16884

S.XIX
4545

PROGRAMA

DE

UN CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE OBSTETRICIA

Y ENFERMEDADES DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS.

S-XIX
4545

945

PROGRAMA

DE

UN CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE OBSTETRICIA,

Y ENFERMEDADES DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS,

POR EL DOCTOR

D. CAYETANO DEL TORO Y QUARTIELLERS.

TOMO II.

BIBLIOTECA PÚBLICA
CÁDIZ

CÁDIZ: 1876.

TIP. LA MERCANTIL,
DE D. JOSÉ R. Y RODRIGUEZ,
Sacramento, 39.

SECCION 4.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DEL SEXO FEMENINO, INDEPENDIENTES DE LA NUBILIDAD, DE LA GESTACION Y DE LAS CONSECUENCIAS DE ÉSTA.

LECCION LXIV.

Division de esta seccion.—A. Clase primera. Enfermedades generales. — 1.° Neurosis y neuralgias. — a. Corea mayor.

Las enfermedades que comprende esta seccion cuarta tienen una existencia independiente en la mujer, y por lo tanto lo mismo pueden presentarse fuera de la gestacion que durante ella, y áun algunas son extrínsecas á su vida sexual, pudiendo encontrárselas en niñas no púberes y en ancianas, sin que apénas se hallen modificadas por estas circunstancias. Hay más; muchas de ellas no son peculiares al sexo femenino, sino que unas son comunes á ambos sexos y otras se pretende en época bien moderna, que tambien pueden padecerlas los hombres.

Para el mejor órden de la descripcion de las enfermedades á que aludo, las he dividido del modo siguiente:

Clase primera.—Enfermedades generales. . . . . . { Nerviosas.—Neurosis y neuralgias. / Humorales.—Discrasias.

Clase segunda.—Enfermedades locales. . . . . . { Lesiones funcionales. / Lesiones orgánicas ó degeneraciones.

A.—CLASE PRIMERA. ENFERMEDADES GENERALES.

1.° NEUROSIS Y NEURALGIAS.

Siempre se ha dado como uno de los atributos esenciales de la mujer su más esquisita sensibilidad que, ya se la considere innata é hija de su constitucion entera, ya se la haga estar bajo la influencia de su aparato generador, ya se la crea sólo producida por la educacion, depende tanto en un caso como en los otros de la perfectibilidad orgánica de los instrumentos de esa misma sensibilidad. Mayor conductibilidad en la fibra nerviosa, mejor receptibilidad quizás en el cérebro, unidas á una disposicion especial de esos mismos nervios, hacen que en el estado fisiológico las sensaciones y los sentimientos jueguen un importantísimo papel en la economía de la mujer, y en el estado patológico ese mismo desarrollo y perfeccion del sistema nervioso, sean un manantial inagotable de sufrimientos.

Pero sin entregarme á elucubraciones que á ningun objeto útil me conducirian, debo dejar consignado, porque importa para mi intento, que las afecciones *sine materia* de los antiguos, y de éstas aquellas que el *consensus omnium* ha venido á hacer radicar en el sistema nervioso (por más que las innumerables autopsias hechas no nos hayan venido á dar una sola razon positiva en apoyo de nuestras opiniones), son de una frecuencia y de una rebeldía extraordinaria en las mujeres, sea cualquiera la época de la vida en que se las considere: y esta frecuencia y esta rebeldía son las causas principales que me han incitado á colocar las afecciones nerviosas á la cabeza de las que esta seccion comprende.

Trataré, pues, primero, de las neurosis, esto es, del corea mayor, el histerismo, la epilepsia y la catalepsia, diciendo luégo breves palabras acerca de las neuralgias más frecuentes en la mujer.

a.—COREA MAYOR.

El corea mayor es una neurosis caracterizada por paroxismos en que hay movimientos desordenados y una exaltacion particular de las facultades intelectuales, pero cuyos paroxismos parecen ejecutados con el más completo conocimiento y bajo la influencia de la voluntad.

Causas.—Esta enfermedad se observa tambien en los individuos del sexo masculino, pero con mucha menor frecuencia que en los del otro, pues segun una estadística de Wicke, de 126 casos, 88 ocurrieron en mujeres púberes.

La edad de la pubertad es tambien aquélla en que generalmente se le observa.

Los hábitos y el género de vida propio de las jóvenes acomodadas de nuestra sociedad y en general todo aquello que contribuye á mantener cierta excitacion en el cerebro, constituye una predisposicion poderosa para esta enfermedad.

Sus causas ocasionales son generalmente una impresion moral fuerte, de cualquier clase que sea; un amor contrariado; una continencia exagerada; los excesos de la masturbacion.

Síntomas.—Esta enfermedad se presenta por ataques, en cuyos intervalos se encuentra la mujer ó la niña abatida, triste, irascible, asustadiza, con el sueño inquieto, sin apetito y con varias neuralgias.

En el momento del ataque verifican las enfermas los movimientos más extraños y difíciles de practicar, pero con una actividad notable y sin demostrar cansancio; ó

adoptan posturas extravagantes; ó imitan el nado ó el vuelo; ó corren, bailan ó cantan; ó pronuncian los más disparatados discursos; ó improvisan en verso, ó profieren en endechas amatorias, en fantásticas novelas ó en oraciones religiosas. Es un verdadero estado de manía, durante el cual algunas se hallan insensibles á todos los excitantes exteriores ó el efecto de éstos es tardío, aunque no es raro verlas volver en sí en cuanto se les derrama agua en cantidad por el rostro.

De este paroxismo unas vuelven repentinamente manifestando extrañeza de cuanto ven ó se les dice; otras van poco á poco recobrando el conocimiento, quedando áun atontadas algun espacio de tiempo, y otras se quedan profundamente dormidas por muchas horas, despues de las cuales se despiertan como de un sueño natural.

Diagnóstico.—Se diferencia del histerismo en la ausencia del clavo y del bolo histéricos y en la falta de las convulsiones clónicas. Esta no existencia de convulsiones con caractéres especiales y con espuma en la boca, distinguen el corea mayor de la epilepsia.

En el *corea eléctrico* hay, segun Hasse, dolores de cabeza y de espaldas, seguidos de sacudidas eléctricas en las extremidades de un lado y más tarde en las de ambos, presentándose en el intervalo de estos síntomas, convulsiones, fiebre y luégo el coma, en el que sucumben los enfermos.

Pronóstico.—El corea mayor no es una enfermedad mortal, pero es rebelde á veces al tratamiento y no es extraño ó verla perpetuarse toda la vida ó terminarse en una monomanía religiosa crónica, etc. La enfermedad de que se trata jugaba un gran papel en los tiempos de los poseidos por el demonio, los que vivian sin comer, los que se llevaban dias enteros en contemplaciones místicas, etc.

Tratamiento. — Creo que no estamos en la época de los exorcismos, ni reliquias, etc., y por otra parte se trata aquí de una obra seria y del tratamiento higiénico farmacológico de una enfermedad que jamás ha dejado de serlo por absurdas interpretaciones á que se haya prestado, razones por las que prescindiré de ciertas prácticas místicas que en un tiempo no remoto se aconsejaban.

El tratamiento debe ser profiláctico y curativo. Observándose esta enfermedad con frecuencia en hijas de mujeres histéricas, debe procurarse que no sean éstas las que hagan la lactancia, y en la niñez se debe dar mucha importancia á todo aquello que desarrolle el sistema sanguíneo, rechazando cuanto puede debilitarlo y exaltar el nervioso. Si á pesar de todo no hemos podido prevenir la enfermedad, hay que procurar su curacion, y para ello usaremos diferentes medios, segun que nos propongamos hacer desaparecer un acceso ó la serie de ellos. Durante el acceso hay que sujetar moderadamente á las enfermas para impedir que se hagan daño, y aflojarle las ropas á fin de que no haya compresiones en los vasos del tronco ó del cuello. Se han aconsejado las inhalaciones con el éter ó con el amoniaco, los sinapismos á las extremidades ó cualquiera otro de los excitantes externos, pero Vogel asegura que el medio que las hace volver más pronto en sí, consiste en arrojar á la cara de las enfermas vasos de agua fría.

El tratamiento curativo del corea mayor es más bien moral que físico. Habiéndose observado que cuando la enferma se hace el objeto de las conversaciones generales por lo raro ó lo extravagante de los accesos, éstos se prolongan años enteros, es preciso no hablar siquiera de dichos accesos y mucho ménos delante de las enfermas:

se las prohibirá la lectura de novelas y las conversaciones apasionadas : se las aconsejará el ejercicio muscular, una alimentacion nutritiva y de fácil digestion, el uso de los ferruginosos, los baños de mar y los viajes, especialmente por mar.

Hay mujeres que simulan esta enfermedad y la simulacion es muy difícil de distinguir. Sin embargo, debe tenerse presente que siempre que la que se dice enferma no da muestras de experimentar sensacion alguna ni movimiento reflejo á consecuencia de los excitantes generales, y en cambio siente el efecto de otros excitantes especiales como los estornutatorios, por ejemplo, hay mucho motivo para sospechar de su veracidad.

LECCION LXV.

Continúa el asunto anterior.—b. Histerismo. Su patogenia, causas, síntomas, curso, duracion y terminacion.

El histerismo es sin duda alguna, no ya la neurosis, sino la enfermedad más frecuente en la mujer. Sobreviene por accesos convulsivos de un carácter particular, entre cuyos intervalos existen otros fenómenos que pueden por sí solos en algunos casos, bastarnos á diagnosticar la enfermedad.

Sobre la patogenia del histerismo se ha escrito mucho, fijando la mayoría de los médicos antiguos el asiento de esta enfermedad en el útero, lo cual nada tiene de extraño si atendemos al papel autocrático que esta víscera desempeñaba para ellos en la economía de la mujer. Pero esta opinion, ó mejor dicho, las diversas opiniones de los

que tal consideran, han caido completamente en descrédito, bastando decir que se citan en la actualidad casos auténticos de histerismo en el hombre. Sin embargo, á pesar de los estudios hechos sobre la naturaleza de esta enfermedad, la teoría sostenida por Hasse de que «consiste en una lesion de la nutricion del sistema nervioso en su totalidad, es decir, tanto de los aparatos centrales como periféricos, » áun sufre algunos vaivenes. Jaccoud afirma que el histerismo es la ataxia de las facultades intelectuales.

Aceptando la doctrina de Hasse, diré con Niemeyer que en el histerismo la enfermedad tiene unas veces su punto de partida en los nervios de los órganos sexuales, otras en los de cualquiera otro órgano enfermo; en no pocas ciertas influencias morales son las que exclusivamente lo producen y en todas se necesita indispensablemente para su desarrollo la existencia de una predisposicion congénita ó adquirida.

Causas. — Se dividen en predisponentes y ocasionales, teniendo una gran importancia las primeras como acabo de indicar.

Entre las predisponentes se cuentan la herencia, el temperamento nervioso, una constitucion delicada, un género de vida demasiado muelle, la lectura de novelas, los placeres de la buena sociedad. En los países cálidos es más frecuente esta enfermedad que en los fríos, tal vez porque aquéllos favorecen el desarrollo del temperamento nervioso.

Como causas ocasionales figuran en primer término las impresiones morales. Un amor contrariado, un susto, una viva emocion de alegría, producen á menudo un primer acceso convulsivo. La abstinencia prolongada del cóito, así como los abusos de la vénus, pueden bastar á

determinar la enfermedad. Los ultrajes al pudor, los celos, una viudez prematura, se cuentan tambien entre las causas determinantes. Ya he indicado más arriba que se le ha visto desarrollarse á consecuencia de ciertas lesiones de la matriz (infarto, ulceraciones) ó de cualquier otro órgano.

En las mujeres que ya padecen el histerismo, determinan la produccion de un acceso cualquier emocion moral, un olor fuerte, una sensacion desagradable de frío ó de calor y la irritacion.

Síntomas. — Describiré sucesivamente los que se observan en el intervalo de los accesos y los que caracterizan al acceso mismo.

Entre los accesos se nota una modificacion considerable en el carácter de la enferma, que adquiere una movilidad considerable de espíritu y una impaciencia extremada; las ideas más inocentes son capaces de excitar en ella ora la tristeza y áun el terror, ora la risa y una alegría extraordinaria; las histéricas padecen de insomnio y tienen ensueños extravagantes; se observa en ellas una hiperestesia general que se traduce por una exquisita delicadeza de los sentidos, con especialidad el tacto y el olfato, sin que sea extraño encontrar al par que esta hiperestesia, anestesias limitadas á tal ó cual parte del cuerpo, y áun sensaciones anormales en los órganos internos (tal enferma siente los latidos de su corazon, otra experimenta movimientos extraños en sus vísceras abdominales, etc.); y entre éstas la más frecuentemente acusada es la de un cuerpo esférico que sube desde el hipogástrio unas veces y otras desde el epigástrio á lo largo del esófago hasta la garganta, determinando una extrangulacion penosa: este es el *globo ó bolo histérico* que las enfermas aseguran que dá vueltas por el vientre y sube. Hay comunmente neu-

ralgias diversas y por lo general un punto sumamente doloroso sobre cualquiera de los tubérculos parietales, y es lo que se llama el *clavo histérico*. Nótanse además varias alteraciones del sentido de la vista (miodesopsia, ambliopías, percepcion de una lluvia incesante, etc.), y no son raras las contracturas y las parálisis.

En el aparato digestivo se notan: la anorexia, la disorexia, la bulimia, la malacia, la pica, todos los trastornos en fin del apetito y los de la sed; las digestiones son lentas y acompañadas de borborismos, timpanitis y dolores gastrálgicos ó enterálgicos; es frecuente el extreñimiento, aunque alguna vez se observa la diarrea.

En el aparato circulatorio llaman la atencion la existencia de palpitaciones nerviosas y los ruidos anormales que se observan en las arterias de las mujeres cloróticas, y en el respiratorio se notan á veces dificultad en la respiracion y áun accesos de asma.

El histerismo puede en ocasiones no caracterizarse por más síntomas que los expresados, los cuales son más notables al acercarse las épocas menstruales y toman grande incremento en la menopausia y esto es lo que se llama la forma *no convulsiva;* pero otras veces, y son las más, á los síntomas dichos que se observan en el intervalo de los accesos, se unen accesos convulsivos que han hecho dar el nombre de *convulsiva* á esta forma.

Estos accesos suelen presentarse con pródromos que varian en cada caso, aunque consisten por lo general en perturbaciones de los sentidos, cefalalgia y ligeros espasmos.

El acceso propiamente dicho comienza comunmente por una agitacion considerable, la presencia del bolo histérico y un grito que precede á la caida de la enferma al suelo, cuya caida no es violenta como en la epilepsia,

sino lenta, pudiendo prevenirse y evitar cuanto pudiera lastimarla. Empieza en seguida á agitarse en convulsiones clónicas muy irregulares, lo que hace sumamente difícil poderla contener en la cama y evitar que se ofenda á sí misma. Durante estas convulsiones, muchas se golpean el vientre y pecho y quieren como arrancar de la garganta un cuerpo extraño, lo que prueba que experimentan la sensacion del bolo histérico. Muchas enfermas gritan durante el acceso y áun hablan más ó ménos disparatadamente y hasta parece como si sostuvieran una conversacion con un ser invisible para nosotros. La convulsion no se limita algunas veces á los músculos de la vida de relacion, sino que los vómitos, las abolladuras que se notan en el vientre, las palpitaciones de corazon y áun la lentitud del pulso y sus latidos irregulares, indican que tambien se hallan afectados los músculos de la vida de nutricion, y que un histerismo muy graduado y cuyos accesos fuesen bien largos, podria poner en compromiso la vida de la enferma. No todas pierden el conocimiento durante el acceso y algunas recuerdan cuanto ha pasado y se ha dicho miéntras se hallaban con él. Despues que se ha prolongado este cuadro de síntomas por un espacio de tiempo que varia entre diez minutos y tres ó cuatro horas, un llanto ruidoso, ó carcajadas, ó gritos, ó quejidos, indican que el acceso toca á su término, y en efecto, la enferma vuelve en sí como de un sueño; queda más ó ménos abatida y cansada durante algun tiempo y áun en algunas persisten ó el clavo ó el bolo histéricos, ó determinadas neuralgias, ó contracturas, ó parálisis, ó ligeros trastornos intelectuales, volviendo al fin todo al estado que tenia ántes del acceso. Uno de los fenómenos que anuncian la terminacion de un acceso, es la escrecion de una cantidad considerable

de orina sin color y diáfana, parecida á el agua clara.

Se ha descrito una forma convulsiva con el nombre de histero-epilepsia, caracterizada por la pérdida completa de conocimiento, lividez y tumefaccion de la cara, rechinamiento de dientes, espuma en la boca, insensibilidad general conservando la enferma al volver en sí muy poca memoria de lo ocurrido durante el ataque.

Tambien existen enfermas en que los accesos no son convulsivos, sino que ó solo hay como los pródromos de un acceso convulsivo, ó despues de estos pródromos hay pérdida más ó ménos completa del conocimiento, éxtasis, sonambulismo, delirio ó síncopes. La forma de estos accesos es muy variable y áun en ocasiones se prestan mucho á las interpretaciones maravillosas que se les dan.

Curso, duracion y terminacion de la enfermedad. — El curso del histerismo es muy variable: unas veces en su principio no es convulsivo y las convulsiones sobrevienen más tarde; otras éstas han iniciado la enfermedad, la que desaparece retardándose los accesos y haciéndose ménos intensos hasta no volver más. En ocasiones sobrevienen verdaderos ataques compuestos de dos, tres y hasta sesenta ó más accesos convulsivos de una duracion desde algunos minutos hasta cuatro ó seis horas y separados por igual intervalo. Se ha visto en determinados casos cierta periodicidad muy marcada en estos ataques y ceder al sulfato de quinina. En otros ha desaparecido la afeccion durante meses y áun años y vuelve luégo sin causa aparente; en algunos la preñez suspende la enfermedad; en ciertos otros la agrava: la edad crítica la ha terminado en ocasiones, pero en ocasiones tambien ha empezado con esta edad crítica.

La duracion del histerismo es muy variable, pues se le ha visto desaparecer con la causa que lo produjo, ce-

der á un tratamiento racional y tambien prolongarse toda la vida.

La terminacion por la muerte es muy rara aunque posible en los casos que mencioné al tratar de la sintomatologia.

LECCION LXVI.

Continúa el asunto anterior.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del histerismo.—c. Epilepsia.—d. Catalepsia.—e. Neuralgias.

Diagnóstico.—El histerismo convulsivo puede confundirse con la epilepsia y la eclampsia y el no convulsivo con ciertos casos de corea mayor y la catalepsia.

El histerismo convulsivo se distingue de la epilepsia en que no existe la cefalalgia ántes del acceso ó guarda los caractéres del clavo histérico; en que el acceso no es repentino como el de la epilepsia, sino que va precedido y áun acompañado del bolo histérico, las convulsiones son clónicas y afectan con igualdad ambos lados, no tónicas y predominando en un lado, la fisonomía no está vultuosa ni hay baba espumosa en la boca, y despues del acceso la inteligencia se recobra muy pronto y se conserva memoria de muchas ó de todas las cosas ocurridas durante aquél.

Atendiendo á los mismos caractéres, se distingue un acceso histérico de uno eclántico.

El histerismo no convulsivo se diferencia de la catalepsia en que en ésta se quedan completamente suspendidas las funciones de relacion y áun aquellos actos de las

de nutricion que están bajo la dependencia de los nervios cérebro-espinales, pero al mismo tiempo que esto ocurre, todo el cuerpo adquiere una tonicidad especial que le hace guardar la postura que se le dá, por incómoda y violenta que sea.

Entre el histerismo con accesos no convulsivos y algunas formas del corea mayor, la distincion suele llegar á ser completamente imposible.

Pronóstico.—Aunque difícil de curar, el histerismo no es una enfermedad mortal en la inmensa mayoría de casos. Sin embargo, en la forma convulsiva, si los accesos son muy largos y repetidos y durante ellos hay graves trastornos circulatorios, pudiera sobrevenir la muerte, así como en la forma no convulsiva si se presentan síncopes muy largos.

Tratamiento.—Puede ser profiláctico y curativo, subdividiéndose éste en higiénico, moral y farmacológico.

A propósito de profilaxis del histerismo surge á la imaginacion la idea de la mal entendida educacion que se dá á la mujer de nuestro siglo, educacion que tiende á hacer de ella un objeto verdaderamente de lujo y no un ser libre con tantos derechos como el hombre á gozar de la felicidad relativa, que consiste en la realizacion de todos los fines de la organizacion. Realizar la aspiracion de la inteligencia, hallando la verdad; la de la sensibilidad con el placer; la de la voluntad con el bien y mantener en un saludable equilibrio, no sólo la parte moral con la física, sino los distintos sistemas de esta parte física, de esta organizacion, equilibrio tan deseable bajo todos aspectos, son cosas difíciles de encontrar ó imposibles, dados los principios que hoy rigen en materia de educacion del ser humano, y más especialmente de la mujer, á la que me vengo refiriendo. La educacion de la mujer estri-

ba ó parece estribar hoy, si pertenece á la clase media ó á la elevada de la sociedad, en hacerla un ente frívolo cuya vanidad halagada y excitada, no ya sólo por los extraños, sino por los propios, es el único Dios en cuyas aras sacrifica. Doncella, el tocador y el gabinete de lectura son las dos únicas habitaciones que conoce; casada, se desdora de los cuidados de su hacienda y desdeña la crianza de sus hijos que puede hacerla perder alguno de sus encantos, y cuando ya anciana la naturaleza le grita á cada instante que su mision ha terminado, todavía se afana en disputar siquiera una hora el cetro que los años le arrebataran, y los efectos de esta lucha impertinente se traducen no sólo por los flatos, los vapores y el histérico, sino por lesiones orgánicas de entidad, triste pero merecido castigo á su locura.

Y qué diré de la educacion de la clase proletaria? Feliz la pobre niña á quien el azar más que el cuidado de sus padres cierra las puertas de la prostitucion que á cada momento les brinda con un aparente bienestar, imposible de adquirir por el trabajo, pero facilísimo por otros medios, y el ejemplo de aquellas de sus compañeras que tan á poca costa recorrieron esa senda de flores tan atractiva á cuyo término se encuentra el deshonor y la muerte.

Porqué no ha de procurarse el desarrollo de la inteligencia de la mujer y por qué la educacion no ha de proporcionarle en ese desarrollo y en el aprovechamiento de su aptitud para ciertas profesiones, los medios de hacerla siempre útil á la sociedad, de librarla en ciertos casos de la miseria y de alejarla de la prostitucion?

Pero no soy el moralista encargado de regenerar á la sociedad, soy en este momento el médico que debe procurar disminuir la frecuencia del histerismo, y para ello

y dejando á un lado estas consideraciones á que sin querer me he elevado, y volviendo á mi objeto, sólo me permitiré decir los medios que deben figurar en el tratamiento preventivo del histerismo, los cuales son los siguientes:

Impedir que una madre histérica crie á su hija y confiársela á una nodriza robusta y sana.

Ejercitar las fuerzas musculares de la niña con paseos y ejercicios gimnásticos.

Prescribirle una alimentacion nutritiva y el uso de los baños de mar.

Evitarle cuantas ocasiones se presenten de desarrollo del sistema nervioso, y por lo tanto impedirle la compañía de otras niñas románticas y la lectura de novelas, así como los cuentos fantásticos y con mayor motivo las conversaciones apasionadas y las impresiones vivas.

No permitirla acostar hasta que la rinda el sueño y hacerla levantar en cuanto despierte; impedirla ir á tertulias, bailes y áun á ciertas representaciones teatrales, y en una palabra, acallar el sistema nervioso y desarrollar el sanguíneo.

Tratamiento curativo. —Abraza el tratamiento de los accesos y el de la enfermedad.

