerviosas muy notables, que son rigidez convulsiva del tronco, que se inclina vio-

lentamente hácia atrás; hay trismo, temblor y sacudimientos convulsivos de los miembros; luego sobreviene un verdadero acceso de opistotonos, durante el cual el tronco se halla inmóvil; el pulso es pequeño, la cara está inyectada; el enfermo se presenta entonces en un estado de asfixia inminente. Estos accidentes pueden calmarse y tambien desaparecer; pero pronto tiene lugar un nuevo acceso que termina la vida. Frecuentemente hay cinco ó seis accesos consecutivos, y generalmente sobreviene la muerte al cabo de siete ú ocho minutos: alguna vez mas pronto ó mas tarde.

En la autopsia solo se encuentran como caracteres anatómicos constantes, una congestion de los pulmones y del tejido cerebral. La rubicundez y el reblandecimiento de la médula que se han observado algunas veces, son lesiones puramente accidentales, y que es muy probable que casi siempre se hayan ocasionado artificialmente.

En el envenenamiento por la estricnina ó por la nuez vómica, á mas de las indicaciones precedentes, debe recurrirse á la insuflacion del pulmon, para impedir la asfixia. Orfila aconseja que se administre tambien el agua clorada, como ya se indicó al hablar del ácido cianhídrico; las pociones etéreas parecen ser igualmente favorables, pero conviene empezar por un vomitivo. ¿Podrian ser útiles en este caso, como lo son en el tétano espontáneo ó traumático, las inspiraciones de cloroformo? Parece que algunos hechos nos autorizan á creerlo asi.

La *brucina*, el *haba de S. Ignacio*, el *upas-tieuté*, la *angostura*, y la *coca de Levante*, son venenos cuya accion se diferencia muy poco de la estricnina; por esta razon no nos ocuparemos circunstanciadamente del envenamiento por dichas sustancias. Lo mismo podemos decir del *alcanfor*, que tomado en alta dosis, puede inflamar, corroer y ulcerar los tejidos del estómago, y cuya absorcion va seguida de horrorosas convulsiones tetánicas, y enfriamiento del cuerpo; finalmente, segun las esperiencias de Orfila, muere el paciente con fenómenos iguales á los que acompañan al envenenamiento por la estricnina; es decir, que la muerte es debida á la cesacion de la respiracion, ó por lo menos á la extremada dificultad que esperimenta esta funcion.

3.° *Hongos venenosos.*—Se citan casos en que los hongos han obrado solo como irritantes de los órganos digestivos, ó como narcóticos; pero casi siempre estos dos efectos aparecen combinados. Asi es que á las dos ó tres horas de la ingestion del veneno, y alguna vez mas tarde (seis, doce, veinte y cuatro y treinta y seis horas, lo que es raro), esperimentan los pacientes malestar, dolores epigástricos, desfallecimiento, náuseas y eructos fétidos con una sensacion de constriccion en la garganta; las deposiciones son líquidas, y las evacuaciones pueden ser tan abundantes como en el cólera. El pulso se presenta pequeño é irregular; las facciones aparecen alteradas; hay sudores frios, y algunos pacientes deliran; otros caen en el coma, ó esperimentan convulsiones, y mueren á las doce, veinte y cuatro ó treinta y seis horas. Los que sobreviven, conservan frecuentemente durante muchas semanas los síntomas de una intensa inflamacion en las vías digestivas.

Hemos dicho que en algunos casos se desarrollan los síntomas nerviosos, sin que les precedan los que son propios de una afeccion gastro-intestinal. Entonces los pacientes sucumben muy pronto á los accidentes cerebrales; tienen

convulsiones atroces y un delirio violento, al que pronto reemplaza un estado apoplético.

El tratamiento es igual al de los narcótico-ácres. Asi, pues, debemos: 1.° espulsar el veneno; 2.° administrar bebidas acídulas y el éter, cuando ya se ha logrado la espulsion. M. Chansarel ha preconizado el cocimiento de la nuez de agalla y el tanino, como los verdaderos antídotos de los hongos venenosos; pero este punto de práctica no está aun suficientemente dilucidado. Como quiera que sea, en la especie de envenenamiento de que hablamos, el tratamiento debe variarse segun que predominen las afecciones abdominales ó cerebrales. En el primer caso se administrarán los mucilaginosos y calmantes, y en el segundo se recurrirá principalmente á los escitantes difusibles.

FIN DEL TOMO SEGUNDO.

# INDICE

## DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO SEGUNDO.

FIN DEL INDICE DEL TOMO SEGUNDO.

## ERRATAS MAS NOTABLES QUE SE HALLAN EN ESTE TOMO.

| Página. | Línea. | Dice. | Léase. |
|---|---|---|---|
| 82. . . . | 17. . . . . | flemosos.. . . . . | flemonosos |
| 357. . | 18.. . . . | FLUGO. . . . . | FLUJO |