Durante los accesos se aflojarán los vestidos de la enferma y se la sujetará para impedir que se lastime, aunque dejándole cierta libertad en sus movimientos; se la colocará en un colchon sobre el suelo; se la harán aspersiones al rostro con agua fría, se procurará que respire éter, vinagre ó amoniaco, pues se ha visto que estos olores fuertes, á veces las hacen volver en sí. Desterne dice y Valleix afirma, haber obtenido siempre buenos resultados de las inhalaciones de cloroformo. Cruveilhier cree infalible la ingestion forzada de agua fría en el estómago, para lo que se separan los dientes á la en-

ferma con una cuchara y se le echa el agua en la garganta. Tambien se han aconsejado las fricciones estimulantes á las extremidades y los sinapismos, principalmente si hay síncopes, en cuyo caso debe aplicarse uno de estos sobre la region precordial.

No hablo de las emisiones sanguíneas, porque las creo el mayor de los absurdos en estos casos, ni de las excitaciones á las partes genitales, porque el mencionarlas sólo es una inmoralidad.

En el intervalo de los accesos y para curar la enfermedad, hay ántes que todo que llenar la indicacion causal, si es posible, y colocar á la enferma dentro del mejor régimen higiénico. Un cambio de aires y de género de vida ha bastado en algunos casos para hacer desaparecer la enfermedad.

En seguida veremos si hay lesiones en el útero ó en cualquiera otra víscera, á las que se pueda conceder alguna influencia en la produccion de la enfermedad, y en caso afirmativo dirigiremos contra ella un tratamiento enérgico y sostenido. Haremos desaparecer los trastornos menstruales, curaremos la clorósis, aconsejaremos el matrimonio, etc., segun los casos.

Como medios eficaces para el tratamiento del histerismo se han aconsejado la valeriana y el almizcle, el éter y la asafétida, el castóreo y el succino, el óxido de zinc y el sulfato de cobre amoniacal, el cloruro de oro y sodio, el nitrato argéntico, la belladona y el estramonio, el alcanfor, el opio á alta dósis (desde 5 centígramos hasta 60 y 75) como aconseja Gendrin, el acetato amónico, el ácido clorídrico y áun el sulfato de quinina.

En época muy reciente se han recomendado mucho el bromuro de potasio y el bromuro de alcanfor, y de este último medicamento conservo gratos recuerdos. ¿Propor-

cionará ventajas el uso del haschich? Yo al ménos lo he usado con éxito en algunos casos, con especialidad en uno muy notable, en que diariamente aparecia un acceso de neuralgia dorso-intercostal seguida de accidentes convulsivos.

Ciertos fenómenos como la parálisis, las contracturas, las neuralgias, pueden exigir remedios especiales, etc., etc.

c.—EPILEPSIA. d.—CATALEPSIA.

Ninguna particularidad ofrecen estas neurosis en la mujer, como no sea la menor frecuencia de la primera, si hacemos abstraccion del estado de gravidez, en el que la eclampsia se presenta generalmente revistiendo la forma de la epilepsia, de la que principalmente se distingue por la coexistencia de la albuminuria.

La catalepsia, como los éstasis, el corea mayor y el sonambulismo, es más comun en la mujer que en el hombre.

Pudiendo consultarse cualquier tratado de Patología Médica, acerca de estas dos enfermedades, nada diré de ellas. No quiero imitar á un autor de un tratado de Pediatria (bastante notable por otros muchos conceptos) en que se describen con mucha formalidad *los sabañones*.

e.—NEURALGIAS.

Al tratar de la clórosis, del corea mayor y del histerismo, he indicado que entre sus diversos síntomas se cuentan las neuralgias, que son muy rebeldes en extremo entónces, puesto que hallándose subordinadas á la otra afeccion, exigen la desaparicion de ésta para curarlas sin recidiva.

En ciertas enfermedades de la matriz, el dolor es un síntoma constante y de importancia suma, y por lo general debe desconfiarse de toda neuralgia lumbo-abdominal rebelde, principalmente si recae en una mujer en la edad crítica. No una vez, sino muchas, he visto agotar la paciencia de profesores entendidos una neuralgia de esta clase, cuya causa se ocultaba y que se resistia á todo tratamiento, cuya neuralgia era sólo un síntoma de un sarcoma ó de un carcinoma del cuello uterino, de cuya lesion las enfermas no acusaban fenómeno alguno (aunque existia), quizás por ese mal entendido pudor de muchas que es la causa de que se hagan incurables enfermedades que hubieran podido hacerse desaparecer; ó quizás porque siendo el dolor intolerable, la enferma no queria ocuparse de otra cosa que de desterrarlo.

Por la misma razon expresada al hablar de la epilepsia, no trataré con extension de las neuralgias, pero quiero indicar, porque importa el conocerlo, que en ocasiones la asociacion irracional (químicamente hablando) del sulfato de quinina á los preparados ferruginosos, me ha producido la curacion de muchas neuralgias rebeldísimas; y que en otras he triunfado rápidamente de ellas con una inyeccion hipodérmica de una disolucion de sulfato de morfina (1 grano ó sean 5 centígramos por media onza ó sean 14 gramos de agua destilada). Una sola inyeccion me ha bastado en muchos casos, en muy pocos he usado dos y en rarísimos tres en tres dias distintos, encontrándose siempre el pronto alivio desde la primera inyeccion.

LECCION LXVII.

Continúa la clase primera.—2.° Discrasias. Consideraciones sobre la sífilis en la mujer.—B. Clase segunda. Afecciones locales. Su division.

2.° DISCRASIAS.

Distintos son los vicios humorales que afectan á la especie humana, y la descripcion de cada uno de ellos no es propia de una obra como la presente, en la que sólo debe tratarse de las afecciones especiales del sexo femenino ó á las cuales este sexo imprima carácter.

Nada diré por lo tanto del escrofulismo (del que me ocuparé entre las afecciones propias del niño) ni del herpetismo, etc., sólo trataré aunque muy someramente de la sífilis.

CONSIDERACIONES SOBRE LA SÍFILIS EN LA MUJER.

Sabida es la historia de la sífilis y la distincion de las afecciones de las partes pudendas en venéreas y sifilíticas ó no virulentas y virulentas. Sabido es tambien el orígen antiquísimo de la sífilis y que no hay verdaderamente razones para sostener que hizo su primera irrupcion en Europa despues del descubrimiento de la Española ó isla de Santo Domingo. De todos son conocidas las célebres discusiones entre los unicistas y los dualistas, ó sea entre los que admitian un solo vírus sifilítico y entre los que reconocen la existencia de dos, uno considerado como

causa de las afecciones virulentas y otro de las no virulentas. Ocuparéme, pues, de la clasificacion de las afecciones sifilíticas, aunque mencionándola tan sólo para pasar á las particularidades á que más arriba aludo.

Los accidentes sifilíticos se han dividido en primitivos, secundarios y terciarios. Virchow considera tambien tres períodos; el primero de processus irritativos, el segundo de processus gomosos, y el tercero de processus amyloides, períodos que no guardan en el enfermo la gradacion escolástica que acabo de indicar y que en rigor pueden reducirse á dos, á saber: accidentes leves en los que se incluyen todos los processus irritativos y algunos de los gomosos, y accidentes graves que comprenden muchos de los processus gomosos y todos los amyloides. Es frecuente observar en un mismo individuo estas dos clases de accidentes, por ejemplo una iritis irritativa ó verdaderamente inflamatoria y una degeneracion amyloides del hígado, cuya afeccion es uno de los accidentes más graves de la sífilis.

La histologia ha encontrado un producto que si no exclusivo, es muy característico de la sífilis, y este producto es el granuloma (sifiloma de algunos autores) que puede existir en infiltraciones en el órgano enfermo, ó circunscrito y aglomerado, constituyendo los tumores que se han llamado tubérculos sifilíticos ó gomas sifilíticos.

Los llamados accidentes primitivos, ó mejor dicho, el accidente primitivo es la úlcera (que se han empeñado tanto en llamar chancro los malos traductores, que quizás no se la conoce en España con otro nombre), úlcera que en la mujer se presenta con frecuencia en la orquilla, fosa navicular, cara interna de los labios mayores, carúnculas mirtiformes y cara externa de los labios menores, en el órden que quedan indicados, á cuyos órganos siguen

en frecuencia la vajina y el cuello uterino. Estas úlceras cuando son infectantes tienen en su base una induracion formada por ese tejido granuloso y van acompañadas de adenopatias ó infartos glandulares.

De los otros accidentes sifilíticos ninguna particularidad se me ocurre.

Pero sí merece llamar la atencion en ciertas circunstancias, la sífilis visceral de la mujer. No me ocuparé ahora de si la sífilis visceral pertenece á los accidentes terciarios, ó si se presenta en muchas ocasiones en el segundo período de la evolucion de la sífilis; lo que pretendo dejar consignado es que en esta sífilis visceral debe incluirse una variedad de la endometritis mucosa, descrita en la página 153, tomo primero, y la endometritis decídua, ya placentaria, ya caduca, de la que tambien se habló en aquel lugar y cuya descripcion tiene su verdadero sitio en la patología de los anexos del fétus, á cuyo fétus mata frecuentemente, constituyendo por lo tanto una causa poderosa de aborto.

Pertenecen tambien á esta sífilis visceral ciertos casos de ovaritis y el tumor sifilítico de las mamas. De la ovaritis, dice Wirchow: «Nuestros conocimientos sobre la afeccion sifilítica del ovario son muy limitados. Mis observaciones no me permiten dudar de que existe una ovaritis sifilítica, pero no puedo decir si produce algo más que una induracion fibrosa con los diversos estados que le son consecutivos.»

Del tumor sifilítico de la mama se han referido varias observaciones. Del *cáncer sifilítico* de los pechos se hace mencion ya por Astruc, y Richet y Follin han publicado algunos casos que tienden á probar que existe verdaderamente un tumor de la mama, análogo por los síntomas que produce al carcinoma, imposible de distinguir de éste,

que se cura completamente con el tratamiento mercurial, y que parece por lo tanto ser de naturaleza sifilítica.

Respecto á la trasmision de la sífilis de la madre al fétus, de las condiciones de esta trasmision y de ciertas circunstancias de ella, me ocuparé más adelante al tratar de la sífilis congénita en la patología de los niños.

B.—CLASE SEGUNDA. ENFERMEDADES LOCALES.

SU DIVISION.

No muchas, pero de interés sumo, son las lesiones funcionales de que resta ocuparme.

Hemos visto ya á la mujer púber desarrollándose en ella su principal funcion, la ovulacion, y hemos estudiado los trastornos patológicos que acompañan á veces á esta funcion, la desordenan ó la hacen desaparecer, así como los determinados por ella en ciertos casos; hemos estudiado despues, á la ovulacion en sus relaciones con el organismo y al organismo influenciando sobre la ovulacion: hemos admirado los portentosos fenómenos que preceden, acompañan y siguen á la concepcion del nuevo sér: hemos asistido á las afecciones que engendra el estado de gestacion y á las perturbaciones que en esta gestacion se producen por diferentes reacciones desarrolladas en el organismo, ora por causas externas, ora por otras existentes en sí mismo: hemos presenciado el fin del embarazo, observando los recursos de que la naturaleza se vale para terminarlo favorablemente, áun en casos muy dudosos, y la manera como esta misma potente naturaleza es vencida y arrollada en otros más fáciles al parecer; hemos estudiado los fenómenos del puerperio y los accidentes que en el mismo pueden presentarse, y en todos estos casos nues-

tras observaciones y nuestros estudios han tenido sólo por norte el hallazgo de los medios para evitar que el estado fisiológico se cambie en patológico, ó conseguir que éste no tenga funestas consecuencias para los séres confiados á nuestro cuidado.

Despues de concluido el estudio de la mujer en esa serie de actos que componen la funcion de la reproduccion y en las desviaciones que puede sufrir esta funcion, nos hemos empezado á ocupar de la mujer, considerada patológicamente en lo tocante á los órganos encargados de esa funcion, pero independientemente de la funcion misma, y hemos hablado de las afecciones generales humorales y nerviosas que puede padecer, en tanto estas afecciones se separan en algo de las análogas que se observan en el hombre; y hoy queda á nuestro escalpelo investigador, á nuestra observacion atenta, una parte bien restringida, el estudio de las enfermedades independientes de la gestacion y del parto que pueden sufrir los órganos de la generacion que, como es sabido, forman dos aparatos situados á distancia uno de otro, pero íntimamente relacionados, á saber: el aparato secretor de la leche, y el aparato secretor del óvulo y depositario de él hasta su perfecto desarrollo.

Entre estas afecciones, unas consisten sólo en un trastorno funcional, y para acomodarme á la tecnología aún admitida, en una lesion dinámica, y por lo tanto en ellas la alteracion anatómica es el efecto, la consecuencia de la enfermedad. En otras esta lesion anatómica es la causa de la enfermedad y la enfermedad misma. No es extraño, pues, que en las primeras de estas afecciones puedan encontrarse algunas veces en las autopsias, que las alteraciones orgánicas son incapaces de explicar la intensidad de los síntomas, al paso que en las segundas estos

síntomas guardan siempre exacta relacion con aquellas alteraciones.

A pesar de esto, las lesiones funcionales, que así llamaremos á las primeras, determinan con frecuencia y como consecuencia de ellas lesiones orgánicas, nombre que asigno al segundo género de estas afecciones.

Trataré, pues:

1.° De las lesiones funcionales del sistema reproductor de la mujer.

2.° De las lesiones orgánicas del mismo.

Tambien y como apéndice diré algunas palabras acerca de los parásitos que á veces se encuentran en dichos órganos.

En esta seccion incluyen muchos autores los vicios de conformacion de cada uno de esos órganos, pero creyendo este punto mejor colocado en la pediatria, aplazo este estudio para más adelante.

LECCION LXVIII.

Continúa el asunto anterior.—1.° Lesiones funcionales.—a. Ovaritis aguda y crónica.—b. Consecuencias de la ovaritis. Abscesos del ovario.

1.° LESIONES FUNCIONALES.

En este lugar sólo describiré como pertenecientes á este órden las afecciones inflamatorias de los órganos reproductores de la mujer y las consecuencias inmediatas de estas inflamaciones, aunque pudieran tambien incluirse entre las lesiones orgánicas, y si prefiero aquella mar-

cha es principalmente con el objeto de facilitar su estudio y de evitar repeticiones. A seguida, pues, de cada inflamacion trataré de sus consecuencias.

a.—OVARITIS.

La inflamacion del ovario puede ser *puerperal* de la que ya he tratado y no *puerperal*, que es de la que voy á ocuparme.

Esta puede ser aguda y crónica.

Etiología.—La ovaritis no puerperal es bastante rara. Sobreviene generalmente ántes, durante ó inmediatamente despues de la ovulacion, pues la congestion que entónces sufre el ovario, es un elemento muy á propósito para su inflamacion.

Una metritis aguda ó crónica puede originarla.

Los abortos, un enfriamiento durante la época catamenial, la supresion de este flujo, los excesos en el coito, los golpes sobre las regiones ilíacas producen la ovaritis: la viruela puede tambien originarla, y ya he dicho algo sobre la ovaritis sifilítica.

Lesiones anatómicas.—Se ha dividido la ovaritis en folicular, parenquimatosa y peritoneal; pero hoy, despues de mejor estudiada la anatomía hígida y mórbida del ovario, sólo se admite una ovaritis aguda y otra crónica.

Las lesiones de la ovaritis aguda no han sido muy estudiadas, porque esta afeccion se halla exenta de complicaciones y rara vez ocasiona la muerte. En los pocos casos de ella observados, se ha hallado un aumento notable del volúmen del órgano, coloracion rojo-vinosa ó azulada, dilatacion considerable de las venas ováricas, derrámenes sanguíneos en las vesículas, exudaciones y focos puru-

lentos en diversos puntos de la sustancia ovígena y áun en el peritoneo vecino, adherencias del pabellon de la trompa al ovario.

Segun Dugés y Mme. Boivin, que admiten cuatro grados en la ovaritis, se observan en el último un reblandecimiento y difluencia en parte ó en la totalidad del ovario, cuyos restos arrastrados por el pus se mezclan con el derrame peritoneal, que en esos casos es considerable.

Síntomas.—En la ovaritis aguda á poca intensidad que tenga la flegmasía, sobreviene un aparato febril grande, durante el que relucen un dolor más ó ménos fuerte en una de las fosas ilíacas que se exacerba con los movimientos y á la presion, y se extiende con frecuencia á las ingles. Este dolor es más intenso y ménos localizado, y se acompaña de meteorismo y de grandes dificultades para la mixtion y la defecasion cuando el peritoneo se interesa más ó ménos. En estos casos suelen aparecer la retraccion de la fisonomía, los vómitos frecuentes, el considerable aumento del vientre y demás síntomas que caracterizan á la peritonitis, los cuales pueden hasta oscurecer á los de la ovaritis.

El tacto vaginal apénas nos revela otro signo que algun aumento de calor en ese conducto, pero el rectal, al que Lowenhardt dá una importancia suma, hace notar muy distintamente la tumefaccion dolorosa del ovario ú ovarios afectados.

Si la ovaritis sobreviene durante la época menstrual, se suspende este flujo ó por el contrario se verifica una menorragia considerable.

En la ovaritis crónica falta el movimiento febril, el dolor es muy sordo, exacerbándose sólo durante la menstruacion, si ésta como no es infrecuente no se ha supri-

mido: existen dificultades para orinar y defecar; el tacto rectal permite comprobar la tumefaccion del ovario y á la larga la salud general se trastorna considerablemente.

Se ha creido ver cierta relacion entre la ovaritis crónica y la ninfomanía. Sin embargo, hay casos bien comprobados en que ha sido por el contrario causa de anafrodisia.

Diagnóstico.—Es bastante difícil, pudiendo confundírsele en el estado agudo con una metritis, una cistitis, ó una peritonitis, y en el crónico con las dos primeras afecciones y con varias neoplasias del ovario. En los casos dudosos podrá servirnos de auxiliar el tacto rectal.

Pronóstico.—La ovaritis es una afeccion seria, pues siendo tan difícil su diagnóstico, no siempre puede ser tratada con la actividad y energía indispensables, además de que es con frecuencia causa de lesiones orgánicas importantísimas del aparato generador de la mujer.

Tratamiento.—Las evacuaciones generales de sangre, las locales hechas en las regiones ilíacas ó al cuello de la matriz, podrán prescribirse si la constitucion y temperamento de la enferma no las contraindican. Las fricciones al vientre con el ungüento napolitano, los baños generales templados ó los semicupios, las inyecciones emolientes ó calmantes, producen buen resultado. Las pociones oleosas laudanizadas, el opio en cualquiera otra forma ó preparacion, tambien deberán admitirse.

En la ovaritis crónica es preciso recurrir á los iodurados al interior ó los mercuriales, si hubiese antecedentes sifilíticos, las fricciones al vientre con la tintura de iodo, los vejigatorios, los moxas y el sedal á la region del ovario, los baños minerales y entre ellos los de Alhama de Aragon y Villaharta, evitando en lo posible que se de-

bilite la enferma con medicamentos demasiado alterantes.

b.—CONSECUENCIA DE LA OVARITIS. ABSCESOS DEL OVARIO.

Una de las terminaciones de la ovaritis es la supuracion y por lo tanto la formacion de un absceso.

Síntomas.—Despues de llegar á su máximum los síntomas de la ovaritis aguda, disminuye algun tanto el movimiento febril y se hace remitente ó intermitente, al mismo tiempo que el dolor se vuelve pungitivo, pulsativo y aparece un tumor bien perceptible y con fluctuacion muy oscura (más bien pastosidad) en una de las fosas ilíacas, cuyo tumor es más apreciable y la fluctuacion más manifiesta, si se practica el tacto rectal.

Este tumor, que es el absceso á que aludo, se abre expontáneamente unas veces, ó bien en la cavidad de la matriz, ó en la vagina, ó en el intestino recto, despues de haber contraido adherencia con estos órganos, ó la apertura se verifica por la piel, ó tiene lugar en la cavidad peritoneal.

En este último caso sobreviene una peritonitis mortal siempre, pero en los otros puede sobrevenir una curacion completa ó persistir un trayecto fistuloso con las molestias de los de su clase, y ocasionando á la larga, por emaciacion ó extenuacion, la muerte de la enferma.

De lo dicho se deduce el pronóstico de los abscesos ováricos, cuyo diagnóstico de con los de los ligamentos anchos de las trompas, es verdaderamente imposible durante la vida.

Estos pueden aparecer tambien en el curso de una ovaritis crónica.

El tratamiento consiste: 1.° en dar salida al pus al

exterior; 2.° en levantar las fuerzas de la enferma. Para llenar la primera indicacion, si la fluctuacion es muy manifiesta por el recto ó la vagina hasta el punto de comprenderse que existen ya adherencias, se sumerge un trocar en el tumor, y lo que es mil veces preferible, se hace uso del aspirador neumático de Dieulefoy. Si el tumor es bastante apreciable en una de las fosas ilíacas, se hace una aplicacion con la pasta de Viena en el vértice de aquel, procurando la pronta caida de la escara, para practicar otra cauterizacion ó sumergir en el fondo el trocar del aspirador neumático.

Los tónicos reconstituyentes y neurosténicos llenan completamente la segunda indicacion, necesitándose á menudo para completar la curacion, hacer algunas inyecciones en el trayecto fistuloso con líquidos astringentes ó con el ácido fénico, ó con la tintura de aloes, ó con la de yodo, y aconsejar la permanencia en el campo y el uso de los baños minerales sulfurosos. Los de Chiclana de la Frontera me han producido buenos efectos en casos de esta clase.

LECCION LXIX.

Continúa el asunto anterior.—c. Inflamacion y abscesos de las trompas de Fallopio y de los ligamentos anchos.—d. Metritis. Sus diferentes especies.

c.—INFLAMACION Y ABSCESOS DE LAS TROMPAS DE FALLOPIO Y DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.

Menciono estas afecciones acomodándome á la marcha seguida por la mayor parte de los autores de obras de ginecología. Sin embargo, tanto sus causas como sus síntomas, sus terminaciones y su tratamiento no se diferencian en lo más mínimo de los de la ovaritis, pudiendo únicamente la autopsia servirnos para diagnosticar unas de otra estas afecciones.

Para no perder, pues, tiempo, pasaré á ocuparme de la

d.—METRITIS.

Es sin disputa la inflamacion de la matriz una de las afecciones más frecuentes de la mujer, durante el período de su vida sexual, y muchas son las razones que justifican esta frecuencia. En efecto; un órgano que durante más de treinta años se encuentra en una actividad extraordinaria; que si se le considera en estado de vacuidad lo encontramos sufriendo mensuales congestiones, precursoras de otras tantas hemorragias; que encerrando en el estado de gestacion al nuevo ser, se modifica ex-

traordinariamente en su volúmen, en su estructura y en sus funciones durante un espacio de nueve meses, para que luego y á consecuencia de un violento trabajo (en el que no siempre la naturaleza se basta á sí misma), volver al estado de vacuidad, comenzando desde entónces otra nueva evolucion que ha de dar por resultado, despues de treinta á cuarenta y cinco dias, la vuelta de sus anteriores funciones: un órgano expuesto en el primero de los actos de la gran funcion de la generacion á choques, violencias, irritaciones y contagio; que suspendido por bridas ligamentosas en el interior de la pélvis y relajándose éstas frecuentemente, sufre dislocaciones que aumentan su exposicion á los traumatismos; que cuando en cierto período de su desarrollo sube á ocupar, distendiéndolo considerablemente, un gran espacio en el vientre, está por este solo hecho en esa notable exposicion; un órgano que despues de tantos años de tan activo y constante funcionar cae de repente en una completa inaccion que le lleva á la atrofia, debe naturalmente estar expuesto más que ninguno otro á las inflamaciones, puesto que puede decirse que desde la pubertad á la menopausia, su estado normal es un primer grado de la inflamacion.

La metritis se ha dividido anatómicamente en endometritis ó metritis interna, catarral, mucosa; metritis parenquimatosa ó metritis media; y parametritis, metritis externa ó peritoneal. Por su curso se la ha llamado aguda y crónica; por la extension de la flegmasía en general y parcial y ésta en metritis del cuello, y metritis del cuerpo; por su causa en idiópática y sintomática, y en expontánea, traumática y puerperal.

En otros lugares de esta obra me he ocupado, ya de la endometritis (t.° 1.° pág. 153) ya de la metritis puerperal (pág. 526), y para completar ahora cuanto me falta indicar

de la metritis y evitar repeticiones, diré que dividida la inflamacion de la matriz en puerperal y no puerperal y ésta última en endometritis, metritis parenquimatosa, y parametritis, y habiendo ya tratado de la puerperal, resta ocuparme de las otras tres variedades de la no puerperal.

ENDOMETRITIS Ó METRITIS MUCOSA.

En las páginas 153 y siguientes del tomo primero me ocupé extensamente de esta enfermedad, aunque refiriéndome tan sólo al estado de gestacion. Por este motivo la dividí en endometritis mucosa y endometritis decidua, designando con este último nombre las alteraciones que á veces existen en las membranas del huevo humano.

Respecto á la endometritis mucosa ó metritis mucosa ó catarral, que con todos estos nombres se le designa, describí en el lugar citado sus lesiones anatómicas, marcha, diagnóstico y pronóstico, no deteniéndome mucho en el tratamiento, porque el estado de gestacion era un obstáculo á el uso de la mayor parte de los medios verdaderamente eficaces.

Sólo, pues, me ocuparé en este lugar del tratamiento, aunque permitiéndome decir respecto al diagnóstico, que el signo más importante quizás lo constituyen las menorragias frecuentes, las cuales, segun Gallard, son á la metritis mucosa lo que el esputo rumbroso á la neumonia; y respecto al pronóstico, que esta afeccion es una de las causas principales de esterilidad y de abortos.

Tratamiento.—Si se trata de la forma aguda de la afeccion, podrá en buen hora usarse el método antiflogístico con la energía que permitan el temperamento y la constitucion de la mujer, haciéndose evacuaciones gene-

rales ó locales de sangre, aplicaciones é inyecciones emolientes, administrando los purgantes al interior, y sobre todo la digital á la dósis y de la manera que indiqué en la página 130 al tratar de la menorragia.

Para la forma crónica se recomiendan en primer lugar los antisifilíticos, si la sífilis es, como sucede á menudo, la causa productora; además, los tónicos reconstituyentes y á su cabeza el hierro en sus diversos preparados; los baños de mar y los minerales ferruginosos frios, las cauterizaciones al cuello del útero y áun á su cavidad, con el nitrato de plata en barra, el nitrato ácido de mercurio, el líquido hemostático de Pravaz, y áun el hierro candente; las inyecciones intra-vaginales astringentes, y áun las intra-uterinas de la misma clase ó ligeramente cateréticas. Récamier aconseja la abrasion de las fungosidades del interior del útero con una cucharilla de su invencion, pero con este proceder pueden producirse accidentes graves y áun mortales, á consecuencia de que obrando ciegamente no es difícil (y se cuentan casos de ello) perforar la matriz ó provocar una metritis parenquimatosa intensísima que se extienda al peritoneo, y por otra parte no sabiendo el sitio fijo en que se hallan las fungosidades, ocurre con frecuencia raer toda la mucosa, ménos la porcion en que aquellas se encuentran. Estos son los motivos que han hecho abandonar ese medio.

Uno de los medicamentos con que á veces se obtienen ventajosos resultados en esta enfermedad es el cornezuelo de centeno, á causa de su conocida accion sobre la fibra muscular lisa de los vasos, accion que es causa de la detencion de las hemorragias y cuando ménos impide el constante deterioro en el organismo que éstas determinan y favorece la desengurgitacion del tejido de la matriz.

CONSECUENCIAS DE LA METRITIS MUCOSA.

Pólipos mucosos de la matriz.—Trato inmediatamente de esta enfermedad despues de la endometritis mucosa, porque no sólo es una consecuencia inmediata de ella, sino que en ocasiones es un síntoma. En efecto; estos pólipos no son otra cosa que esas fungosidades ó escrecencias á que más arriba me referí, cuando han adquirido un cierto volúmen, y por lo tanto su estructura es la misma que la de aquellas. Consisten estos pólipos en una capa epitélica más ó ménos gruesa, provista de papilas abultadas en forma de maza y cuyas células son parte cilíndricas, parte pavimentosas. Debajo de esta capa hay tejido conjuntivo de fibras cortas, pero con completa ausencia de las elásticas, en cuyo tejido se encuentran numerosas cavidades formadas por la dilatacion de las glándulas de la mucosa, que encierran un líquido trasparente é incoloro, ó coloreado diferentemente. Los vasos ocupan generalmente la superficie de los pólipos. Estos pólipos representan generalmente tumores pediculados, y el pedículo suele ser más ó ménos estrecho y largo, no siendo raro que en ocasiones alguno se prolongue desde el fondo del útero hasta asomar por la vulva. El predominio mayor ó menor del tejido epitelial sobre el conjuntivo, y el número más ó ménos considerable de vasos y áun la distribucion de éstos, influyen sobre la diferente consistencia de los pólipos. En ocasiones se produce en la superficie de la mucosa uterina multitud de pequeños quistes semejantes á perlas, que no son sino esos utrículos distendidos, al mismo tiempo que el resto de la mucosa se retrae y espesa, revistiendo el aspecto de una membrana serosa.

Los pólipos mucosos ocupan el interior de la cavidad

de la matriz, tanto en la parte correspondiente al cuerpo como en la cervical, y á veces, como ya he dicho, son tan prolongados, que entreabren los labios de la vulva y se presentan entre ellos. El sitio, sin embargo, más frecuente, es la cavidad cervical.

Estos tumores pueden sufrir la ulceracion, la mortificacion ó gangrena, y áun la degeneracion coloides.

Síntomas y diagnóstico.—Un flujo leucorreico más ó ménos abundante y la existencia de la menorragia ó de frecuentes metrorragias, son los síntomas que primero llaman la atencion de la mujer, y acerca de los cuales consulta al profesor. Estas hemorragias no van acompañadas de contracciones dolorosas de la matriz, como sucede en otra especie de pólipos, de que trataré más adelante, y se produce á veces por la causa más insignificante, y principalmente con el coito. Esto obliga á hacer un reconocimiento, y entónces el tacto vaginal revela la existencia de un tumor blando, redondeado, de tamaño variable, situado en el contorno del cuello del útero, ó saliendo de su cavidad. El espéculum hace reconocer fácilmente el tumor cuyo color es rojo azulado, y se distingue bastante del rojo pálido ó sonrosado del resto de la mucosa cervical. A veces ni el tacto ni la vista nos pueden hacer descubrir el tumor, cuya existencia sólo nos harán sospechar los otros síntomas ya expuestos, y en otras ocasiones nos quedará la duda de si el tumor que vemos y tocamos es un pólipo mucoso ó fibroso: pero afortunadamente en este caso el tratamiento es idéntico, y despues de extraido podemos rectificar el diágnóstico. Para ilustrar éste, será preciso á veces usar de la sonda uterina.

Pronóstico.—Esta enfermedad puede conducir á la mujer á su aniquilamiento por las muchas pérdidas de

sangre que ocasiona, pero tratada oportunamente se la hace desaparecer. Sólo adquiere gravedad el pronóstico en los casos en que existen muchos pólipos y son inaccesibles al dedo y á los instrumentos.

Tratamiento.—El tratamiento farmacológico es idéntico al de la metritis mucosa, bajo cuya dependencia se encuentra. El tratamiento quirúrgico consiste en la cauterizacion, la ligadura y la extirpacion.

Cauterizacion.—Se practica con el nitrato de plata en barra, si el pólipo ó pólipos son pequeños; con el nitrato ácido de mercurio si algo más voluminosos. Se repiten las cauterizaciones del tercero al sexto dia, segun la intensidad de la afeccion, y rara vez se apela al hierro candente. Este método es aplicable en muy pocos casos.

Ligadura.—Cuando sólo existe un pólipo de mediano ó gran volúmen y perfectamente pediculado, se ha procedido á veces á la ligadura, la cual se practica colocando un asa de hilo encerado en la extremidad perforada de unas pinzas de pólipos, y conduciendo la pinza cerrada hasta lo más elevado del pedículo, sirviendo de conductor el dedo índice de la mano izquierda. Cuando la pinza llega á dicha extremidad del pedículo, se abren sus ramas y se procura abrazarlo por el asa de hilo, practicando entónces la torsion de éste. Una cánula doble ó cualquier aprieta nudos, puede tambien servir para el objeto.

Es excusado decir que se coloca la mujer como para la operacion de talla y que se aprieta diariamente la ligadura hasta que cae el pólipo, debiendo hacerse entónces algunas inyecciones con líquidos detersivos ó astringentes.

Despues de caido el pólipo con la ligadura suele reproducirse, y por esto es que unos renuncian á ella y otros la combinan con la cauterizacion.

Extirpacion.—Para lograrla se apela al arrancamiento y á la escision, bien con el instrumento cortante, bien con el estrangulador lineal de Chassaignac.

El arrancamiento se hace cogiendo el pólipo por su pedículo con unas pinzas de las llamadas de pólipo, y una vez bien sujeto, ó se tira fuertemente de él, ó lo que es preferible, se le dan muchas vueltas á la pinza hasta que aquel se desprende. Muy raro será el caso en que esta operacion vaya seguida de accidentes, ni en que tropiece con graves dificultades.

Para la escision se guian con el dedo índice izquierdo unas tijeras curvas por su plano y romas, hasta llegar á la parte más alta del pedículo, el cual se procura coger entre las ramas de aquellas y se corta. Si nos queremos valer del estrangulador lineal, se toma uno curvo, y con su cadena se comprende el pedículo, que paulatinamente se va estrechando hasta completar la seccion.

Favorece todas estas operaciones la colocacion de un espéculum ó los depresores de Gerdy.

De todas ellas, la que tiene más generales indicaciones, la ménos expuesta á recidiva, en la que sobrevienen ménos accidentes y quizás la más fácil de practicar, es el arrancamiento por torsion.

PÓLIPOS FIBRINOSOS.

Es difícil asignar sitio en cualquier clasificacion á esta enfermedad; pero como quiera que para que se desarrolle es indispensable por un lado cierta dilatacion de la matriz, ó cuando ménos cierta dilatabilidad, y por otro que hayan tenido ó tengan lugar hemorragias; y como quiera que estas dos condiciones encuentran reunidas

en la metritis mucosa, la voy á describir á continuacion de ésta.

Los pólipos fibrinosos se observan á consecuencia de los métodos operatorios á que aludo, ó despues de abortos ovulares ó embrionarios.

Segun Kiwisch, consisten en un coágulo sanguíneo, que detenido en el interior del cuerpo ó del cuello de la matriz ha ido perdiendo poco á poco sus partes colorantes y líquidas, quedando un cuerpo compuesto de una cubierta fibrinosa blanquizca ó de color gris, en cuyo interior se encuentra un coágulo sanguíneo rojizo. Estos tumores tienen la forma y el tamaño de la cavidad que les contiene; sobresalen algunas veces, aunque pocas, de la abertura del cuello de la matriz y despues de haber determinado durante dos ó tres meses los fenómenos de presuncion de un embarazo, sobrevienen contracciones uterinas que dan por resultado la expulsion del tumor. Kiwisch los atribuye á la retencion de la sangre menstrual; pero despues de un estudio detenido de esta afeccion ha venido á convenirse, que cuando ménos, en la inmensa mayoría de casos, reconocen por causas las que ya he indicado.

Como los síntomas que determinan los pólipos fibrinosos son idénticos á los que se observan en el primer período de un embarazo, rara vez será posible *á priori* distinguirlos de este estado, y sólo cuando se presenten las contracciones uterinas y la hemorragia que les sigue (fenómenos que sin la menor dificultad se pueden tomar como debidos á un aborto) y el pólipo se haya expulsado, es cuando podremos hacer el diagnóstico.

De todas maneras, y en la duda en que siempre nos hallaremos en esta afeccion (duda que sólo faltará cuando estemos plenamente convencidos de que la mujer no tiene

absolutamente relaciones sexuales), la trataremos como si fuese un aborto, estableciendo las indicaciones que manifesté en su lugar oportuno (t.° 1.° pág. 209) á saber: 1.ª la de evitarlo á toda costa; 2.ª la de apresurarlo en el momento en que se pierde fundadamente la esperanza de llenar plenamente la primera.

En el mismo lugar de esta obra se habló de los medios reputados como eficaces para llenar una y otra de ambas indicaciones.

LECCION LXX.

Metritis parenquimatosa, aguda y crónica.

Esta afeccion, que tambien ha sido llamada metritis flegmonosa ó purulenta, es, cuando se presenta fuera del puerperio, la segunda de las tres especies que he admitido.

Las causas quedan expuestas en la pág. 34, cuando hablé de las razones que existen para explicar la suma frecuencia de las inflamaciones de la matriz.

Lesiones anatómicas.—En la forma aguda (en la que es verdaderamente típica esta flegmasía), la autopsia revela una tumefaccion considerable de las paredes del útero que se encuentran como engurgitadas de sangre y con pequeños focos purulentos diseminados, ó un absceso considerable. Bernutz cree que estos abscesos son verdaderas colecciones purulentas vasculares, y segun Duplay los vasos en que existen estas colecciones son los linfáticos.

Es raro que la flegmasía invada exclusivamente al parenquima del útero, y por esta razon se encuentran con frecuencia al mismo tiempo ulceraciones ó pólipos mucosos en el cuello uterino, y tambien vascularizacion en el peritoneo que cubre la matriz y en los ligamentos anchos, depósitos plásticos y derrámenes serosos.

Síntomas.—La enfermedad se inicia en la mayoría de casos con escalofríos más ó ménos violentos y largos, seguidos de un estado febril notable durante el cual aparecen los síntomas locales y se desarrollan otros generales. Los síntomas locales son: dolor en la region hipogástrica que se exacerba con el tacto y que se extiende por las caderas á la region lumbar y á la parte superior é interna de los muslos: este dolor suele exacerbarse á intervalos, como si se tratase de verdaderos cólicos de la matriz. A este dolor acompaña sensacion de peso hácia la pélvis, dificultad en la mixtion y en la defecacion, prurito en la vulva, y áun tumefaccion y dolor en las mamas. Si con una mano se comprime el hipogastrio y con el índice de la otra se hace presion sobre el cuello uterino (cuyo orificio se encuentra entre-abierto) aumenta la sensacion dolorosa. Hay tambien timpanitis abdominal, y la menstruacion se suprime, aunque Churchill ha visto mujeres atacadas de la metritis parenquimatosa aguda en las que han sobrevenido metrorragias; pero en estos casos ha habido una coexistencia de la metritis parenquimatosa con la mucosa.

Los síntomas generales consisten en un malestar general, quebrantamiento de fuerzas, anorexia, sed intensa, fiebre elevada y en ocasiones bastante excitacion nerviosa y delirio.

Esta enfermedad termina con bastante frecuencia por su paso al estado crónico; en algunos casos sobreviene la resolucion, en otros más raros la supuracion ó formacion

de abscesos, y se habla de algunos en que la terminacion ha sido por gangrena.

Diagnóstico.—Puede confundirse esta enfermedad con la metritis mucosa, con la peritonitis, con la ovaritis, con la cistitis y con la fiebre puerperal. Esta última se la distingue por la época de su aparicion. Comprendiendo la matriz entre el dedo índice de una mano que oprime el cuello y la palma de la otra que se dirige sobre el hipogastrio, se exacerba considerablemente el dolor, lo cual no ocurre en ninguna de las otras afecciones, incluso la metritis mucosa. Se diferencia además de esta última en que así como el síntoma más constante de ésta es la menorragia, la otra produce la amenorrea. Los vómitos, el extreñimiento, la retraccion de la fisonomía, la extension del dolor á todo el vientre, el meteorismo más considerable, la fiebre más alta, separan á la peritonitis de la enfermedad de que se trata. En la ovaritis el dolor ocupa una ú otra de las fosas ilíacas. En la cistitis se encuentran alteraciones en la orina, que algunas veces sale mezclada con pus.

Pronóstico.—La metritis parenquimatosa aguda es una enfermedad bastante grave, pues además de sus posibles terminaciones por gangrena ó por supuracion (la primera de las cuales es constantemente mortal y la segunda en la mayoría de casos), tiene esta enfermedad una gran tendencia á su paso al estado crónico, el cual es origen de continuados sufrimientos para la mujer y causa á menudo de degeneraciones orgánicas. Sin embargo, cuando esta metritis aparece en mujeres medianamente robustas, bien asistidas y atendidas á tiempo, hay que aguardar confiadamente la resolucion, máxime si la causa no ha obrado con mucha intensidad ni durante largo tiempo.

La *metritis virginal*, ó sea la que aparece en las don-

cellas, implica más gravedad que la que ocurre en las mujeres casadas y que han tenido hijos, sin duda porque en ellas la matriz está ménos expuesta á las causas de su inflamacion, y tiene ménos aptitud á reaccionar sobre ellas.

Tratamiento.—La quietud, la tranquilidad de espíritu, la permanencia en cama, la dieta y los refrigerantes, deben prescribirse á todas las mujeres afectadas de esta enfermedad, así como el régimen antiflogístico directo ó indirecto, segun la constitucion y las fuerzas de la enferma, los baños templados generales, algun laxante y los narcóticos.

Merecen ser recomendadas especialísimamente las fricciones mercuriales al vientre y la administracion del calomelano por el método de Law.

Si sobreviene la gangrena, se usarán los tónicos al interior y en inyecciones, figurando á la cabeza de ellos la quina y sus preparados.

Cuando se presente el absceso ó la enfermedad pase al estado crónico, el tratamiento será el que á continuacion y al tratar de cada una de estas afecciones expondré.

METRITIS PARENQUIMATOSA CRÓNICA.

Se le ha llamado tambien *infarto crónico* de la matriz, confundiéndosela á menudo con el carcinoma de esta entraña, siendo esto causa de multitud de amputaciones de su cuello en los casos en que se hallaba limitada á él, lo cual hizo subir prodigiosamente en manos de Lisfranc la estadística favorable á la no reproduccion del carcinoma del cuello uterino despues de la escision de éste.

Tengo para mí, sin embargo, y sin que esto sea un ultraje á la memoria del célebre cirujano, que éste tenia

conciencia, en medio de la monomanía por extirpar cuellos del útero que le aquejaba, de que no todos esos cuellos eran cancerosos, ó mejor dicho, de que casi ninguno lo era. Verdad es que en esto seguia la máxima de los jurisconsultos, de que más vale que eludan el castigo cien culpables que se condene á un inocente, máxima que él podia parodiar diciendo; más vale extirpar mil cuellos uterinos sin necesidad, que dejar sin extirpar uno verdaderamente canceroso.

Hay tambien grande confusion entre los autores, respecto á lo que debe entenderse por metritis parenquimatosa crónica ó infarto crónico y por hipertrofia del útero, y el mismo Lisfranc que admite estas dos lesiones como completamente distintas, reproduce exactamente al tratar en su obra de la segunda, la misma descripcion que habia dado de la primera pocas páginas ántes. Por mi parte prescindo de esta diferencia, pues como indica la anatomía patológica, ambas afecciones no son sino una sola, que describiré con el nombre que ya le he dado de metritis parenquimatosa crónica.

Etiología.—Ya he hablado de ella al tratar de la metritis mucosa y de la forma aguda de esta misma especie; agregaré que todo cuanto sea capaz de congestionar el útero, bien de una manera activa, y con especialidad pasivamente, debe considerarse como causa de esta enfermedad. Así es que los abortos frecuentes, las desviaciones de la matriz y ciertas neoplasias la producen con frecuencia.

Lesiones anatómicas.—Scanzoni considera dos períodos, el de reblandecimiento (infarto por exudacion serosanguinolenta de Becquerel) y el de induracion (infarto por exudacion fibrinosa). En el primer período hay una hiperemia considerable del tejido propio del útero y una

infiltracion de granulaciones moleculares azoadas y grasientas y elementos fibro-plásticos, de lo que resulta un aumento considerable en el volúmen del útero, pero que semejante á la hipertrofia escéntrica del corazon, viene acompañado de aumento tambien ó dilatacion de su cavidad, pero de disminucion en su consistencia. La matriz en este período se encuentra como infiltrada y con una vascularizacion considerable.

En el segundo período los elementos fibro-plásticos se han organizado, constituyendo las fibras del tejido conjuntivo, al paso que se ha reabsorvido la materia amorfa, ó sea las granulaciones, y desarrollándose y proliferando considerablemente este tejido conjuntivo, va poco á poco comprimiendo los vasos y disminuyendo por tanto la vascularizacion del útero, y *sustituyendo* al tejido propio del útero, al que llegan á dejar con el aspecto de un tejido duro y blanquecino, aunque conservando el volúmen que habia llegado á adquirir.

Merece, pues, el primer período el nombre de reblandecimiento, y el segundo el de esclerosis con que Scanzoni los designó.

Al mismo tiempo que estas lesiones, se observan fungosidades y pólipos mucosos en la cavidad uterina, si coexiste la metritis mucosa; los huevos de Naboth que no son otra cosa que quistes por retencion de los folículos de la mucosa; granulaciones en la porcion vaginal del cuello; ulceraciones tanto en éste como en la cavidad del cuerpo: y en ocasiones bridas celulosas que adhieren la superficie peritoneal del útero á algunas asas de intestino delgado.

Síntomas.—Al tratar de la metritis parenquimatosa aguda, indiqué los fenómenos que caracterizan su paso al estado crónico: voy ahora á tratar sólo de los síntomas

por los cuales puede reconocerse la enfermedad, ya sea sólo una continuacion de la aguda, ya empiece desde luego crónica.

Estos síntomas son; dolor gravativo en el hipogastrio, el que se aumenta con la marcha, los esfuerzos musculares, la tos y el coito y que se extiende por atrás hácia el sacro y los lomos, y por delante á las ingles y parte superior é interna de los muslos. Este dolor adquiere durante las épocas menstruales el carácter de expulsivo, por lo que se le ha llamado cólico uterino y se complica con la coccigodinia, lo que aumenta considerablemente las molestias de la enferma. La funcion menstrual se encuentra trastornada, presentándose con frecuencia la amenorrea ó la dismenorrea, y sólo la menorragia en los casos en que coexiste la metritis parenquimatosa con una endometritis. Aparece tambien en la enfermedad que describo, unas veces la disuria, otras el tenesmo vesical ó el rectal.

La palpacion abdominal hace apreciar cierta tension dolorosa del abdómen y algun aumento en la temperatura. El tacto vaginal permite percibir el cuello uterino tumefacto, redondeado, cilíndrico ó cónico, pero con la base hácia abajo, sin que sea extraño hallar uno de sus labios mucho más prolongado que el otro y la abertura que hay entre ellos bastante ámplia y áun con ranversamiento de ambos labios (ectropion de los labios del cuello de la matriz). El exámen especular confirma estos datos y se observa la mucosa cervical de un color rojo vinoso, sembrada de granulaciones ó con úlceras que á veces se las vé penetrar en la cavidad del cuello.

Por el cateterismo uterino se nota que la capacidad del órgano ha aumentado tanto supero-inferiormente como en las demás direcciones.

Todas estas exploraciones suelen ser difíciles, pues á menudo existe una antero ó retroversion.

Figura tambien entre los síntomas de la enfermedad en cuestion la leucorrea, que cuando procede de la cavidad del cuerpo es muy líquida y contiene hematies, células epiteliales pavimentosas y algunos glóbulos de pus, y cuando viene de la cavidad cervical es más viscosa, parecida á la clara de huevo y contiene mucha albúmina, células epiteliales y algunos leucocitos. La reaccion en uno y otro caso es alcalina, en lo cual se distingue el flujo uterino del vaginal que la presenta ácida.

A estos síntomas se une frecuentemente un estado histérico, una cloro-anemia bien marcada, una fisonomía particular que se ha llamado facies uterina y varias erupciones cutáneas (eritema, roseola, urticaria, acne, eczema).

Diagnóstico.—Puede confundirse la metritis parenquimatosa crónica con un estado de gestacion, con un fibroma ó un carcinoma uterinos, con una cistitis y con una rectitis.

Se distingue del estado de gestacion en la existencia del dolor, la falta de desarrollo progresivo del útero y las lesiones del cuello.

En el fibroma el tacto vaginal permite reconocer la existencia del tumor fibroso, la cual se comprueba por el cateterismo uterino. Las frecuentes y abundantes hemorragias de estos tumores fibrosos contrastan con la dismenorrea ó la amenorrea propias de la metritis.

En el carcinoma revelan el tacto y la exploracion especular la destruccion del cuello uterino en una extension más ó ménos considerable, y además el flujo leucorréico presenta los caractéres especiales que manifestaré al describir esa enfermedad.

Ni en la cistitis ni en la rectitis existen las alteraciones del cuello de la matriz descritas más arriba.

Ántes de terminar lo referente al diagnóstico, voy á copiar el cuadro que Le Blond ha trazado, reasumiendo los caractéres de los dos períodos de la metritis parenquimatosa crónica:

PRIMER PERÍODO.

Útero muy voluminoso.
Sensacion de blandura. Útero como edematoso.
El útero se deja deprimir ó levantar fácilmente.
Superficie roja, lívida y sangrando á menudo.
Frecuentes metrorragias.

SEGUNDO PERÍODO.

Útero poco voluminoso.
La dureza ha reemplazado á la blandura.
El útero está más pesado y no se deja elevar.
La superficie presenta placas amarillentas.
Amenorrea ó dismenorrea reemplazando á las metrorragias.

Pronóstico.—Esta afeccion es bastante rebelde y no es extraño verla durar muchos años trayendo consigo un estado de depauperacion considerable en las enfermas, aparecer ulceraciones graves, trasformarse éstas en cancroides ó en verdadero carcinoma y producir la muerte en medio de considerables y prolongados sufrimientos.

Tratamiento.—Debe ser general y local. El primero se dirigirá á sostener y reanimar las fuerzas de la enferma por medio de los tónicos neurosténicos y reconstituyentes, la permanencia en el campo, los baños de mar y

la hidroterapia en establecimientos *ad hoc*. Los baños minerales ferruginosos tambien convienen. Se han empleado tambien los yoduros de potasio, sodio y hierro, la digital, el sulfato de quinina y la *cura famis*. Si se descubriese la existencia de alguna discrasia, deberá combatirse enérgicamente.

Ántes de emprender el tratamiento local ó simultáneamente, será preciso descartar las complicaciones existentes, valiéndonos de los medios que cada una puede exigir (astringentes en las hemorragias, calmantes en los dolores, absorventes para las dispepsias, purgantes para el estreñimiento, etc. etc.), y despues de conseguido ésto emplearemos aquellos otros medios á quienes se ha concedido eficacia en esta enfermedad y que son las ventosas secas ó escarificadas y las aplicaciones de sanguijuelas al cuello uterino para hacer desaparecer el estado congestivo que existe en el primer período; las inyecciones astringentes; los pesarios medicamentosos hechos con sustancias astringentes y con otros agentes como el yoduro potásico; las pinceladas al cuello uterino con la tintura de yodo ó el líquido hemostático de Pravaz; las cauterizaciones al mismo con el nitrato de plata en barra, la potasa cáustica, el cáustico de Filhos, el nitrato ácido de mercurio, y sobre todo el hierro candente que produce una modificacion pronta y ventajosísima. Tambien se ha empleado la electricidad por medio de corrientes de induccion, poniendo uno de los reóforos en el interior de la cavidad uterina y el otro sobre el hipogastrio.

La mujer que tenga este padecimiento usará el coito con moderacion, sin que deba prohibírsele en absoluto, sino que por el contrario, el estímulo que produce puede ejercer una influencia algun tanto favorable en el segundo período de la enfermedad, como asegura Gallard.

LECCION LXXI.

Consecuencias de la metritis parenquimatosa.—Gangrena.—Abscesos.—Granulaciones.—Ulceras.

Sobrevienen á consecuencia de la metritis parenquimatosa aguda, además del estado crónico, la gangrena y los abscesos.

Son consecutivas á la metritis parenquimatosa crónica, las granulaciones y las úlceras del cuello.

Aunque en este lugar podria ocuparme de la leucorrea uterina, como quiera que tendré tambien que tratar de la leucorrea vaginal y la descripcion de ésta habrá de involucrarse con la de aquella, aplazo para entónces hablar de ambas á fin de evitar repeticiones inútiles.

GANGRENA DEL ÚTERO.

La metritis parenquimatosa aguda puede terminarse por gangrena en dos circunstancias completamente opuestas. O bien la inflamacion es muy intensa, ocupa casi la totalidad del tejido de la matriz y recae en una mujer sanguínea y bien constituida, ó por el contrario, sobreviene en otra de temperamento linfático, constitucion empobrecida y con una discrasia cualquiera. En el primer caso y despues de una fiebre altísima y cuando los dolores en el hipogastrio han llegado á su máximum de intensidad y el vientre está timpanizado y todo él sensible á la presion,

desaparecen todos estos síntomas como por encanto; cesa el dolor; la mujer llega hasta á conciliar algunos instantes el sueño, pero al mismo tiempo se contraen las facciones, descomponiéndose notablemente; se enfrian las extremidades; aparece un sudor frio; el aliento es fétido; ocurren algunas deposiciones diarréicas y el pulso se torna irregular, intermitente, y por último, deficiente, y la mujer sucumbe, aunque sin grandes sufrimientos.

En el segundo caso, jamás los dolores ni la fiebre alcanzan grande intensidad, pero la enferma se vé asaltada de negros presentimientos, espele por la vagina un flujo sanguinolento y muy fétido, se vé molestada por un hipo pertinaz, por diarreas frecuentes y de olor repugnante en extremo, y desde los primeros dias presenta su fisonomía los caractéres de la cara hipocrática.

Es preciso estar muy prevenido para poder diagnosticar esta mala terminacion y he visto algun profesor de mérito, incurrir en un error funestísimo para su crédito en un caso semejante. Siempre y principalmente cuando se trate de una inflamacion intensa, desconfiaremos de una mejoría que aparece de repente y es muy considerable; y entónces el estado del pulso y los otros fenómenos generales nos pondrán en camino de discernir con certeza si la mejoría lo es realmente, ó si por el contrario, es el anuncio de una próxima muerte.

Tratamiento. — Si la inflamacion es muy intensa será preciso proporcionar á ella la energía del tratamiento antiflogístico empleado; pero en cuanto la gangrena aparece, todo es completamente inútil. En la forma adinámica (digámoslo así) de la afeccion, será preciso desde el principio de la enfermedad administrar el sulfato de quinina, la quina en sustancia, el ácido fénico, el alcohol ó el vino y una alimentacion reparadora, aunque con la

firme conviccion de que será muy raro que la gangrena se limite y la enfermedad termine por la curacion.

ABSCESOS DE LA MATRIZ.

Los abscesos del parénquima del útero son muy raros fuera del estado puerperal, al tratar del cual los describí.

Estos abscesos subsiguen á una metritis parenquimatosa aguda y tambien pueden presentarse independientemente de ella y de una manera lenta, á consecuencia de cuerpos extraños del interior del útero (cálculos uterinos) ó aplicados á su cuello (pesarios) y complicando á otras enfermedades del útero (carcinoma). De todos modos el diagnóstico es muy difícil en la mayoría de casos, pudiendo atribuirse á cualquiera otra causa la fiebre errática que en ocasiones es el único fenómeno notable que existe, y facilitándolo sólo la presencia de un tumor fluctuante, apreciable exteriormente ó por el tacto vaginal ó el rectal, principalmente si este tumor aparece durante el curso de una metritis parenquimatosa aguda y despues que ésta ha llegado á su máximum de intensidad y descendido algun tanto los síntomas generales, trocándose la fiebre de contínua que era en remitente ó intermitente.

El pronóstico de esta enfermedad es siempre muy grave; primero, porque muchas veces la primera sospecha que de ella tenemos consiste en la aparicion de los síntomas de una peritonitis agudísima, debida á la rotura del absceso en la cavidad peritoneal; segundo, porque aunque lleguemos á diagnosticarla, no siempre está el absceso asequible á los medios de que podemos disponer; y tercero, porque áun en el supuesto de que esto ocurra, siempre hay la contingencia de que quede una fístula, ó

cuando ménos una inflamacion crónica de la matriz, orígen de multitud de sufrimientos y áun de enfermedades de gravedad suma.

Tratamiento. — Scanzoni aconseja el calor en la forma de baños calientes, inyecciones vaginales é intra-uterinas y cataplasmas al vientre, aumentando la energía del tratamiento antiflogístico á que pudiera estar sujeta la enferma y procurando la evacuacion del absceso por la vía que fuera más fácil y ménos peligrosa, valiéndonos para ello de las aplicaciones de la pasta de Viena, la perforacion del tumor y la aspiracion neumática con el aparato de Dieulafoy.

GRANULACIONES DE LA MATRIZ.

No es verdaderamente el granuloma el tejido de nueva formacion que se desarrolla en la matriz y que ha merecido el nombre de granulaciones de la matriz ó metritis granulosa. Estas granulaciones ó sean los corpúsculos redondeados de diferente volúmen (aunque nunca considerable), de color rojo oscuro, y áun á veces trasparentes, de que está sembrado el hocico de tenca, tanto en una metritis parenquimatosa que ha durado algun tiempo, como en una endometritis con las mismas circunstancias, son quistes por retencion, es decir, utrículos glandulares de la mucosa que á causa de la obturacion de su abertura se han ido dilatando lentamente á causa de la aglomeracion del líquido que se segrega. Estos quistes suelen adherirse unos á otros formando grupos y áun una vez hecha la adhesion romperse la porcion contigua de unos y otros y comunicarse entre sí y constituir entre varios un quiste único.

Al tratar de las dos especies de metritis ya descritas,

hablé de estas granulaciones como uno de sus síntomas en ciertos casos, y ahora sólo agregaré que en ocasiones exigirán ellas modificar el tratamiento de la enfermedad que las produzca, adicionándolo con algunas escarificaciones ó cauterizaciones con el nitrato de plata sólido.

ULCERACIONES DE LA MATRIZ.

La mayor parte de los autores describen una úlcera simple ó escoriacion del cuello de la matriz, otra granulosa, otra fungosa ó en forma de cresta de gallo, otra varicosa, otra fagedénica, otra sifilítica, otra cancerosa y otra tuberculosa; pero si tenemos en cuenta que estas dos últimas constituyen sólo un período del carcinoma ó del tubérculo del útero y que por lo tanto deben describirse con estas dos afecciones; que de la úlcera sifilítica ya he hablado (páginas 23 y siguientes); que el fagedenismo, así como la varicosidad, son sólo accidentes ó complicaciones de la úlcera simple y que la úlcera fungosa, la granulosa y la escoriacion del cuello del útero son sólo distintos grados ó períodos de la úlcera simple, sólo me ocuparé en estelugar de ésta, aunque mencionando á las varices y al fagedenismo, así como á la gangrena, entre las complicaciones.

ÚLCERA SIMPLE DEL CUELLO UTERINO.

La úlcera simple ó de origen inflamatorio de la matriz es siempre consecuencia de una inflamacion de este órgano y sus causas por lo tanto son las de ésta.

Afecta generalmente la superficie del hocico de tenca con cierta tendencia á penetrar en la cavidad cervical; el labio posterior es con más frecuencia invadido que el an-

terior. Existen tres variedades, ó mejor dicho, tres grados de esta enfermedad. En el primero ó simple erosion, muy comun durante la preñez, hay un simple desprendimiento del epitelium y con el espéculum se observa la superficie denudada del cuello de un color rojo vivo y como vi-llosa, formando un semicírculo más ó ménos extenso ó un círculo completo alrededor del orificio del cuello. Otras veces se notan en el cuello pequeñas vesículas discretas que con el coito ó con el roce con las paredes de la vagina se rompen, formándose pequeñas exulceraciones circulares.

En el segundo período (úlcera granulosa de los auto-res) la solucion de continuidad es más profunda y en su fondo se notan multitud de pezoncitos globulosos del ta-maño de una cabeza de alfiler, idénticos á las granulacio-nes (y que lo son en efecto).

En el tercer período (úlcera fungosa) se ven además de esas granulaciones, escrecencias fungosas de color lívi-do, constituidas por tejido conjuntivo abundante en vasos sanguineos. Tanto en éste como en el anterior período las úlceras sangran al menor contacto, están doloridas á ve-ces, lo cual hace muy penoso el coito, y el flujo leucorréico que las acompaña sale con frecuencia manchado de san-gre. Tampoco son raras las menorragias y áun las me-trorragias, es decir, hemorragias uterinas en las épocas intermenstruales.

Las mujeres afectadas de estas úlceras acusan tambien peso en el hipogastrio, tirantez á los lomos y á veces difi-cultades en la mixtion.

Diagnóstico.—El tacto vaginal hace reconocer la pér-dida de sustancia cuyo aspecto, dimensiones etc., pone á la vista el espéculum. Para apreciar la extension que una úlcera tiene en la cavidad cervical, se apela al histerosco-

pio aunque en rigor ninguno de los inventados llena su objeto.

Es muy difícil distinguir la úlcera simple del cuello uterino de la sifilítica. Estas son sumamente raras en este sitio y no tardan en ser seguidas de los accidentes secundarios.

El error no puede existir tanto con respecto á las úlceras cancerosas y las tuberculosas, pues cada una de éstas, como veremos más tarde, tiene caractéres suficientes á distinguirlas.

Pronóstico.—Está subordinado al de la metritis que le acompaña. De todos modos las erosiones que se desarrollan en el embarazo á causa de los obstáculos que sufre la circulacion uterina, desaparecen expontáneamente con el parto; las otras erosiones tambien ceden con facilidad aunque no se corrija el estado de la matriz, si bien entónces recidivan pronto. Las úlceras granulosas y las fungosas necesitan un tratamiento enérgico y sostenido.

Tratamiento.—Desde luégo apelaremos á los medios propios para corregir la metritis crónica y que ya han sido indicados en la página 46 medios entre los cuales se encuentran las inyecciones vaginales astringentes, las cauterizaciones potencial y actual, y la hidroterapia, con los cuales se consigue modificar el aspecto de la úlcera y producir su cicatrizacion.

Este es el lugar de decir dos palabras acerca de las varices y del fagedenismo que complican á veces las úlceras y han sido motivo para que se admitan por los autores las variedades de úlceras varicosas y úlceras fagedénicas.

En ciertas ocasiones en que existe una considerable vascularizacion de la mucosa uterina y un retardo de la circulacion, debidos á la intensidad de la flegmasía, las

úlceras toman un tinte violáceo y por la superficie del cuello y áun en la de aquellas se ven serpear vasos venosos distendidos por la sangre. Este es el estado varicoso de las úlceras ó las úlceras varicosas.

Respecto al fagedenismo debo decir en primer lugar que las ulceras fagedénicas, apénas han sido observadas sino por los médicos ingleses, y en segundo lugar que los adelantos de la anatomía patológica han venido á comprobar que semejantes úlceras son, como dice Kivisch, casos de carcinoma medular completamente descompuesto. Las observaciones referidas por los profesores ingleses han tenido un resultado constante mortal, y el tratamiento empleado ha sido el de las úlceras carcinomatosas.

LECCION LXXII.

e. Afecciones inflamatorias de la vagina.—Vaginitis aguda y crónica. — Sus consecuencias.

La historia de la vaginitis está intimamente unida á la de la leucorrea que constituye uno de sus síntomas, ya se la considere en el estado agudo, ya en el crónico; y tanto esto es así, que la mayoría de los autores consideran como sinónimas las palabras vaginitis y leucorrea vaginal.

Ya al tratar de las inflamaciones de la matriz, dije que uno de sus síntomas más constantes era tambien la leucorrea, aplazando para este lugar la designacion de los

caractéres que sirven para distinguir la procedencia de este flujo, lo cual nos ocupará al hablar del diagnóstico.

La vaginitis se ha dividido en aguda y crónica.

VAGINITIS AGUDA Ó CATARRO AGUDO DE LA VAGINA.

Etiología.—Esta afeccion es muy rara en las mujeres solteras y en las que aunque casadas han llegado á la menopausia. La determinan con frecuencia los excesos en el coito, principalmente si se lleva á cabo con órganos desproporcionados ó poco tiempo despues del parto. La masturbacion puede igualmente ocasionarla así como los excesos de la mesa y la extension de una flegmasía de la vulva.

Se ha admitido tambien una vaginitis blenorrágica debida á un coito impuro, la cual seria bastante contagiosa y capaz de ocasionar una infeccion sifilítica.

Síntomas.—Las mujeres acusan desde el principio de su enfermedad una sensacion dolorosa de picor, de calor y de constriccion de la vagina, tenesmo vesical y rectal. Aparece á las veinte y cuatro ó las cuarenta y ocho horas, una hipersecrecion del humor vaginal que se presenta bajo la forma de un líquido algo viscoso parecido al moco nasal, y como éste claro y trasparente ó lijeramente amarillento que ejerce una reaccion ácida, alguna vez neutra, pero nunca alcalina, sobre el papel de tornasol y en cuyo líquido el exámen histológico permite ver alguna cantidad de células de epiteliun pavimentoso. Este líquido no tarda en aumentar en cantidad y en viscosidad, se vuelve más amarillento y cuando ha durado algun tiempo con cierta intensidad se encuentran en él glóbulos de pus mezclados con restos de epiteliun. Si examinamos la vagina con un espéculum apropiado, hallaremos su superficie interna de

un color rojo más ó ménos subido, es decir, desde el rosa al lívido. Esta coloracion es total unas veces, parcial otras, algunas como á betas y en no raros casos sembrada de corpúsculos globulosos pequeños (granulaciones) ó mayores y pediculados (pólipos mucosos), cuyos corpúsculos no son otra cosa que los folículos glandulares obturados y distendidos.

En la vaginitis aguda rara vez existen síntomas generales y cuando los hay desaparecen al establecerse francamente el flujo.

Diagnóstico.—El diagnóstico abraza, primero la distincion entre la leucorrea vaginal (vaginitis) y la uterina (metritis mucosa): segundo, la diferencia entre la vaginitis simple y la blenorrágica.

Para poder apreciar el punto de donde procede el flujo, se hace la exploracion especular y en el caso de que venga de la matriz se le vé aparecer entre los labios del cuello: la supercie de este se encuentra entónces tambien escoriada ó granulosa. En ciertos casos no se puede introducir el espéculum porque ocasiona grandes dolores y en este caso este mismo síntoma nos lleva á decidir que existe la vaginitis, además de la reaccion que da el flujo que es ácida si se trata de esta enfermedad y alcalina si procede del útero.

Para separar la vaginitis blenorrágica ó mejor dicho sifilítica de la que no lo es, hay que tener en cuenta que en la primera coexiste casi siempre con ella una uretritis; hay erosiones en la mucosa vaginal principalmente á la entrada del conducto y aparece una adenitis inguinal simpática. Sin embargo, en muchas ocasiones el diagnóstico es imposible. Donné creia que la existencia del infusorio *trichomonas vaginalis* en un flujo vaginal indicaba su naturaleza específica, pero las observaciones hechas poste-

riormente han venido á demostrar que dicho animal existe siempre que el mucus de la vagina permanece detenido en ella algun tiempo (aunque no haya vaginitis) y que en este mucus se encuentra tambien en los casos de inflamacion una criptógama análoga á la que se observa en el muguet, que se ha llamado *letoptrix vaginalis*.

Pronóstico.—La vaginitis aguda cede con frecuencia al tratamiento empleado y áun en ocasiones, expontáneamente. Sin embargo no son raros los casos en que pasa al estado crónico.

Tratamiento.—Se prescribirá el alejamiento de la causa, la quietud y una alimentacion sana y no muy abundante. Alguno que otro purgante, pocas veces una evacuacion tópica de sangre, en otras un semicupio templado ó un baño general y las inyecciones emolientes al principio, astringentes más tarde (sulfato de zinc ó de cobre, catecú, etc.) bastan para conseguir la curacion. Abrevia mucho la duracion de ella, la cauterizacion de la mucosa vaginal hecha con una disolucion de una ó dos dracmas (cuatro á ocho gramos) por onza (veinte y ocho gramos) de agua y repetida cada tercero ó cuarto dia.

El uso de la copaiva parece haber agravado léjos de mejorar esta afeccion.

VAGINITIS CRÓNICA.

Sucede con frecuencia á la aguda, aunque otras veces es determinada por la frecuencia del coito, la presencia de cuerpos extraños en la vagina (pesarios) los partos frecuentes, máxime si son laboriosos. La mayor parte de las dislocaciones y otras lesiones de la matriz (como la hipertrofia del cuello) van acompañadas de la vaginitis crónica.

En ciertos casos la afeccion de que trato se remonta á una fecha muy atrasada (tal vez á la primera infancia), lo que constituye la leucorrea linfática ó constitucional de Deizemeris. Esta misma variedad es la conocida con el nombre de leucorrea infantil, aunque con él (como veremos en su lugar oportuno) debe designarse una variedad de la vulvitis.

El abuso de los alcohólicos, el desaseo y todas las faltas en el régimen, pueden ocasionar tambien la vaginitis crónica.

Síntomas.—Se reducen al flujo vaginal incoloro ó diversamente coloreado y en cantidad variable, cuya reaccion es ácida y que á veces escoria los labios de la vulva. El exámen especular no revela lesiones por parte del cuello uterino (sino existen complicaciones) y la coloracion de la vagina es roja á placas. Generalmente no hay dolor ó es muy escaso y estas mujeres en su mayoría no conciben, pues sabido es que los espermatozoarios mueren prontamente en contacto de cualquier humor ácido.

Las enfermas pueden llegar á un estado pronunciado de clórosis á causa de la debilitacion que el flujo les produce y los trastornos que suelen tener en las funciones digestivas.

Diagnóstico.—Al tratar de la vaginitis aguda, dije por qué caractéres puede separarse un flujo blenorrágico del que no lo es y uno vaginal de otro uterino. Me refiero á lo que allí dije.

Pronóstico.—Debe hacerse con reserva, pues no es raro ver casos en los que á pesar de un tratamiento enérgico y sostenido, la enfermedad se sostiene, á lo cual contribuye en mucho la persistencia de la causa que la produjo. La vaginitis crónica no es tampoco una afeccion

insignificante, pues la flegmasía suele extenderse bien pronto al cuello y al cuerpo del útero; constituye una predisposicion considerable á todos los padecimientos de la matriz; produce *pólipos mucosos* de la vagina, los cuales se desarrollan por el mismo mecanismo y exigen idéntico tratamiento que los del cuello uterino, hijos de la metritis mucosa, y esta es la razon por la que no les dedico un párrafo aparte; origina la clórosis y es causa poderosa de esterilidad.

Algunos autores, y Eacle entre ellos, creen que un flujo vaginal no virulento puede producir en el hombre que cohabite con la mujer afecta de aquel, el chancro y los accidentes secundarios de la sífilis, pero semejante opinion es muy aventurada. Desde luégo hay que reconocer la posibilidad ó mejor dicho la indudabilidad del contagio en determinados casos, pero un contagio que sólo ocasiona blenorragias uretrales no virulentas ó escoriaciones simples; pues afirmar que produzca la sífilis es reconocer la generacion expontánea de ésta y aunque esta generacion yo no tenga inconveniente alguno en aceptarla en mi foro interno, sin embargo no es del gusto de la época y no se inclinan á su favor las corrientes científicas.

Tratamiento.—La primera indicacion es la causal. Llena ésta, se recomendará el mayor aseo á la enferma y se la prescribirán frecuentes inyecciones vaginales con líquidos astringentes (alumbre, sulfato de zinc ó de cobre etc.) ó con disoluciones de nitrato argéntico. Vista la reaccion ácida del flujo vaginal se han recomendado las inyecciones alcalinas. Huston aconseja para este objeto el aceite de trementina suspendido en un mucílago de linaza ó de zaragatona. Otros alaban el ácido fénico y algunos un líquido fuertemente alcoholizado.

Para favorecer la accion de las inyecciones, se han

usado la pimienta cubeba, el ópio á pequeñas dósis, la tintura de cantáridas y principalmente el polvo de cornezuelo de centeno, pero este último es eficaz tan sólo cuando el flujo es uterino y debido por lo tanto á la endometritis mucosa. Preciso será en muchos casos, unir á estos medios, un régimen higiénico y farmacológico completamente restaurante.

La permanencia en el campo y los baños de mar apresurarán la curacion.

LECCION LXXIII.

Vaginitis diphtérica. Consecuencias de la vaginitis. — f. Inflamaciones de la vulva. Vulvitis simple, foliculosa, gangrenosa y pseudo-membranosa.—g. Inflamaciones de la mama.

VAGINITIS DIPHTÉRICA.

Aunque no es muy frecuente esta afeccion, la he observado algunas veces.

Reconoce por causa un estado constitucional, viéndosela en la convalecencia de una fiebre tifoidea, de un exantema agudo ó durante una disentería. En ocasiones es debida á una afeccion cancerosa de la matriz, á pólipos fibrosos de esta entraña y á fístulas urinarias ó estercoráceas. Tambien se ha desarrollado á veces por causa traumática.

Síntomas.—Dolor considerable en la vagina, que es asiento de una contraccion espasmódica casi permanente;

salida de un líquido muco-purulento estriado á menudo de sangre, en el que van envueltos trozos de pseudo-membranas; aparicion de un eritema doloroso en la vulva y áun en la parte interna de los muslos. No es raro ver acompañar á estos síntomas un estado febril ó cuando ménos trastornos digestivos. Cuando esta vaginitis es consecutiva á otra afeccion, se unen á sus síntomas los de esa otra afeccion. Es difícil practicar el reconocimiento especular á causa de la constriccion de la vagina, pero cuando puede hacerse, se observan placas pseudo-membranosas, de color gris rojizo, que al ser desprendidas dejan una superficie de un rojo escarlata y sangrante, sembrada de multitud de elevaciones de un rojo más oscuro, que son las papilas mucosas tumefactas. Esta exudacion membranosa no tarda en reproducirse en el punto en donde se levantó.

Diagnóstico.—Puede confundirse esta enfermedad con la dismenorrea membranosa, pero en ésta los síntomas no se presentan sino en las épocas menstruales; no en todas ellas se desprende la pseudo membrana y cuando esto se verifica tiene la forma de un saco sin abertura, que representa la cavidad de la matriz que es indudablemente de donde procede.

Pronóstico.—Cuando esta enfermedad es consecutiva á otras, su pronóstico está ligado al de éstas; cuando es primitiva suele ceder á un tratamiento oportuno sin dejar reliquia alguna. Puede transformarse en una vaginitis simple. Aquí es más evidente el contagio que en la vaginitis simple.

Tratamiento.—Sólo me ocuparé del de la primitiva. Se recomendará una buena higiene, una alimentacion reparadora y los tónicos reconstituyentes: se prescribirán frecuentes inyecciones con una disolucion muy cargada de clorato de potasa, de percloruro de hierro ó de ácido

fénico. Cuando la afeccion ocupe sólo, como sucede algunas veces, la parte más inferior de la vagina, podria tratarse de desprender las falsas membranas y cauterizar la superficie mucosa con el nitrato de plata en barra ó en una fuerte disolucion. Habrá tambien necesidad de dar á la enferma algunos baños generales ó semicupios templados, con el objeto de hacer cesar la constriccion espasmódica de la vagina y poder emplear las inyecciones ó las cauterizaciones. Habiéndose dicho que el ácido láctico disolvia las pseudo-membranas del croup, tambien se le ha aconsejado localmente en esta dolencia.

CONSECUENCIAS DE LA VAGINITIS.

Estas son, ó las ulceraciones simples que desaparecen con los mismos medios empleados contra la vaginitis, ó los pólipos mucosos que, sino desaparecen con aquella, exigirán la cauterizacion ó la avulsion, lo mismo que los que se presentan á consecuencia de la metritis catarral.

f.—INFLAMACIONES DE LA VULVA.

VULVITIS SIMPLE.

Aplazo el estudio de la vulvitis de las niñas ó leucorrea infantil para su lugar oportuno, y ahora sólo voy á ocuparme de la de las adultas que difiere bastante de aquella.

Se entiende por vulvitis la inflamacion de la membrana mucosa de la vulva.

Etiología.—Se la observa en todas las épocas de la vida y en toda clase de mujeres, pero con más frecuencia en las casadas y de éstas en las recien casadas. El abuso del coito ó éste hecho con violencia, la masturbacion, el desaseo son sus principales causas. Se la ha visto tambien

á consecuencia de otras inflamaciones de la vagina y del útero, en mujeres que padecian del oxiuro vermicular y en otras sometidas á la accion continuada del frío.

Síntomas.—Esta afeccion, muy semejante á la balanopostitis del hombre, se caracteriza por tumefaccion de la mucosa vulvar (especialmente la que cubre los labios menores) y de la piel de los mayores; ardor, escozor ó dolor en estas partes, apareciendo este último, si ántes no lo tiene la mujer, despues de orinar, y durando algun tiempo; secrecion de un flujo mucoso y espeso de color blanco amarillento, que se deposita principalmente en el orificio de la vagina y en los pliegues que forma la mucosa, cuyo flujo tiene un olor fuerte especial.

La vulvitis simple es una afeccion puramente local que no desarrolla síntomas generales.

Diagnóstico.—Es bastante fácil, presentando sólo dificultades á veces insuperables, el distinguir si la afeccion es debida ó no á una violencia ejercida en la mujer, pero este es un asunto cuya dilucidacion pertenece á la medicina legal.

Pronóstico.—Es benigno.

Tratamiento.—Las lociones emolientes en un principio, las astringentes más tarde, triunfan de esta enfermedad y pocas veces habrá que apelar á una cauterizacion superficial con el nitrato de plata en barra ó en disolucion. Estas serán necesarias si la afeccion pasase al estado crónico, en cuyo caso habrá que administrar al interior los tónicos y los antiescrofulosos.

VULVITIS FOLICULOSA.

Algunos autores hacen dos variedades de esta afeccion, llamando á la una vulvitis foliculosa y á la otra foli-

culitis vulvar, haciendo consistir la diferencia en que en la primera están afectados los folículos mucosos y en la segunda los folículos sebáceos y pilosos, pero esta distribucion es ilusoria y podremos confundirlas ambas en una sola descripcion.

Etiología.—Sus causas son las de las vulvitis simple. Se la observa con más frecuencia en las mujeres escrofulosas que gastan poco aseo y en las que tienen el pedículus pubis. Tambien la padecen mucho las que están sujetas al herpetismo.

Síntomas.—Se le consideran tres períodos, el de erupcion, el de supuracion y el de desecacion. En el primero hay tumefacion y rubicundez lijeras de la vulva y prurito considerable; pero el síntoma característico consiste en unas pequeñas elevaciones duras de color rojo subido, más ó ménos confluente, que penetran en el espesor de la piel y de la mucosa: tambien un aumento de secrecion y ésta de un olor más pronunciado que el de la vulvitis simple.

En el segundo período las elevaciones se engruesan, se ponen blandas, asemejándose á una pústula, se rompen en su vértice y dejan salir una pequeña cantidad de pus.

En el tercero este pus se deseca formando costras, bajo las cuales existe una abertura fistulosa; poco á poco la tumefaccion de los folículos cede, se cierran las fístulas, se desprenden las costras, desaparece la secrecion y se curan las enfermas. En ocasiones subsisten una ó más fístulas durante un período más ó ménos largo.

Diagnóstico.—Las pústulas del ectima son más anchas y superficiales y no dejan fístulas y además existen al mismo tiempo en otras partes del cuerpo. Las úlceras sifilíticas son más profundas, van acompañadas de adenitis inguinales y seguidas bien pronto de accidentes secundarios.

Pronóstico.—Benigno por punto general.

Tratamiento.—El indicado para la vulvitis simple. Si quedan fístulas, se dilata su abertura y se cauteriza el fondo con el nitrato de plata.

VULVITIS GANGRENOSA Y VULVITIS PSEUDO-MEMBRANOSA.

La vulvitis pseudo-membranosa es la mayor parte de las veces consecutiva á la vaginitis del mismo nombre, y tanto ella como la gangrenosa (entrambas bastante raras) se presentan en mujeres de temperamento linfático, mal constituidas y sujetas á la miseria. Se las observa durante las fiebres graves (tifoidea, escarlatina y sarampion malignos y áun la fiebre puerperal) y alguna vez en la convalecencia de las mismas.

Voy á copiar el cuadro sinóptico del diagnóstico que hace Valleix de estas dos afecciones, pues en él se hallan tambien comprendidos los síntomas de cada una de ellas:

Vulvitis gangrenosa.	*Vulvitis pseudo-membranosa.*
Manchas grises que se extienden con rapidez á los tejidos circunvecinos y que toman al cabo de algunos dias un tinte negro.	Islotes pseudo-membranosos blanquecinos y agrisados que nunca toman el tinte negro.
Tumefaccion considerable y dureza de los tejidos invadidos.	Tumefaccion poco considerable; tejidos invadidos, blandos ó poco resistentes.
Cuando se desprenden los tejidos esfacelados son reemplazados por otras capas alteradas.	Por lo comun, caida de pedazos pseudo-membranosos, reemplazados por otros nuevos.
A veces se seca la mancha gangrenosa.	No se secan las manchas.
Despues de la caida de las escaras hay una pérdida de sustancia considerable.	Despues del desprendimiento de las pseudo-membranas no hay pérdida de sustancia ó es muy poco considerable.

Pronóstico.—Es gravísimo y mucho más el de la vulvitis gangrenosa, que produce con frecuencia la muerte y cuando se cura deja cicatrices viciosas, que á menudo ó son una fuente perenne de sufrimientos ó exigen operaciones de consideracion. No es extraño ver sobrevenir á consecuencia de ella, fístulas urinarias ó rectales.

Tratamiento.—Al principio de una ú otra de estas afecciones se aconseja hacer lociones á la vulva con una mezcla de calomelano y agua de altea, aunque creo preferibles las del cocimiento de quina fenicado ó el de hojas de nogal con percloruro de hierro. Declaradas las pseudomembranas, se arrancan las que se puede y se cauteriza la mucosa denudada con el nitrato de plata en barra ó el nitrato ácido de mercurio. Estas mismas cauterizaciones y con preferencia á ellas las actuales, sin consideracion alguna, se harán cuando se presente la gangrena, administrando al mismo tiempo al interior los preparados de quina, el vino generoso ó el alcohol y los ácidos minerales. Al mismo tiempo se vigilará á la caida de las escaras para que la cicatrizacion sea lo ménos defectuosa posible.

§.—INFLAMACIONES DE LA MAMA.

En la patología del puerperio ya he hablado de la adenitis mamaria, de los abscesos superficiales, medios y profundos, y de las fístulas que pueden resultar de ellos y del absceso mamario crónico, así es que ahora sólo agregaré que las inflamaciones de la mama son muy raras fuera del estado puerperal y de la época de la lactancia y que cuando se presentan son con frecuencia por causa traumática.

Respecto á los síntomas apénas se diferencian de los

expuestos allí, sino en la falta de alteraciones en la secrecion láctea, puesto que ésta no existe.

Del diagnóstico, pronóstico y tratamiento nada tengo que agregar á lo ya dicho.

LECCION LXXIV.

Continúa la clase segunda de la seccion 4.ª—Orden 2.°—Lesiones orgánicas. Generalidades.—Sub-órden 1.°—Lesiones traumáticas de los órganos de la generacion de la mujer.

ORDEN 2.°—LESIONES ORGÁNICAS.

Voy á ocuparme ahora de uno de los puntos más debatidos quizás en la ciencia, y francamente siento al hacerlo no encontrarme una senda ya trazada que recorreria con gusto y tener que indicar una nueva cuando con tan poca aptitud para ello me hallo.

Cuantos autores de ginecología conozco, siguen un órden puramente anatómico y regional en la descripcion de las distintas enfermedades propias del sexo femenino, y si este órden tiene la ventaja de que el estudiante encuentra pronto la afeccion que busca con sólo hojear las que tratan del órgano que es su asiento, esto en cambio origina multitud de repeticiones, coloca juntas afecciones muy diversas y obliga á recorrer todo un tratado para hacer el más insignificante diagnóstico. Y si en vez de tratarse de una simple consulta, lo que se pretende es adquirir un conocimiento exacto de determinada afeccion, este conocimiento, encontrándose aislado, léjos de todas sus relaciones naturales y relacionado con el de entidades

patológicas diversísimas, se resiste á ser adquirido por nuestra inteligencia.

Esta al ménos es mi creencia, nacida del estudio que tengo hecho de mí mismo. Para mí siempre ha sido imposible retener dos ideas, si entre ellas no he hallado analogías ó diferencias para poder en todo momento deducir cualquiera de aquellas de la comparacion de éstas, y recuerdo que desde muy niño me ha sido preciso clasificar ántes de estudiar, y conocimiento así adquirido jamás ha desaparecido de mi memoria, pues teniendo en ella todos los elementos necesarios para poder construirlo, su retencion más que obra de la memoria, lo ha sido del juicio.

Estas palabras tal vez den alguna explicacion ó siquiera una disculpa del órden seguido en esta obra, órden que creo natural y fisiológico, aunque lleno de imperfecciones por ser obra mia. Esto tambien explicará el por qué de la marcha que pienso seguir al tratar del órden segundo de la clase segunda de las afecciones de la seccion cuarta ó sea de las lesiones orgánicas.

Hasta aquí siempre que he hablado de lesion anatómica he entendido por tales las huellas, los efectos de la enfermedad misma, huellas que sólo han existido despues de cierto tiempo de duracion de ella, hasta el punto de que en los casos, escasos en número, en que la muerte ha sobrevenido pronto, estas lesiones apénas nos han sido apreciables. Testigo de esto, más que ninguna otra afeccion, la fiebre puerperal. Existe una variedad agudísima, que he llamado con los autores *fulminante*, y en ella no hemos encontrado lesiones anatómicas apreciables y las pocas que á veces hemos visto no han sido ni con mucho suficientes á explicar la muerte.

En las lesiones orgánicas, cuyo estudio voy ahora á empezar, la alteracion del órgano es la causa única y ex-

clusiva de la enfermedad y la enfermedad misma, y los desórdenes que se presentan y los síntomas que expresan estos desórdenes son posteriores á la lesion. Una neumonía, por ejemplo, existe ántes que la hepatizacion roja del pulmon haya alcanzado cierto grado, ántes si se quiere, que sea asequible á nuestros medios de exploracion, pero un quiste por retencion no existe hasta que el líquido segregado por el folículo no se haya aglomerado y detenido en el folículo mismo. En ciertas ocasiones una lesion dinámica ha existido quizás ántes que la orgánica, pero entónces ha venido á obrar sólo como causa, pero nunca constituyendo la lesion orgánica misma que ha comenzado desde que aquella terminó.

Resulta, pues, que en las afecciones dinámicas ó lesiones funcionales, los desórdenes del organismo son anteriores á la lesion de estructura de un órgano y en las afecciones orgánicas por el contrario, la alteracion anatómica es la causa de la enfermedad y la enfermedad misma, como he dicho más arriba.

De estas lesiones orgánicas unas son debidas á un agente exterior que de uno ú otro modo ha venido á obrar sobre los tejidos rompiéndolos, contundiéndolos, dislacerándolos, separándolos de su situacion anterior; en otras ó no existen estas causas externas, ó cuando ménos, su accion no es inmediata y áun necesitan condiciones especiales en el individuo que se ve sometido á ellas, para que esa accion se desarrolle. De aquí nace la division natural de este órden en dos sub-órdenes, incluyéndose en el primero las lesiones traumáticas y en el segundo las lesiones orgánicas propiamente dichas.

SUB-ÓRDEN 1.°—LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS ÓRGANOS DE LA GENERACION DE LA MUJER.

a.—LESIONES TRAUMÁTICAS DEL OVARIO.

Son muy raras á causa de su situacion en la profundidad de la pélvis. Sin embargo, puede concebirse que una contusion grave del vientre durante la ovulacion, determine la rotura prematura de la vesícula de Graaf, no recogiéndose entónces el óvulo áun imperfectamente desarrollado por la trompa, á causa de faltar el eretismo que aplica al ovario las lengüetas de aquella, y derramándose en la cavidad abdominal con el óvulo, cierta cantidad de sangre.

A esta rotura del ovario se atribuyen ciertos casos de hematocele retro-uterino.

Estas lesiones son más fáciles de producirse cuando existe un tumor del órgano citado, y cuando me ocupe de los quistes del ovario trataré de su rotura en ciertas circunstancias.

b.—LESIONES TRAUMÁTICAS DEL ÚTERO.

En otro lugar se ha hablado de las roturas del útero durante la gestacion y el parto, así como de las de la vagina en esos mismos estados.

Las heridas de la matriz en estado de vacuidad, casi siempre son hechas por el cirujano con un fin terapéutico, razon por la que nada debo decir de ellas. Hay casos (y en las tésis de Haller se refieren muchos) de heridas por arma de fuego ó por instrumento punzante, ó por asta de toro, y cuando los desórdenes concomitantes no han sido

considerables, la herida se ha curado generalmente sin accidentes. Estos accidentes han dependido en lo general de lesiones de los intestinos ó de la vejiga, ó de vasos de cierta consideracion. Despues de esas heridas ha quedado alguna vez una dislocacion del útero completamente irremediable.

c.—LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA VAGINA.

Las heridas profundas y las contusiones graves de la vagina son causa muy frecuente de fístulas vagino-vesicales y vagino-rectales. En las roturas profundas del periné se encuentra tambien interesado ese conducto.

Las contusiones ligeras no producen trastornos considerables y la expectacion basta á curarlas.

Las heridas superficiales son bastante raras y aunque leves por lo general, es preciso tener presente un caso citado por Vanhaesendonk, en que una herida de esta clase en una soltera de 24 años (hecha quizás en un acceso de locura erótica) produjo una hemorragia considerable, sin duda por lesion de la arteria vaginal, hemorragia que resistió tenazmente á los astringentes y á la cauterizacion con el nitrato de plata, y que exigió el tamponamiento hecho con hilas impregnadas en el hidrolado de cloruro férrico (agua estíptica de Looff) y mantenido por espacio de tres dias.

d.—LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA VULVA.

Son las más frecuentes áun prescindiendo de las que tienen lugar durante el parto que son numerosas y algunas de interés. (Véanse trombus de la vulva, roturas de la horquilla y del periné.)

A veces estas heridas y las contusiones son debidas á la masturbacion, á un primer coito, á una violacion, y generalmente van acompañadas de hemorragias aunque no muy intensas y de equimosis, y seguidas de inflamaciones de la vulva.

Aparte de la contencion de la hemorragia, reunion de la herida y los demás cuidados que exigen en general las lesiones de esta clase, es preciso en muchos casos hacer guardar cama á la mujer, prohibirle el coito, y áun en ocasiones, cuando la inflamacion consecutiva es muy intensa, tal vez haya que practicar el cateterismo uretral, pues sobrevenga retencion de orina.

e.—LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MAMA.

Hay que tener presente respecto al traumatismo de la mama que con frecuencia es la causa de fístulas lácteas y de galactocele, aparte de las inflamaciones que inmediatamente pueden producirse. (Véase mamitis y sus consecuencias.)

Cuando hable de los tumores de la mama, trataré de la influencia que las contusiones pueden ejercer en la produccion de aquellos, y hasta qué punto merece entero crédito el dicho de la mayoría de las enfermas de *zaratan* (carcinoma de la mama) de que su afeccion fué originada por un golpe.

LECCION LXXV.

Continúa el asunto anterior.—Sub-órden 2.°—Lesiones orgánicas propiamente dichas. Generalidades.

SUB-ÓRDEN 2.°—LESIONES ORGÁNICAS PROPIAMENTE DICHAS.

Las lesiones orgánicas propiamente dichas, han sido llamadas tambien degeneraciones, neoplasias y neotrofias.

Richerand, en 1816, entiende por lesion orgánica «una alteracion de estructura tan completa y profunda que no puede reconocerse la naturaleza primitiva del tejido enfermo y hasta hay produccion de tejidos nuevos que no tienen análogos en la economía humana.»

Laennec, en 1812, no era, sin embargo, tan absoluto como lo fué Richerand, y para él, segun consta en el *Diccionario de Ciencias médicas*, las degeneraciones (que así las llamaba) se forman de la manera siguiente: «La materia morbífica se deposita entre las mallas del tejido natural, le infiltra en cierto modo y le comprime por todas partes; esta compresion unida á la absorcion que se verifica contínuamente, no tarda en destruir el tejido natural y entónces suele quedar solo el tejido accidental. A veces, sin embargo, queda algun resto del primero áun despues que el segundo ha empezado á reblandecerse.»

Para Roche esta materia morbífica existe en la sangre y en la linfa, pero no formada, sino en sus elementos, á la manera como se contienen en esos humores los materiales de la orina, del sudor, etc., necesitándose ciertas circunstancias y ciertas condiciones individuales, así como determinada predisposicion en los tejidos, para que dichos

elementos puedan desarrollarse en éstos y constituir la materia morbífica.

En estas opiniones que acabo de indicar, se encuentra bosquejado todo cuanto desde aquella fecha se ha dicho sobre etiología, génesis y naturaleza de las lesiones orgánicas y áun tambien las ideas más modernas sobre homología y heterología, pudiendo afirmarse que ó el estilo particular de los expresados autores se presta á toda clase de interpretaciones sobre sus palabras, ó Laennec, Richerand y Roche presentian algo de lo que habia de demostrar la histología en época muy posterior á ellos.

En las lesiones orgánicas se comprenden hoy tanto las hipertrofias y atrofias simples, como las hiperplasias, las aplasias, las neoplasias. Pero como quiera que todas estas palabras, claras, clarísimas en el lenguaje científico, pudieran ofrecer algunas dudas en su interpretacion á algunos alumnos ó tal vez á determinados profesores, voy á permitirme indicar algo acerca de su significacion, pues me veré precisado á usarlas con mucha frecuencia y de no hacerlo así me expongo á ser completamente ininteligible. La necesidad de asignar el verdadero valor á estas palabras aumenta, si agregamos que quizás exista alguna diferencia entre mi modo de ver respecto á ellas y el de distinguidos autores.

Partiendo desde el principio, sabido es que la observacion y la experiencia han venido á confirmar el aforismo de Virchow *omnis é célula*. La última expresion del reino orgánico, el último elemento á que llegamos con el análisis anatómico en los animales y en los vejetales, es la célula, la cual es el orígen de todos nuestros tejidos, órganos, sistemas y aparatos.

La célula consta de una membrana de cubierta, un contenido y un núcleo.

La formacion celular se hace de tres modos; ó por division, ó por gemmacion, ó por produccion endógena. En la primera forma se dividen los núcleos y no tarda en seguir á su division la de la célula entera. En la segunda las células primitivas envian prolongaciones que poco á poco se separan de ellas constituyendo otras nuevas. En la tercera subsiste la membrana celular primitiva y dentro de ella se forman nuevos núcleos y nuevas células.

Segun esta teoría no existe el blastema formador de Schwann, en medio del cual se formaban primero el núcleo, luégo la membrana celular, y últimamente y por endósmosis el contenido.

Tampoco existen los elementos anatómicos figurados y no figurados, y entre éstos los blastemas y los plasmas de la escuela francesa.

Segun Virchow, el tejido primitivo y al mismo tiempo el más repartido en el cuerpo humano, del que forma verdaderamente la trama y el que se sustituye fisiológica ó patológicamente á todos, es el tejido conjuntivo. Para los micrógrafos modernos, sin embargo, el tejido primitivo es el epitelial.

El tejido conjuntivo, segun el primero, ó el epitelial, segun los segundos, es el orígen de todos los tejidos del cuerpo humano.

Las células están dotadas de tres propiedades: funcion, nutricion y reproduccion, cuyas tres propiedades revelan su actividad, respondiendo á tres especies de excitacion ó irritacion, la funcional que aumenta la funcion, la nutritiva que aumenta la nutricion, y la formadora que aumenta la reproduccion.

La actividad celular se revela perfectamente en los processus inflamatorios; pero existen tambien otras alteraciones llamadas processus pasivos, en los cuales las

propiedades de los elementos se encuentran ó destruidas completamente, ó disminuidas, ó trastornadas. En algunos de estos processus pasivos el elemento normal ha desaparecido, siendo sustituido por otro anormal ó patológico de nueva formacion *(necrobiosis)*.

Al llegar á este punto compárese cuanto vengo diciendo con lo que decia Laennec acerca de la manera de producirse las lesiones orgánicas, y se comprenderá por qué citaba yo á éste y á los otros autores al empezar esta leccion.

De estos processus patológicos pasivos son de los que debo ocuparme en este lugar.

Se les ha designado con el nombre de neoplasias y áun de neoplasmas, pero creyendo algunos que no se trataba en ellos de formaciones nuevas, sino de nuevas nutriciones, han propuesto sustituir ese nombre con el de neotrofias.

Cuestion tan insignificante al parecer (pues al primer golpe de vista sólo se trata de una cuestion de palabras), comprende puntos gravísimos de doctrina.

De decidir que en la mayor parte de los productos patológicos sólo se trata de una nutricion celular algo distinta ó muy distinta de la normal, se ha de deducir más pronto ó más tarde, que no hay tejidos heteromórficos, y haciendo consistir la escuela micrográfica francesa la malignidad de los tumores en la heteromorfia, no existen desde luégo tumores malignos.

De admitir que en todos los productos patológicos hay una nueva formacion, se deduce que todos ellos son productos hetero-mórficos, y si en la hetero-morfia consiste la malignidad, todos los tumores son malignos, y de hacer una sola excepcion se viene á parar tambien en que la malignidad no existe.

Hé aquí, pues, reasumido el interés de esta cuestion.

Y viniendo á dilucidarla ¿á dónde se encuentra la razon? Los processus patológicos que hemos llamado pasivos ¿son neotróficos ó neoplásicos?

Analicemos lo que significa nueva nutricion en la célula. Esta nutricion, sin dejar de ser nueva, y por lo tanto anormal, puede estar disminuida y áun suprimida, y entónces la reproductibilidad y la funcion tienen que resentirse necesariamente de ello y por lo tanto la célula y el tejido de que forme parte morirá, desaparecerá por completo. Si se aumenta esa nutricion, aumentarán necesariamente como en el otro caso las restantes propiedades y el tejido crecerá inevitablemente, sin perder sus propiedades, ni adquirir otras nuevas: tendremos, pues, un tejido fisiológico aumentado en sus proporciones, no un tejido patológico.

Si la nutricion se pervierte, tambien se pervertirá la funcion de la célula y su reproduccion y tras de este trastorno de ella vendrá la del tejido y el tejido nuevo no tendrá los mismos caractéres que el anterior, sino que será otro distinto y por lo tanto aquí no se tratará ya de una nutricion nueva como en los dos casos anteriores, sino de una nueva produccion, por más que su causa haya sido la alteracion de la nutricion. Se tratará, pues, no de una neotrofia sino de una neoplasia y en esta neoplasia el nuevo tejido llegará hasta á sustituir completamente el primitivo, formándose lo que se llama un tumor heterólogo, es decir, un tumor cuyos tejidos componentes no tienen análogos en el sitio de su produccion por más que lo tengan en el organismo; al revés del tumor homólogo que tiene siempre sus semejantes en el mismo punto en que se produce.

Vemos, pues, por lo dicho que la nutricion celular puede aumentarse y con ella todas las propiedades de la cé-

lula y tendremos una neotrofia que se designa en patología con el nombre de hipertrofia simple; que puede tambien disminuirse al par que las otras y tambien se tratará de una neotrofia llamada atrofia simple; pero que puede pervertirse y se pervierte muchas veces y entónces se produce un tejido nuevo, una neoplasia.

Mas en estas neoplasias, así como unas veces el trastorno se encuentra primitivamente en la nutricion, en otros casos la alteracion se produce en la reproduccion ó en la funcion y estas alteraciones redundan bien pronto en alteraciones de las otras funciones, y esta es una razon más para no designar con el nombre de neotrofias tumores en los que no sólo la nutricion se pervierte primitivamente para dar así lugar á la produccion de más tejidos sino tambien otros en que la alteracion es secundaria.

Llamaremos neotrofias á los tumores ó productos patológicos en los que la nutricion se encuentra aumentada ó disminuida, así como las otras dos funciones celulares, y el tejido que se forma es siempre y completamente homeomorpho ú homólogo.

Llamaremos neoplasias á los tumores ó productos patológicos en que la nutricion se halla pervertida primitiva ó secundariamente, dando orígen á tumores homeomorfos ú homólogos quizás en su principio, pero heteromorfos ó heterólogos bien pronto, y en los que áun esa homeomorfia ú homologia primitiva no es tan exacta para constituir tejidos completamente fisiológicos y totalmente compatibles con las funciones y la vida del órgano en que se desarrollan.

Así como en los productos neotróficos he incluido la hipertrofia y la atrofia simple, en los neoplásicos comprendo la hipertrofia numérica y la induracion que es sólo un grado de aquella y son tejidos hiperplásicos; las

ulceraciones y los puntos cicatriciales que son tejidos aplásicos ó aplasias y las heteroplasias ó tejidos anormales.

El cuadro siguiente suministra bastante aclaracion :

Los procesus patológicos se dividen en

- Neotrofias ó alteraciones por exceso ó por defecto en la nutricion. Comprenden las
  - Hipertrofias simples cuando es por exceso.
  - Atrofias simples cuando es por defecto.
- Neoplasias ó perversiones primitivas ó secundarias en la nutricion. Se dividen en . . . . .
  - Hiperplasias cuando la alteracion primitiva es en la reproduccion y la nutricion persiste íntegra algun tiempo.
  - Aplasias cuando la nutricion es escasa y la reproduccion nula.
  - Heteroplasias ó neoplasias propiamente dichas cuando todas las funciones están pervertidas, originándose un tejido completamente nuevo.

Indicado ya lo que debe entenderse por neotrofia y por neoplasia, y fijado por lo tanto el verdadero valor á las palabras que con frecuencia suma han de ser empleadas en esta seccion, voy á ocuparme ahora de la etiología de las neoplasias, de los fenómenos que presiden á su evolucion desde su nacimiento hasta su muerte, así como diré tambien algunas palabras sobre lo que constituye la malignidad.

Todo esto será objeto de la leccion siguiente, en la que no me ocuparé de las neotrofias, pues por lo que queda expresado se comprenderá que éstas, aunque se incluyan como verdaderos productos patológicos y áun lo sean en rigor, muchas veces no constituyen verdaderamente enfermedad y no deben tratarse en una obra de *patología especial*.

LECCION LXXVI.

Etiología de las neoplasias.—Fenómenos que presiden á su evolucion.

ETIOLOGÍA DE LA NEOPLASIAS.

A la cabeza de las causas figura la herencia. Esta es muy notable en los tumores del útero y de la mama, no heredándose la afeccion, sino la predisposicion á ella. Que no es la afeccion lo que se hereda lo demuestra la multitud de casos en que padeciendo una mujer un carcinoma uterino, viene á desarrollarse este mismo padecimiento en una hija ó nieta suya, á la edad de 40 á 50 años, sin que en este intervalo haya habido el menor indicio de semejante padecimiento y sucumbiendo otras hermanas de esta última enferma, de edad muy avanzada, sin señales de aquel. Segun Wirchow es indudable que en estos casos hay un punto de partida orgánico, una lesion orgánica que sólo puede ser hallada en la estructura fina de las partes.

Esta *predisposicion* puede tambien ser adquirida y la observacion diaria comprueba que todos aquellos tejidos que á consecuencia de cualquier enfermedad han sufrido una lesion profunda de su nutricion, son á menudo asiento de neoplasias, y esto con mayor motivo cuando coinciden con un estado general desfavorable.

Los órganos que al nacimiento traen un desarrollo incompleto y anómalo, y aquellos que no llegan á su per-

feccion á una edad relativamente avanzada, están expuestos á enfermar.

Hay en ciertos órganos ó en ciertas partes de ellos una disposicion especial á determinadas neoplasias. El labio inferior, el útero, la mama, padecen con frecuencia el carcinoma de una manera primitiva, y sin embargo no son los órganos predilectos, ni mucho ménos, de la metástasis cancerosa. Por el contrario los pulmones, el hígado, los riñones, son á menudo asiento de estas producciones secundarias y rara vez de las primitivas.

La tuberculosis tiene predileccion en sus manifestaciones primitivas por el vértice de los pulmones, el intestino ileon, la parte posterior de la laringe y en las secundarias de una manera muy especial por el testículo, etc.

La edad en que se presentan las neoplasias por punto general es desde los 40 á los 60 años, yendo en aumento la predisposicion hasta esta última edad, descendiendo luégo rápidamente y pocas veces se les observa ántes de los 30; hay sin embargo muchos que son más frecuentes en la juventud (encondroma, fungus medular y todos los tumores teleangiectásicos), otros en los viejos (cáncer epitelial) y algunos en la edad media (fibroma, quistes).

Los hombres padecen más comunmente las neoplasias que las mujeres. Algunas como el cáncer epitelial son más frecuentes en aquel, otras como el fibroma y los quistes en ésta.

Ciertos estados como la pubertad y el puerperio apresuran la marcha de algunos tumores.

Causas ocasionales.—La demasiada actividad impresa á un órgano, determina en él á menudo las neoplasias y cuando esa actividad es impresa á expensas de la de otro, entrambos pueden afectarse, uno por exceso ó exageracion en la funcion, otro por defecto ó atonía.

Las heridas, las contusiones y en general todas las causas ó agentes que obran mecánica ó químicamente, con especialidad si su accion es lenta pero continuada, son causa frecuente de neoplasias.

Ciertas enfermedades como la viruela, la sífilis, el tífus, etc. tambien las producen.

Hay neoplasias que parecen excluirse mútuamente como la tuberculosis y el cáncer.

Respecto á el contagio de las neoplasias nada puede decirse con seguridad.

PRODUCCION, DESARROLLO Y MARCHA DE LAS NEOPLASIAS.

Cinco estadíos se distinguen en la marcha de las neoplasias, y son: primero, de irritacion productora; segundo, de granulacion; tercero, de diferenciacion; cuarto, de desarrollo típico ó de perfeccion, y quinto, de regresion.

Período de irritacion productora.—En época anterior se creia que un exudado inflamatorio ó un blastema cualquiera precedia á la produccion de un tumor. Virchow cree y lo ha llegado á demostrar, que jamás existen tales blastemas, que el principio de todo tumor consiste en una irritacion formadora, irritacion que está bajo la dependencia de todas las causas que acaban de mencionarse y de la naturaleza de la sustancia irritante. Si la irritacion ó mejor dicho la causa irritante ha exaltado sólo las propiedades celulares del tejido irritado, se verificará tan sólo la hipertrofia simple de este tejido, pero si en vez de esto la alteracion no es igual en todas las propiedades celulares, tendremos el gérmen de una neoplasia. Durante este período es absolutamente imposible calcular la produccion de que luégo ha de tratarse, pero los fenómenos de este primer período bastan para indicarnos lo que com-

probará el desarrollo ulterior, á saber: primero, que el orígen de los tumores está en los tejidos mismos; segundo, que la fisiología de todo tumor se reduce al estudio de las diversas alteraciones de que son susceptibles los tejidos normales.

Período de granulacion.—Continúa su desarrollo la produccion patológica. Los elementos del tejido madre (que es tan sólo el tejido normal irritado) van absorviendo materiales, se tumefacen, comienzan á nuclearse las células (division de los núcleos), sobreviene una activa celulacion (multiplicacion de las células), y cuando ésta llega á un alto grado el tejido tiene el aspecto granuloso de una herida en vía de reparacion, razon por la que se ha llamado á este período del desarrollo del tumor, período de granulacion ó período indiferente.

En este momento del desarrollo, tampoco puede discernirse la produccion de que habrá de tratarse y el exámen microscópico sólo revela la existencia de pequeñas células redondas con un núcleo, y pocas veces éste con nucleolo y áun en gran parte de la produccion sólo se percibe una sustancia finamente granular. En algunos casos de hipertrofias simples, los nuevos elementos revisten las formas típicas despues del período de irritacion y sin pasar por este estado granuloso ó indiferente, fenómeno que sólo muy rara vez se observa cuando se trata de producciones neoplásicas.

Período de diferenciacion.—Á medida que se verifica la nucleacion y celulacion á que acabo de referirme y como consecuencia de la extraordinaria actividad impresa al órgano ó tejido afectos, varia la consistencia de la parte, así como su composicion química, al paso que se verifican algunas alteraciones en la disposicion y estado de los vasos, siendo por lo tanto imposible á un exámen

detenido y exento de preocupaciones desconocer áun á la simple vista que existe un nuevo producto en aquella parte del organismo. Poco á poco este producto adquiere caractéres evidentísimos y suficientes á distinguirlos de sus semejantes, cuyos caractéres, que serán expuestos al tratar de cada especie en particular, adquieren bien pronto su máximum de lucidez, y se constituye el cuarto período ó período de desarrollo, tipo de virilidad, de florescencia. No todos los tumores alcanzan igual perfeccion de desarrollo ni áun en un mismo tumor los elementos que le forman se desarrollan al mismo tiempo, siendo muy comun ver algunos en su período de completa regresion ó de muerte cuando otros apénas han salido del estado de granulacion.

Tambien hay que tener en cuenta que unas neoplasias son tejidos transitorios ó de vida sumamente corta, al paso que otras son persistentes y sus productos, como dice Virchow, pueden ser considerados como elementos permanentes del organismo entero. No se olvide, sin embargo, que ciertos tumores aparecen como permanentes y no lo son; el cáncer, por ejemplo. Un cáncer alcanza sin dificultad una duracion de ocho ó diez años, aumentando contínuamente de volúmen y sin grandes modificaciones en su aspecto exterior, pero esta pretendida persistencia del tumor es debida á erupciones sucesivas de nuevos tumores. Al rededor del tumor primitivo ó tumor madre se forman otros tumores secundarios ó hijos que forman masa contínua con aquel y que se encuentran quizás en el tercero ó en el cuarto período de su evolucion cuando los elementos del primero han muerto.

Período de regresion.—Apénas, pues, llegan los elementos de los tumores á alcanzar su completo desarrollo, empieza para ellos un trabajo de descomposicion, de

muerte, que se ha llamado estado regresivo; cuyo estado aparece más ó ménos pronto, segun la clase de produccion de que se trate á la manera como en los seres organizados empieza la vejez desde que se ha llegado al máximun de la adolescencia, y esta vejez, que es un trabajo lento de descomposicion de los órganos y la muerte que la termina, aunque sobrevienen siempre y de una manera fatal, tardan más ó ménos en presentarse segun la especie de que se trate.

Hemos llegado ya al quinto período de la evolucion de los tumores, al período de regresion, de descomposicion, de muerte de los elementos celulares, período en el que tienen lugar una serie de fenómenos interesantísimos cuyo teatro no es sólo la region en que naciera la neoplasia, sino el organismo entero.

En este período de regresion pueden verificarse varias metamórfosis que son la grasienta, la coloides, la amyloides, la mucosa, la serosa, la hyalina y la calcárea.

Dos palabras acerca de cada una de ellas.

Metamórfosis grasienta.—La formacion de la grasa en las producciones celulares se hace á expensas de las sustancias albuminoideas. Es tanto más frecuente y se verifica con tanta mayor rapidez cuanto más celular es la produccion. La degeneracion grasienta invade desigualmente al tumor, siendo más pronto transformadas las células procedentes del tejido conjuntivo, resistiendo más los epitelios. En algunos puntos del tumor las masas celulares grasientas se espesan, formándose una materia densa en la que se encuentran restos de células, distintas granulaciones, cristales de colesterina, grasa disuelta, etc. etc.

La metamórfosis grasienta invade á los tejidos circunvecinos despues de haber atacado al tumor.

Metamórfosis amylácea.—Es más lenta su marcha que la anterior y en ella la transformacion se verifica en una sustancia especial homogénea, traslucida y algo brillante, de naturaleza albuminosa, que bajo la influencia del yodo, ya en solucion acuosa ó en tintura muy diluida, toma una coloracion moreno-rojiza particular que se cambia en violeta ó en azul, ya inmediatamente, ya al cabo de algun tiempo, con la adicion de ácido sulfúrico concentrado. Esta última coloracion es más ó ménos pasajera y toma el tinte verde-azulado ó verde si las partes que se someten á la accion, primero del yodo y luégo del ácido sulfúrico, contienen áun principios albuminoideos.

La metamórfosis amylácea determina la atrofia de los tejidos adyacentes y es la más frecuente despues de la grasienta.

Metamórfosis coloidea.—Esta transformacion suele no influir en los síntomas del tumor, á no ser que éste tenga mucho volúmen, en cuyo caso puede inducir en él un completo cambio de consistencia y áun determinar la desaparicion de su contenido. La sustancia coloidea es una modificacion del moco cuyas reacciones presenta: es líquida de un color amarillento y brillante, á veces adquiere cierta consistencia y áun forma grumos ó granulaciones coloideas.

La degeneracion coloides es frecuente en los ganglios carcinomatosos: respeta mucho á las células epiteliales.

Metamórfosis mucosa.—Ataca con preferencia el tejido conjuntivo puro, los tumores cartilaginosos y los adenomas. En esta metamórfosis hay la formacion de una sustancia sumamente parecida al moco fisiológico y á la materia coloidea líquida.

Metamórfosis calcárea.—No respeta ninguna clase de tejido y en muchas ocasiones impide el ulterior desarrollo

del tumor á quien invadiera, ataca con predileccion al tejido cartilaginoso, y las células epiteliales y epidérmicas, invadiendo paulatinamente todo el tumor y depositándose la sustancia calcárea, ya en el interior de él, ya en su superficie, ya por placas, y presentándose unas veces en estado granuloso y otras con formas cristalinas. En los tumores afectados de regresion calcárea y en estos depósitos cálizos no hay la estructura propia de el tejido óseo.

Metamórfosis hyalina.— Esta degeneracion se ha visto en tumores cutáneos de la frente y de la órbita, en los de las fosas nasales y seno maxilar y con mayor frecuencia aún en los del cuello uterino, regiones glúteas, hombro y labio inferior. Ordoñez creia que la sustancia hyalina está constituida por una masa de parásitos vejetales. La sustancia hyalina se presenta formando tubos ó sacos de color blanco sucio, sin experimentar reaccion alguna por la potasa y la sosa y siendo apénas atacable por ácido alguno, aunque el amoniuro de cobre la disuelve y el ácido sulfúrico con glicerina le dá un color azul.

La verdad respecto á esta degeneracion es que está poco estudiada. A ella se refieren los tumores cartilaginosos tubulares de Meckel y el cilindroma de Billroth.

El período de regresion en los tumores se reconoce al exterior por el aumento de volúmen que adquiere á veces su reblandecimiento y la frecuente aparicion de alguna sensibilidad y calor en ellos.

LECCION LXXVII.

Malignidad de las neoplasias. — Clasificacion que seguiremos.

MALIGNIDAD DE LAS NEOPLASIAS.

Es una de las cuestiones más interesantes de la patología la que voy á abordar.

¿En que consiste la malignidad de las neoplasias?

Virchow dice que se han conceptuado precisas las siguientes condiciones:

1.ª Progresion ó acrecentamiento local.

2.ª Recidiva en el mismo punto despues de la extirpacion.

3.ª Alteracion de las glándulas linfáticas.

4.ª Generalizacion.

Dos palabras acerca de cada una de ellas.

El crecimiento de los tumores puede hacerse ó siguiendo la nucleacion y segmentacion celular de que en la otra leccion hablé y llegando así las células hasta su completo desarrollo, ó por la formacion de nuevos focos ó tumores accesorios (hijos) al rededor del tumor principal (madre). En el primer caso el crecimiento tiene un límite, pues apénas llegados los nuevos productos á adquirir su desarrollo tipo comienza la regresion, es decir, las metamórfosis regresivas con las consecuencias que ya han sido expuestas. En el segundo tambien tiene un límite este crecimiento si consideramos á cada tumor en par-

ticular, pero como el número de éstos que puede aparecer es ilimitado, tendremos respecto á la masa total, que el crecimiento sólo cesa con la extirpacion del tumor ó la muerte del individuo.

En esa progresion local no sólo se incluye el crecimiento propiamente tal del tumor sino las distintas modificaciones que ocurren en él dentro de esa marcha invasora.

2.° La recidiva local despues de la extirpacion.

Cuando hablaba de los diversos períodos del desarrollo de las neoplasias dije que tanto en el de irritacion formadora, como en el de granulacion, era absolutamente imposible diagnosticar la produccion que estaba ya desarrollándose, ni áun con el microscopio, y que durante ellos no existe límite alguno entre el tumor y el tejido en que se produce. Despues de esto dígase si en la inmensa mayoría de extirpaciones de tumores malignos y áun benignos se tiene la seguridad de no haber dejado parte alguna en la que el tumor se hallase en el período de granulacion ó en el de irritacion formadora. Una de las causas principales de la recidiva despues de una extirpacion es lo incompleto de esta misma extirpacion.

Al hablar de la generalizacion me ocuparé de otras.

3.° Alteracion de las glándulas linfáticas.

Los vasos linfáticos que serpean por la superficie del tumor y principalmente los que penetran en su masa (pues sábese que es indudable la existencia de éstos) arrastran en su interior los jugos que en el tumor encuentran y lo llevan hácia el torrente circulatorio, pero no haciendo los vasos citados su carrera directamente desde el tumor al conducto torácico ó la vena linfática derecha, este jugo tiene que detenerse en los ganglios linfáticos con que á cada instante tropieza y áun en estos ganglios sufrir cierta elaboracion, pues los linfáticos aferentes se ramifican en

los ganglios y de estas ramificaciones se originan á su vez los linfáticos eferentes; y en estos retrasos que van sufriendo los productos absorbidos, ni tiene cosa de particular que el tejido mismo de los ganglios se afecte, ni es raro observar una pléyade de ganglios linfáticos infartados atestiguando el camino que ha seguido el veneno de un cáncer, por ejemplo, para intoxicar el organismo entero.

4.° Generalizacion.

Al llegar á este punto precisa que nos detengamos algo para estudiar cómo tiene lugar la generalizacion en cada uno de los casos en que sobreviene, y para ello pongamos varios ejemplos. Supongamos por un lado, un individuo con veinte ó treinta lipomas en diversos puntos del organismo, otro con diez ó doce osteomas, y un tercero con multitud de producciones verrucosas en distintas partes de su cuerpo. Seleccionemos más allá una enferma con un carcinoma ulcerado de la mama derecha, varios infartos duros en el axila del mismo lado y algunos tumores, carcinomatosos tambien, en ambos pulmones y en el hígado. Apartemos por último un individuo con diferentes carcinomas en distintos órganos externos é internos y todos estos tumores en el período tipico de su desarrollo.

Reflexionemos ahora.

Cuantos casos he supuesto (y cuenta que no es sólo una suposicion, pues diariamente los vemos en la práctica y cada uno de los aquí indicados hace surgir involuntariamente á mi memoria multitud de nombres propios) lo son de neoplasias generalizadas. Pero en el primero se trata por ventura de una diátesis grasosa, de una lipemia? ¿Pues entónces por qué no se ha producido una polisarcia, y, lo que áun llama más la atencion, por qué al paso que se producen estos tumores no se está reabsorviendo progresivamente todo el panículo adiposo hasta

el punto que apénas quede en el organismo más grasa que la encerrada en aquellos? No es más asequible á la razon que en este caso se trataba sólo de una predisposicion en el tejido conjuntivo á dejarse infiltrar por la grasa de la sangre, bastando entónces cualquier causa ocasional por muy insignificante que sea para determinar la infiltracion local dicha? Y en el caso de los tumores huesosos, no debemos suponer una alteracion especial del tejido óseo, anterior y con mucho, á la aparicion de aquellos, cuya alteracion es la verdadera causa de ellos? Y en el caso tercero, admitiremos una diátesis verrucosa y rechazaremos esa predisposicion de tejido?

Ántes de pasar adelante dejemos, pues, establecido el hecho de que cierta predisposicion especial de los tejidos juega á menudo un importante papel en la produccion y generalizacion de las neoplasias.

Respecto al hecho de la categoría segunda, he aquí su lógica explicacion. Fórmase el primitivo tumor, crece y se desarrolla, y en el período de regresion, tanto del tumor matriz como de los secundarios, es conducido el jugo por los linfáticos á los ganglios de este nombre, adonde se detiene y á los que contagia y sigue su marcha al conducto torácico y por él á la vena suclavia izquierda y por ella á la cava superior, la aurícula derecha, el ventrículo del mismo nombre, la arteria pulmonal á los pulmones, adonde vuelve á sufrir otra elaboracion, y estos órganos se contagian igualmente. Al mismo tiempo las venas que parten del primer tumor, en alguna de las cuales penetra la masa de éste, verifican el mismo acarreo, al que no dejan de contribuir á veces los trombus venosos hechos émbolos por movimientos inconsiderados, etc. Despues de los pulmones, el hígado es el órgano más vascular y voluminoso; natural es que en él tambien se presenten las llamadas metástasis.

En el último ejemplo se trata del desarrollo de estos contagios despues de la extirpacion del tumor primitivo, contagio ya verificado y desarrollo incoado ántes de la extirpacion.

De lo dicho se deduce:

Que el crecimiento indefinido de un tumor, su recidiva local, la alteracion de las glándulas linfáticas y la generalizacion, dichos así en absoluto, no son ni con mucho caractéres de la malignidad de las neoplasias.

Que en los tumores malignos la progresion á que se alude es por yuxtaposicion de nuevos tumores al rededor de los primitivos, siendo por lo tanto indefinido.

Que la recidiva local es debida á la infeccion local, es decir, á que los linfáticos de la region en que se encuentra el tumor, están llenos de los jugos de éste.

Que la alteracion de los ganglios linfáticos es debida al contacto y la elaboracion que en ellos sufre la materia séptica, siendo por lo tanto un verdadero contagio.

Que en ellos esta conduccion por los linfáticos es la verdadera causa de la generalizacion de la neoplasia y que la incorporacion del jugo (canceroso por ejemplo) á la sangre, por la linfa que se les incorpora ó por los émbolos que en ocasiones arrastra, son la verdadera causa de las metástasis.

Que por lo tanto en la estructura de muchos tumores podrá encontrarse la primera y principal causa de su malignidad, habiéndose observado que las condiciones de ésta están representadas por la mucha vascularizacion, la riqueza de células y la abundancia de jugos, y por lo tanto el carcinoma y el sarcoma en que estas condiciones se reunen en alto grado, son los tumores malignos tipo.

De todo esto y de lo dicho en la etiología, viene tambien á deducirse que las condiciones para la presentacion

y desarrollo de los tumores deben reducirse á tres: primera, una predisposicion general en el individuo; segunda, una predisposicion especial en el tejido ú órgano, y tercera, una causa ocasional.

Entre la multitud de deducciones, á que se presta la doctrina expuesta, mencionaré tan sólo por lo consoladora, la idea de que la extirpacion de los tumores malignos en tiempo oportuno y de una manera conveniente, ocasiona la curacion radical.

CLASIFICACION.

No se conoce una clasificacion verdaderamente natural de las neoplasias y por lo tanto es indiferente cualquiera que se acepte. Lo principal es describirlas todas y no hacer formar una mala idea de cada tipo, por las relaciones puramente artificiales que se le den, pero con sólo hacer esta indicacion se evita esto último, y respecto á lo primero cuidaré de que no se me olvide la descripcion de ninguna de las que afectan los órganos de la generacion de la mujer, objeto de mi trabajo.

Incluiré en el adjunto cuadro, que es el de la pág. 85, las producciones que deben incluirse en cada clave:

- Neotrofias.
  - Hipertrofias simples.. — Hipertrofias y atrofias debidas á las diversas metamórfosis que sufre el organismo.
  - Atrofias simples. . . . — Hipertrofias y atrofias accidentales.
- Neoplasias..
  - Hiperplasias. — Cicatrices. — Esclerosis.
  - Aplasias. — Ulceraciones, degeneraciones y gangrenas.
  - Neoplasias propiamente dichas . .
    1. °—Tumores desarrollados á espensas de los elementos de la sangre.
    2. °—Id. id. id. de las sustancias secretorias.
    3. °—Id. id. por proliferacion de los tejidos.
    4. °—Tumores complexos.

Hay tambien una especie de tumores, ó que han sido considerados tales por algunos patólogos, que están constituidos por una membrana doble, de la que la parte exterior ó la membrana externa está formada por tejido conectivo más ó ménos rico en vasos y la interna por la bolsa propia de un animal. Tres son las principales especies que habitan en estos quistes, y son: el cisticerco del tejido celular, el echinococo del hombre y el cœnuro. La bolsa del echinococo es la más voluminosa, pues puede llegar á tener hasta el tamaño del puño, en tanto que la del cisticerco rara vez excede del de una cereza. Respecto al cœnuro no está bien comprobada su existencia en el hombre, aunque parece que son una especie de él los hidátides que se han observado en la pia-madre.

Apunto estas ideas porque en el ovario, en el útero y áun en las mamas, se han visto algunos de estos parásitos, y me será preciso decir algunas palabras acerca de ellos como apéndice á la historia de las neoplasias.

LECCION LXXVIII.

Clase primera. Neotrofias. — Clase segunda. Neoplasias. — Orden 1.° Hiperplasias. Generalidades.

CLASE PRIMERA. — NEOTROFIAS.

He dicho en la página 84 que las neotrofias se hallaban caracterizadas por una exaltacion ó debilitacion sinérgica (permítaseme la frase) de todas las propiedades celulares, y que cuando se trataba de la exaltacion teníamos las hipertrofias y cuando de la debilitacion las atrofias.

Tanto éstas como aquellas son unas veces consecuencia natural del desarrollo del organismo y otras debidas á diferentes causas que expondré de seguida.

Poco despues del nacimiento se produce una atrofia del hígado, entraña que ocupando en los últimos tiempos de la vida intra-uterina ambos hipocondrios, la region epigástrica, gran parte de la umbilical y la lumbar derecha, al sétimo año del nacimiento ya se encuentra reducida á el volúmen relativo que en el adulto y ocupando el lugar que en éste, cesando entónces la atrofia y continuando el crecimiento proporcionalmente al de las otras vísceras.

El cuerpo tiroides sufre tambien el mismo fenómeno, deteniéndose tambien la atrofia hácia la época de la segunda infancia.

El timo no existe en el adulto.

La disminucion de volúmen de las cápsulas suprarenales es aún muy notable, aunque estos órganos no llegan á desaparecer por completo como lo verifica el timo.

Ciertos conductos tambien se obliteran, llegando á ser reemplazados por un cordon celuloso como el uraco y el conducto arterial, ó por otro fibroso como la vena y las arterias umbilicales y el conducto venoso.

Otros órganos, por el contrario, se hipertrofian desde el nacimiento y creo escusado indicar lo que ocurre con los pulmones, con la arteria aorta y con los órganos digestivos. Durante cierta época de la vida, determinados órganos, cuyo desarrollo era escaso, adquieren una actividad exuberante, como ocurre á todos los órganos de la generacion, durante la época ó el período que se ha llamado vida sexual.

Pero hay más: el crecimiento del individuo no es debido exclusivamente más que á esa hipertrofia á que aludo.

Esta hipertrofia general del organismo ó este crecimiento es muy rápido desde los primeros dias de la vida extra-uterina hasta los 20 ó 25 años. En el segundo año de esta vida es la mitad que durante el primero y desde el cuarto ó quinto año hasta la edad de la pubertad es un vigésimo uno del crecimiento total. Hasta esta edad los órganos crecen más en longitud que en las otras dimensiones y desde ella se verifica lo opuesto. El crecimiento ó la hipertrofia fisiológica del organismo no termina hasta los 25 años próximamente.

Pero además de esta hipertrofia natural, digámoslo así, ocurre con frecuencia que ciertos y determinados órganos adquieren un desarrollo más considerable que de ordinario, sin que este crecimiento produzca trastorno

alguno en la salud, ni desviacion la más insignificante del estado fisiológico y las causas de este desarrollo exagerado son las siguientes:

En primer lugar la exageracion de la funcion. Debida á esta causa vemos el gran desarrollo que adquieren los músculos que mueven la mandíbula inferior (temporal, masetero, pterigoideos y digástrico) y el de la túnica muscular de las vías digestivas en los gastrónomos, la hipertrofia de los músculos del tronco y extremidades en los gimnastas, la de los de la pierna en las bailarinas, etc., y tan marcada y tan constante es esta influencia, que en los tratados de medicina legal, al ocuparse de las cuestiones que puede suscitar la identidad de las personas, se apela al sello que imprimen las profesiones, á causa de la continuidad del ejercicio de determinados órganos, como uno de los datos de más importancia para resolverlas.

Otra de las causas más importantes es lo que se ha llamado funcion suplementaria y á ella es debida, sin género de duda, la que se observa en un riñon cuando el otro está destruido; en los ganglios linfáticos cuando el bazo está atrofiado; en los músculos de una extremidad superior ó inferior cuando la otra se ha perdido, etc., etc.

Las irritaciones químicas ó mecánicas tambien pueden ocasionar la hipertrofia, pero á condicion de que no sean muy violentas ni continuadas, pues de otro modo, en vez de una exaltacion de todas las propiedades celulares, condicion indispensable para la produccion de las hipertrofias, podria producirse una perturbacion de ellas y esta perturbacion á lo que conduce es á las hiperplasias en un principio y á las neoplasias muy pronto, como hemos visto en la pág. 83.

Tanto el desarrollo ó la hipertrofia natural, como las hipertrofias accidentales, no producen trastorno alguno

en el organismo, ni constituyen estados patológicos, y esta es la razon por qué no creo necesario ocuparme más de ellas, pues su descripcion *in extenso* pertenece á la histología normal ó á la fisiología.

Por la misma razon nada hablaré de las atrofias, pues hasta las accidentales van acompañadas constantemente de un estado opuesto de los órganos capaces de sustituir funcionalmente á los órganos atrofiados y de aquí que el organismo no se resienta en lo más mínimo, como tampoco ocurre con las atrofias naturales que obedecen á las leyes impuestas á la naturaleza por el Supremo artífice.

Pasemos, pues, al estudio de la

CLASE SEGUNDA. — NEOPLASIAS.

En otro lugar quedan indicados los caractéres de las neoplasias y las diferencias que entre ellas y las neotrofias existen. Tambien he expuesto los fundamentos de la division de las neoplasias en hiperplasias, aplasias y heteroplasias ó neoplasias propiamente dichas.

Hablemos de cada uno de estos órdenes en particular.

ÓRDEN PRIMERO. — HIPERPLASIAS.

En las hipertrofias el número de elementos celulares es el mismo que en el estado normal, pero sus funciones están exaltadas, ó si aquel es mayor que en el referido estado, sus funciones se ejercen íntegramente. En la hiperplasia, llamada por Virchow hipertrofia numérica, hay alteracion evidente en las funciones celulares y el producto que se forma merece perfectamente el nombre de

tumor, puesto que se separa de un modo bien manifiesto del tejido normal, en el que ha tomado orígen, no sólo por una limitacion en la forma, sino por una diferencia notable en la estructura. Son tejidos homólogos ó semejantes á aquellos en que se originan, pero no idénticos, y por lo tanto producen alteraciones notables en los órganos en que han tomado asiento y son susceptibles por las metamorfósis que sufren de convertirse en heteroplasias homólogas, primero, y en heteroplasias heterólogas, bien pronto.

Hay dos géneros de estas hiperplasias, á saber: las inflamatorias y las no inflamatorias.

En las primeras la causa original ha sido una inflamacion aguda y en vez de producirse en los tejidos inflamados la supuracion ó los diversos exudados, sobreviene una neoplasia. La inflamacion suministra entónces los materiales necesarios para el nuevo producto ó séase la irritacion formadora, y la granulacion, el estado indiferente, etc., no tardan en seguirle. Esta hiperplasia inflamatoria se ha llamado tambien induracion ó esclerosis inflamatoria y á ella se refieren en lo que hace relacion á nuestro objeto esa metritis crónica ó infarto crónico del útero que he mencionado en otro lugar, así como la afeccion designada con el nombre de induracion benigna de la mama, y la hipertrofia de la túnica albugínea del ovario. Aunque entre las hiperplasias se incluyen un número considerable de afecciones, como puede verse en la clasificacion que hace de ellas el Dr. Moreno Pozo, que copio á continuacion, sólo me ocuparé en este sitio de las tres lesiones que acabo de mencionar, pues ellas solas pertenecen á la ginecología, y son la hiperplasia del tejido albugíneo del ovario, el infarto crónico del útero y la induracion benigna de la mama. Téngase presente que conservo la

nomenclatura de estas diversas afecciones, porque de no hacerlo así y de introducir otra diversa, se perjudicaria notablemente la claridad y sólo conseguiria describir afecciones conocidas de un número muy restringido de lectores.

CLASIFICACION DE LAS HIPERPLASIAS DEL DOCTOR MORENO.

- Hiperplasias..
  - De las células.
    - Parcial ó de un punto cualquiera del organismo...
      - Cicatriz.
      - Callo en la fractura ósea.
      - Callo en la fractura cartilaginosa.
      - Membrana limitante de los abscesos y fístulas.
      - Membrana quística de los cuerpos extraños.
    - General ó de todo un órgano....
      - Músculos.
      - Huesos.
      - Órganos, etc., etc.
  - De los tejidos.
    - Conjuntivo. | Esclérosis.
    - Epidérmico
      - Callosidades.
      - Cuernos.
    - Epitelial... | Difteria.
  - De los órganos
    - Hiperplasias mixtas ó hipertrofias propiamente dichas.

LECCION LXXIX.

a. Hiperplasia del tejido albugíneo del ovario.—b. Infarto crónico del útero.—c. Hiperplasia de la mama, infarto crónico, induracion benigna.—Orden 2.° Aplasias. Su clasificacion.

a.—HIPERPLASIA DEL TEJIDO ALBUGÍNEO DEL OVARIO.

Además de la túnica peritoneal, consta el ovario de un tejido fibroso análogo al de la túnica albugínea del testículo, que contiene los óvulos y es la sustancia ovígena ó porcion glandular del ovario y además la capa bulbosa ó vascular. Ahora bien; en ocasiones y mediando las causas expuestas al tratar de la ovaritis crónica (página 29), y la mayor parte de las veces despues y como consecuencia de esta afeccion, el exudado formado en este tejido perfecciona su organizacion y se transforma en tejido conjuntivo, y proliferando éste considerablemente aparecen pequeñas masas de este tejido exparcidas por toda la sustancia ovígena, que luégo se reunen ocasionando el engruesamiento de toda la túnica fibrosa del ovario, merced al cual se hace imposible la rotura expontánea de las vesículas de Graaf y la salida de los óvulos, siendo este el orígen de la mayor parte de los quistes ováricos.

Otras veces y aumentándose cada vez la hipertrofia de la túnica albugínea, las vesículas sufren una compresion, causa de su atrofia, y al cabo de un tiempo mayor

ó menor se hallan éstas sustituidas por el tejido conjuntivo engruesado y condensado, desapareciendo por completo no sólo ellas sino hasta la capa bulbosa, y transformándose el ovario en un cuerpo fibroso, en un fibroma y siguiendo desde entónces la marcha de esta clase de tumores.

Síntomas. —*El dolor ovárico*, que se experimenta hácia una de las fosas ilíacas, no es muy intenso y se exacerba con el tacto rectal, irradiándose á veces al recto y al fondo de saco útero-vaginal; la dureza del tejido ovárico perceptible por el mencionado tacto rectal; las alteraciones menstruales que generalmente consisten en la dismenorrea y cuando es un solo ovario el afectado, presentan la particularidad de que no se verifican en todas las épocas menstruales, sino sólo en aquellas en que el óvulo maduro se encuentra en el ovario enfermo; y á la larga una cloro-histeria sintomática, son todos los fenómenos que caracterizan la enfermedad de que nos venimos ocupando y que pueden servirnos para el diagnóstico.

Pronóstico. —La hiperplasia de la túnica fibrosa del ovario no cede al tratamiento, pero hay la esperanza cuando sobreviene ya en una edad próxima á la crítica que la atrofia fisiológica de los ovarios puede inducir un movimiento favorable en esta afeccion y cuando ménos queda paralizada su marcha.

Tratamiento. —Siendo debida en la mayoría inmensa de casos á la ovaritis aguda ó crónica, claro es que debemos emplear con energía en estas inflamaciones el tratamiento oportuno (tomo 2.°, pag. 31), para evitar que tenga estas consecuencias. Ya desarrollada la afeccion, debemos limitarnos á evitar todo cuanto pueda congestionar los ovarios ó aumentar sus congestiones periódicas y administrar algunos calmantes, principalmente por ene-

mas, semicupios templados y en ocasiones hacer alguna evacuacion tópica de sangre á las márgenes del ano ó á la region ilíaca correspondiente y aconsejar la permanencia en el campo y los baños minerales salinos.

Se ha aconsejado el uso interior del yoduro potásico ó de algun preparado mercurial.

b.—INFARTO CRÓNICO DEL ÚTERO.

Dugés decia que « la hipertrofia del útero no es á nuestro modo de ver otra cosa que un resultado de la flegmasía crónica comunmente general, y no debe distinguirse de ella. »

Dugés confundia indudablemente la hipertrofia con la hiperplasia del útero, como lo han hecho tambien Murat, Naumann, etc., etc., y principalmente Lisfranc, que le llamaba hipertrofia simple; y aunque este autor la diferenciaba completamente de la metritis crónica, á la que llamaba infarto crónico del útero, las confundia de una manera absoluta al describirlas, y tanto que la descripcion de una y otra de estas afecciones era idéntica. Nada de esto tiene de particular, máxime en una época en que la histología no habia aún derramado su vívida luz sobre el estudio de ciertas afecciones. Aún hoy mismo yo no veo entre la inflamacion crónica del útero, su hiperplasia y la formacion de un mioma ó un fibroma uterinos (pero con especialidad de un fibroma), más que gradaciones de un mismo estado patológico. En efecto; sobreviene una inflamacion de la matriz y se forma el exudado correspondiente, se espesa y organiza éste, se trasforma en tejido conjuntivo, presentándose entónces en masas más ó ménos discretas ó difusas y tenemos aquí la hiperplasia del tejido conjuntivo, la que aumentando puede

llegar á sustituir al tejido mismo de la matriz y á convertirse en una neoplasia propiamente dicha, que á su vez sufre ó puede sufrir las metamórfosis que más arriba he indicado.

Esto que digo de la matriz tiene aplicacion á la hiperplasia de la túnica albugínea del ovario que acabo de describir, y á la de la mama que describiré más tarde.

Las alteraciones anatómicas que se observan en la hiperplasia del tejido conjuntivo de la matriz son aumento de volúmen del órgano que fácilmente llega á tomar el del puño de un adulto; mayor dureza de su tejido que la que se observa en estado normal; palidez y anemia en unos puntos, coloracion rojo violácea en otros, en que se encuentran las venas dilatadas por una sangre líquida y en otras partes pequeños focos apopléticos. Cuando la afeccion está muy adelantada, el parenquima del útero parece atrofiado y como sustituido por masas más ó ménos voluminosas de tejido conjuntivo que se parece mucho en sus caractéres al tejido fibroso. Estas masas de tejido conjuntivo son más considerables en el cuello uterino que se encuentra como transformado en él. Esta parte de la matriz es la que con más frecuencia, cuando la afeccion es muy antigua, sufre alguna de las metamórfosis indicadas en otro lugar, cuyo hecho dá la clave de la multitud de errores de diagnóstico que se han cometido al tratar de esta enfermedad que se ha confundido mucho con el carcinoma, razon por la que Lisfranc aconsejaba y practicaba tanto la escision del cuello uterino en los casos de duda de esas degeneraciones. De estas degeneraciones de la matriz la grasienta es la más frecuente. Al paso que se aumenta el grueso de las paredes del útero, su capacidad tambien se hace mayor, y en su cavidad suele contenerse un líquido mucoso y á veces puriforme.

Etiología.— Es causa de la hiperplasia ó infarto crónico del útero, todo cuanto sea capaz de producir en esa entraña un movimiento congestivo ó una irritacion continuados. La masturbacion, los excesos y la abstencion del cóito, los abortos frecuentes, la determinan generalmente, cuando no es una consecuencia de una inflamacion aguda ó crónica.

Síntomas.—Consisten en sensacion de peso á la pélvis; dificultades en la emision de la orina y en la defecacion; dismenorrea ó amenorrea y muy rara vez menorragia; leucorrea más ó ménos abundante; trastornos digestivos simpáticos. Por el tacto vaginal se nota que el cuello uterino está aumentado de volúmen y duro; combinándolo con el tacto abdominal, se aprecia el mayor tamaño que ha adquirido el útero; el cateterismo uterino revela el aumento que ha sufrido el diámetro longitudinal de la cavidad de aquel órgano: el espéculum comprueba los datos revelados por el tacto vaginal y permite ver la superficie del cuello lisa y pálida, así como su abertura algo dilatada. A veces se ven tambien con este instrumento algunas erosiones ó ulceraciones de la mucosa.

Diagnóstico.—Me remito á lo indicado al tratar de la metritis crónica. El diagnóstico entre ésta y la afeccion de que ahora me ocupo es imposible, puesto que sólo se trata, en rigor, de grados de una misma enfermedad.

Pronóstico.—El infarto crónico del útero es incurable y los casos de curacion que se citan se refieren á metritis crónicas. La hiperplasia del útero determina la esterilidad ó los abortos frecuentes, los cuales á su vez son causa del agravamiento de aquella enfermedad.

Tratamiento.—Es preventivo y en él incluyen todos los medios capaces de impedir ó curar la metritis aguda ó crónica. Una vez presentada la hiperplasia, sólo nos res-

ta, con un buen régimen higiénico, detener algun tanto su marcha. Los baños de mar ó los minerales salinos, el uso de los ioduros alcalinos, se han recomendado como curativos de la enfermedad, aunque su verdadera eficacia es para detener algun tanto su marcha.

En muy raros casos podrá estar indicada la escision del cuello uterino, pues para ello seria preciso que la alteracion estuviere perfectamente circunscrita á él. Escindir un cuello hiperplasiado, dejando el resto del útero con la misma alteracion, es un solemne disparate.

C.—HIPERPLASIA DE LA MAMA, INFARTO CRÓNICO, INDURACION BENIGNA.

Los autores describen tres afecciones diversas con el nombre de hipertrofias, y son: la hipertrofia simple, la grasosa y la célulo-fibrosa; pero al ocuparse de los síntomas y de las lesiones anatómicas, se nota una maravillosa confusion. Desde luégo la hipertrofia grasosa es un lipoma envolvente de la mama, y la llamo así, porque realmente se trata de un lipoma que envuelve la glándula. La hipertrofia simple es para unos el adenoma mamario, para otros ese mismo lipoma que acabo de indicar y para algunos una mamitis crónica; y sólo la hipertrofia célulofibrosa es la hiperplasia del tejido conjuntivo de la mama, hiperplasia que reviste aquí los mismos caractéres que he indicado respecto á la túnica albugínea del ovario y respecto al útero.

En efecto; esta hipertrofia célulo-fibrosa ó hiperplasia del tejido conjuntivo de la mama, está caracterizada por la existencia de esas masas fibrosas que he indicado en las dos afecciones últimamente descritas, masas discretas unas veces al principio de la enfermedad, más confluen-

tes luégo, y comprimiendo siempre á la glándula, á la que llegan á atrofiar y á sustituir, presentándose miéntras esto no sucede pálido y anémico el tejido de ella y hallándose algunos vasos venosos dilatados y focos apopléticos, en los sitios que no invade la afeccion. Esta hiperplasia sufre las metamórfosis descritas en su lugar respectivo.

Etiología. — Las causas son las mismas que las de la mamitis crónica.

Síntomas. — Dureza de la mama, disminucion de su volúmen, ligera sensibilidad en ella durante las épocas menstruales, falta de retraccion del pezon, marcha muy lenta, metamórfosis muy tardía, si llega á verificarse. Lo más ordinario es que la afeccion persista así hasta la época de la menopausia en la que sufre una retrocesion considerable y permanezca así el resto de la vida.

Diagnóstico. — Los síntomas indicados bastan en su conjunto para distinguir fácilmente esta afeccion del fibroma de la mama y sobre todo del carcinoma. Respecto á la distincion entre la hiperplasia y la mamitis crónica, debo decir que siendo aquella un período avanzado de éstas, es imposible el diagnóstico en la inmensa mayoría de casos.

Pronóstico. — Siendo las metamórfosis muy raras, esta afeccion, aunque generalmente no desaparece jamás, implica una gravedad escasa. Sin embargo, en las mujeres en que existe cierta predisposicion, puede constituirse en el principio de una afeccion maligna, comprometiendo entónces gravemente la vida.

Tratamiento. — Me refiero en un todo á lo indicado en el tomo 1.°, pág. 579. Sin embargo, si la afeccion sigue una marcha muy rápida y el cambio de consistencia de la mama y la aparicion de algunos dolores anuncian la

degeneracion del tumor, debemos apresurarnos á practicar su extirpacion, ántes que el infarto ganglionar ó la ulceracion del tumor indiquen la proximidad de la aparicion de otros tumores análogos en órganos más ó ménos lejanos del primitivamente afecto.

ÓRDEN 2.°—APLASIAS.

En las aplasias que se encuentran en el polo opuesto de las hiperplasias, como las atrofias se hallaban en el de las hipertrofias, no sólo van perdiendo lentamente de intensidad las funciones celulares, sino que (y en esto se distinguen de las atrofias) ó esta pérdida de intensidad no es uniforme en todas, ó al paso que hay disminucion de una, existe una perturbacion de las otras.

Las aplasias, y este es otro carácter que las distingue de las atrofias, pueden invadir no sólo á los tejidos normales, como éstas, sino tambien á los patológicos. En el primer caso se llaman ulceraciones; en el segundo degeneraciones, regresiones ó metamórfosis regresivas.

Hé aquí el cuadro de las aplasias del Dr. Moreno:

- Aplasias.
  - De las células.—Ulceracion.
  - De los tejidos.
    - Conjuntivo.
      - Degeneracion embrionaria.
      - Degeneracion grasosa.
    - Epidérmico.
      - Degeneracion grasosa.
      - Degeneracion mucosa.
      - Degeneracion pigmentaria.
    - Epitelial...
      - Degeneracion grasosa.
      - Degeneracion mucosa.
      - Degeneracion pigmentaria.
  - De los órganos
    - Aplasias mixtas ó atrofias propiamente dichas.
    - Gangrenas.

De estas lesiones sólo me corresponde tratar de las ulceraciones, pues las degeneraciones las he considerado y descrito al tratar de las metamórfosis de las neoplasias, ó sea el último período del desarrollo de éstas; pero como quiera que las ulceraciones de los órganos genitales de la mujer tambien quedan descritas en la pág. 57, tomo 2.°, paso desde luégo al estudio de las heteroplasias ó neoplasias propiamente dichas, como empezaré á hacerlo en la leccion siguiente.

LECCION LXXX.

Orden 3.°—Neoplasias propiamente dichas. Sus caractéres y division.—I. Tumores sanguíneos.—II. Tumores secretorios.—III. Tumores proliferantes.—IV. Tumores complexos.—Cuadro sinóptico de la clasificacion de las producciones orgánicas.

ÓRDEN 3.° — NEOPLASIAS PROPIAMENTE DICHAS.

Expuestos anteriormente los caractéres de las neoplasias y la marcha que generalmente siguen, voy á ocuparme lo más brevemente posible de su clasificacion ó division, para entrar en seguida en la descripcion de aquellas que convienen á mi objeto.

La clasificacion seguida en las hiperplasias y aplasias es la del Dr. Moreno Pozo, porque la he juzgado bastante completa en este particular, pero en las neoplasias propiamente dichas voy á seguir la de Virchow, pues la creo más fácil de retener y más acomodaticia á las nece-

sidades que me sugiere á cada momento un trabajo como el presente, en que no se trata de hacer un tratado completo de onkología, sino tan sólo de describir los tumores que se observan en los órganos sexuales de la mujer, y si he entrado en ciertos pormenores y detalles, ha sido tan sólo porque no estando aún muy extendidos los conocimientos sobre este ramo de la patología, me hubiera hecho sumamente confuso de no seguir esta marcha.

Virchow divide las neoplasias ó tumores en cuatro clases, á saber: primera, tumores desarrollados á expensas de la sangre; segunda, tumores desarrollados á expensas de las sustancias secretorias; tercera, tumores proliferantes; cuarta, tumores complexos.

I.—*Tumores sanguíneos.*

En ellos hay una acumulacion de sustancias que provienen directamente de la sangre, ya sea por extrasvasacion, ya por trasudacion, ya por exudacion, ya por estados mixtos. Los tumores sanguíneos por extrasvasacion han sido designados con el nombre de hematomas, subdividiéndolos en hematomas líquidos quísticos, que son aquellos en que hay una coleccion sanguínea en cualquier punto; hematomas sólidos no quísticos en los cuales la sangre penetra ó se infiltra en una parte cualquiera, sin formar bolsa ó coleccion, ya se trate de un tejido, ya de un órgano; y hematomas polipiformes en los que la sangre está fuera de los tejidos, y en las cavidades que los órganos presentan, pero coagulada y revistiendo la forma de un tumor sólido proeminente.

A la forma quística pertenece el cefalematoma, tumor de que trataré en la pediatria. A la sólida no quística, ciertos derrámenes sanguíneos que se observan en el ova-

rio durante la menstruacion (á los que es debida la formacion de los cuerpos amarillos de aquel), y el trombus de la vulva. De esta última afeccion ya me he ocupado (tomo 1.°, pág. 446), así como de aquellos derrámenes que son generalmente fisiológicos, pues cuando exceden de los límites normales ya se confunden y deben ser descritos con otra clase de tumores de que hablaré bien pronto (quistes del ovario).

A la forma tercera ó polipiforme pertenecen el hematoma polipiforme del útero ó pólipo fibrinoso, descrito en el tomo 2.°, pág. 41, y el hematoma ó hematocele retrouterino, del que se trató en la pág. 446 del primer tomo.

Claro es que no he indicado, como seguiré haciendo en los otros órdenes y clases, más que de los tumores que deben ser descritos en una obra de esta especie, pues no es un tratado de onkología el que estoy escribiendo.

De los hematomas por extrasvasacion á que acabo de aludir, sólo me queda pendiente el cefalematoma para ser tratado en la patología especial del niño; de los demás ya he hablado. Pasemos á los hematomas por trasudacion y por exudacion. En éstos no es la sangre en sustancia la que se derrama, ó de la que se empapan los tejidos, ó la que se contiene en las cavidades naturales, sino que, ó hay una trasudacion serosa, es decir, un líquido procedente de la sangre y conteniendo por lo tanto agua, sales y una parte de los albuminatos del suero de la sangre, pero no glóbulos ni fibrina (trasudados), ó ese líquido mezclado con alguna cantidad de fibrina (exudados) y áun con pequeña porcion de glóbulos rojos (exudado hemorrágico). Estos tumores llamados en general higromas, tienen por carácter comun contener en cavidades cerradas un líquido más ó ménos acuoso, ya esa cavidad sea de formacion natural ó preexistente á

la coleccion serosa (como el hidrocele de la túnica vaginal), ya de nueva formacion y producida, por lo tanto, por un trastorno fisiológico ó un trabajo mórbido. De los tumores que debemos tratar aquí, pertenecen á los higromas de cavidad de formacion natural, el hidrocele congénito de la túnica vaginal, y los de la cabeza y cuello congénitos, cuya descripcion encontrará su lugar en la pediatria. Ningun higroma hay que deba ser descrito en ginecologia.

II.—*Tumores debidos al desarrollo de las sustancias secretorias. Tumores por dilatacion ó por retencion.*

En los tumores de esta clase hay acumulacion de las sustancias segregadas, ya sean éstas líquidas, ya sólidas, y esta acumulacion depende, unas veces de que se segregan en mayor cantidad que de ordinario y no pueden por lo tanto circular libremente, y otras veces de que existe un obstáculo á su circulacion, consistente en una estrechez ó en una obliteracion de su conducto escretor; y de cualquiera manera que sea, el humor segregado se detiene, se espesa y puede llegar hasta á constituir un producto sólido, de nueva formacion. En estos tumores siempre hay una bolsa quística que en su orígen es ó las paredes del utrículo ó las del conducto escretor, pero bien pronto su organizacion varia hasta el punto de no recordar la primitiva en la inmensa mayoría de casos. La retencion del producto segregado se hace unas veces en el mismo punto en que tiene lugar su produccion y otras en un punto remoto que puede ser ó el conducto escretor como queda dicho, ó una cavidad preexistente, ya natural, ya patológica.

Diferentes órdenes de estos tumores se han admitido

y los principales son los atheromas ó que contienen una masa pultácea, los quistes mucosos ó hidáticos y los quistes serosos.

De estos tumores, los que pertenecen á la ginecología son entre los quistes mucosos los pólipos mucosos del útero y de la vagina, de los que hemos tratado al hablar de la endometritis (tomo 1.°, pág. 153) y de la vaginitis (pág. 61, tomo 2.°); y entre los serosos los quistes del ovario, los de las trompas, los de los ligamentos anchos, la hidrómetra, los quistes lácteos, los butyricos y el galactocele. Del galactocele nos hemos ocupado en la pág. 572 del tomo 1.°, y de los otros trataremos sucesivamente en este lugar.

III.—*Tumores proliferantes.*

Difiere de los anteriores en que su esencia consiste en la formacion de un tejido nuevo, cuyo tejido nuevo como hemos visto no se formaba en aquellos sino en una época lejana de su principio y áun accidentalmente á veces. Se trata en éstos, como dice Virchow, «de una gran serie de processus irritativos que tienen incontestablemente en sí un carácter activo, productivo, irritativo y hasta las más extraordinarias comprenden desde las formas inflamatorias más simples por su heterología y su malignidad.»

Estos tumores proliferantes reunen en su grado típico todos los caractéres expuestos al hablar de las neoplasias propiamente dichas y se han dividido, segun Luecke (que los llama neoplasmas ó producciones), en formaciones en el tipo de la sustancia conjuntiva, ya normal (á los que pertenecen los fibromas, lipomas, condromas y osteomas), ya embrionaria (que comprenden los mixo-

mas y sarcomas y el cáncer de tejido conjuntivo, cuya existencia se ha negado en fecha posterior), y formaciones de tipo más elevado al que corresponden el adenoma, angioma y neuroma. En cada uno de estos órdenes se encuentran producciones del aparato generador de la mujer que no he descrito hasta ahora y que irán siéndolo sucesivamente.

IV.—*Tumores complexos.*

Abraza esta clase la multitud casi infinita de combinaciones que pueden existir de las otras tres especies indicadas, y que en honor de la verdad, son las más frecuentes, pues en el organismo en estado patológico, la combinacion, la complexidad, es la regla. Las mismas especies de que me he ocupado más arriba, rara vez se encontrarán aisladas áun en los casos que se señalen como más típicos.

Para la mejor inteligencia, y puesto que como ha podido verse por los cuadros parciales insertos hasta aquí, la clasificacion general de las lesiones orgánicas que me he propuesto seguir, aunque tomada parcialmente de las de los Doctores Moreno Pozo, Virchow y Luecke, no es en su totalidad la de ninguno de ellos, voy á reducir en un solo cuadro sinóptico, aunque reasumiendo, no sólo lo ya expuesto de las neotrofias, hiperplasias y aplasias, sino tambien el de las neoplasias propiamenie dichas, rogando á mis lectores me dispensen esta repeticion en gracia á la claridad.

Al lado de cada especie onkológica, coloco en la parte correspondiente á las neoplasias propiamente dichas, aquellas especies ginecológicas de que aún me resta que tratar.

Cuadro sinóptico de la clasificacion de las producciones orgánicas.

1.ª CLASE.—NEOTROFIAS

- Órden 1.° Hipertrofias.
  - Fisiológicas.—De los órganos.
  - Accidentales.—De los tejidos.
- Órden 2.° Atrofias
  - Fisiológicas.—De los órganos.
  - Accidentales.—De los tejidos.

2.ª CLASE.—NEOPLASIAS.

- Órden 1.° Hiperplasias.
  - De las células.
    - Parcial.
    - General.
  - De los tejidos.
    - Conjuntivo.
    - Epidérmico.
    - Epitelial.
  - De los órganos.—Hiperplasias mixtas.
- Órden 2.° Aplasias
  - De las células.—Ulceracion.
  - De los tejidos.
    - Conjuntivo.
    - Epidérmico.
    - Epitelial.
  - De los órganos.
- Órden 3.° Neoplasias propiamente dichas
  - Tumores sanguíneos ó hematomas.
    - No quísticos
      - Hematoma del ovario, trombus de la vulva. (Ya descritos.)
    - Quísticos.
    - Polipiformes
      - Pólipo fibrinoso del útero. (Ya descrito.)
  - Tumores secretorios.
    - Quistes mucosos.
      - Pólipos mucosos del útero y de la vagina. (Ya descritos.)
    - Quistes serosos
      - Quistes del ovario, de la trompa y el ligamento ancho, la hidrometra, los quistes lácteos, butyricos y el galactocele.
  - Tumores proliferantes.
    - Tipo de la sustancia conjuntiva
      - Normal
        - Fibroma. — Del órgano secretor del aparato sexual
        - Lipoma. — Del órgano de depósito y del conducto escretor.
        - Condroma — Del aparato secretor de la leche.
        - Osteoma. — De los huesos de la pélvis. (De algunos otros?)
      - Embrionaria.
        - Mixoma.
        - Sarcoma. — De los órganos sexuales propiamente dichos.
    - Tipo de la sustancia epitelial
      - Papiloma.
      - Epitelioma.
      - Carcinoma — Del órgano secretor de la leche.
    - Tipo más elevado.
      - Angioma.
      - Neuroma.
      - Adenoma.
        - Del ovario.
        - De la mama.
        - (¿ De las glándulas vaginales?)
  - Tumores complexos.

LECCION LXXXI.

Tumores secretorios del aparato genital de la mujer. — a.—Quistes serosos del ovario.

a.—QUISTES SEROSOS DEL OVARIO.

No está aún muy lejano el tiempo en que Velpeau preguntaba si los quistes del ovario serian vesículas seminales extraviadas en el abdómen y que arrastrasen consigo el peritoneo al separarse del punto de orígen, ni en los que Gardien creia se desarrollaban en el espesor de los ligamentos anchos, y aún resuenan en los oidos de los prácticos las palabras del célebre Boyer, hablando del tratamiento de esta afeccion: « Se ha propuesto extirpar el ovario con el quiste hidrópico, pero basta un poco de reflexion para conocer los peligros y la imposibilidad de semejante operacion que nunca se ha practicado ni se practicará probablemente. »

Y sin embargo, ¡qué cambio más radical se ha verificado en el estudio de la patogenia y del tratamiento de esta enfermedad! ¡De qué modo tan diverso se consideran hoy los quistes del ovario y qué ideas más distintas presiden á su tratamiento!

Llámanse quistes del ovario á las colecciones líquidas que tienen en él su asiento, colecciones que se encuentran encerradas en bolsas membranosas.

Esta afeccion es más frecuente desde los 40 á los 50 años que en otra época de la vida; en las mujeres que

han tenido hijos, que en las solteras ó estériles; en las de temperamento linfático, que en las de cualquiera otro. Se ha creido que ciertos accidentes ocurridos durante un parto, que las emociones violentas, los golpes, las caidas, una supresion de traspiracion, etc., pueden ser su causa ocasional. De varias estadísticas formadas con las enfermedades de los ovarios se deduce, entre otros datos, que los quistes comprenden las dos terceras partes del número total de aquellas; que entre estos quistes son bastante más frecuentes los simples que los compuestos; que el ovario derecho padece más á menudo que el izquierdo en los casos en que uno solo es el afectado, los cuales son mucho más del doble de aquellos en que ambos estén enfermos.

Se ha considerado por algunos que una abstinencia prolongada del comercio sexual basta en muchos casos á producir dicha enfermedad.

Cruveilhier divide los quistes ováricos en simples y compuestos y aquellos en unilobulares, multilobulares y areolares ó vesiculares. En los unilobulares el ovario está totalmente convertido al cabo de cierto tiempo en una bolsa fibro-serosa resistente llena de líquido: en los multilobulares ó existe una bolsa única dividida en multitud de celdillas sin comunicacion entre sí por tabiques fibrosos, ó hay un quiste principal y muchos accesorios adheridos á él; en los areolares se encuentra la division celular del quiste, pero las celdillas ó quistes se comunican todos entre sí. En los quistes compuestos se trata de uno unilobular ó multilobular y otro areolar.

Backer Brown llama simples á los unilobulares, compuestos á los multilobulares, y complexos á los areolares.

El líquido que contienen los quistes uni ó multilobu-

lares varia en su cantidad desde muy pocas onzas á cuarenta ó más cuartillos; es más ó ménos espeso, incoloro á veces, pero con frecuencia amarillento y en ocasiones rojizo. Rees ha encontrado en él, entre otros principios, albúmina, materia grasa, sales alcalinas, cloruros alcalinos y materias extractivas.

Se ha encontrado tambien en el interior de los quistes cabellos, dientes, huesos de fétus, y esto sólo puede explicarse considerando que se trata en estos casos de una monstruosidad por inclusion y que por lo tanto el quiste procede de la época de la vida intra-uterina de éste.

La bolsa de los quistes se halla generalmente formada de tres membranas: una externa serosa suministrada por el peritoneo, otra media fibrosa, como fibrosa es la túnica albugínea del ovario, que es la que la suministra, y otra interna serosa como la primera. Estas membranas se encuentran unas veces sumamente delgadas é íntimamente adheridas, otras gruesas y bien distintas, algunas reforzadas por fibras musculares y en ocasiones determinadas, siendo asiento á su vez de una neoplasia. La superficie de estas membranas está surcada á menudo por numerosos y gruesos vasos.

Estos quistes, y con especialidad los unilobulares, pueden estar pediculados; otras, y es casi constante en las otras especies, se confunden con el resto del ovario y no tardan en sustituir al tejido de esta clase.

Tampoco constituyen un tumor único, sino que en ocasiones se complican con otros productos patológicos, incluso el carcinoma.

MANERA DE PRODUCIRSE LOS QUISTES.

Es este un objeto muy interesante y para dilucidar,

el cual se hace indispensable recordar la division de Cruveilhier de que queda hecho mérito. Veamos, pues, la génesis de cada una de las cuatro especies admitidas por el autor citado.

Quistes simples unilobulares. — A cada época menstrual rómpese una vesícula de Graaf y da salida á un óvulo, encontrándose durante todo el período de la vida sexual varias de las dichas vesículas en diferentes épocas de su desarrollo; durante éste puede ocurrir que se aglomere en alguna mayor cantidad de líquido que de ordinario y presentando cierta resistencia las cubiertas peritoneal y albugínea de la vesícula, no se rompan sino que por el contrario contraigan adherencias con las partes circunvecinas. Hé aquí, pues, una de las maneras de producirse el quiste simple unilobular. Otras veces el quiste es multilobular en su principio, y se forma como diré en seguida, pero los tabiques intercelulares van paulatinamente adelgazándose hasta que se rompen, comunicándose entre sí las celdillas y concluyendo por reabsorverse los restos de dichos tabiques, convirtiéndose el quiste de multilobular en unilobular.

Quistes multilobulares. — Segun Scanzoni las laminillas del tejido conjuntivo que forman el parénquima normal del ovario se adhieren entre sí, formando cápsulas completamente cerradas que miéntras pequeñas se aplanan en muchos puntos por su contacto recíproco, encerrando cavidades poliédricas. A veces una de estas cápsulas adquiere mayor desarrollo que las otras y forma un quiste que encierra el gérmen de otros secundarios que llegan á formarse y áun á adquirir considerable tamaño, y en ciertos casos contienen á su vez en su interior el gérmen de otros quistes terciarios que tambien llegan á desarrollarse. En otras ocasiones estos quistes múltiples

no tienen su primitivo asiento en el ovario, sino en el grosor de los ligamentos anchos y sobre todo en las trompas y especialmente en el pabellon de éstas, pero bien pronto y siguiendo su crecimiento se adhieren al ovario de tal modo que apénas la autopsia permite reconocer el orígen del quiste.

Ya he dicho cómo estos quistes múltiples ó de múltiples cavidades se convierten en simples.

Quistes areolares. — En ellos el tejido ovárico se convierte en una masa areolar ó vesicular, cuyas areolas ó vesículas se comunican entre sí y contienen un líquido claro, parecido á la clara de huevo ó con mayor consistencia y áun gelatinoso.

Quistes compuestos. — Estando formados por la combinacion de un quiste uni ó multilobular y otro vesicular, claro es que ambas formaciones han tenido lugar de una manera independiente, aunque se combinen luégo ambos productos. Tambien en los quistes compuestos pueden existir uno de cualquiera de las especies indicadas y una produccion de otra clase (sarcoma, carcinoma, etc.) Estos tumores compuestos del ovario pueden estar adheridos ó separados y completamente independientes unos de otros.

Labalbary, que fué el autor de la primer memoria que se publicó en francés sobre los quistes del ovario, despues de la célebre discusion de la Academia imperial de medicina de Paris que procuró anonadar bajo el peso de su autoridad al Dr. Nelaton, adalid de la ovariotomía, describe así histológicamente estos tumores :

« Desde su aparicion la membrana serosa abdominal está rechazada por delante del tumor incipiente al que acaba por cubrir casi completamente. Por debajo de la cubierta peritoneal se halla la túnica propia del saco que

es de un blanco amarillento ó amarillo rojizo y de consistencia fibrosa y reforzada interiormente por una membrana delicada epitelial. Algunos tumores y especialmente los uniloculares sacan del estroma del ovario una cubierta incompleta más ó ménos limitada en su punto de implantacion. Esta membrana suplementaria se presenta, sobre todo, cuando las vesículas dilatadas han estado en su orígen profundamente situadas y en su desarrollo han empujado ante sí el estroma que las cubria, desarrollándose ésta á su vez para cubrir el tumor.

En el centro de la membrana de cubierta se encuentran los vasos pequeños y poco numerosos ordinariamente, más voluminosos y en mayor número algunas veces, pero proviniendo siempre de los vasos propios del ovario. El tumor ovárico recibiendo su nutricion de la parte de ovario que lo ha producido, se distingue en esto del quiste hidático que á su vez es más independiente que aquel y encierra los acefalocistos. Hay que notar que los hidatides del ovario son muy raros. »

« Las paredes de un quiste ovárico varian mucho en consistencia y en espesor, segun los casos, y á veces hasta en las diversas porciones de un mismo saco.

A más en una masa de quistes se encuentra á menudo estos cambios en muchos quistes parciales, pero es regla general que las paredes del quiste primitivo sean más gruesas. El espesor puede ser atribuido á una simple hipertrofia de los tejidos, pero más frecuentemente á un producto morboso situado en las paredes de él. Así pueden ser engruesados ó indurados en totalidad, ó solamente en parte por la inflamacion, rara vez por los tubérculos y más raro todavia por depósitos cancerosos. Por otro lado la inflamacion puede reblandecerlos y destruirlos, ó volver su consistencia friable ó bien la ulcera-

cion y áun la gangrena pueden determinar la perforacion, ó en fin, pueden sufrir la degeneracion calcárea. Se citan casos en que las túnicas tenian una pulgada de espesor (Stockwell, Wilson); otros en que el tumor tenia paredes muy delgadas y flexibles y un aspecto blanquecino y brillante. Las paredes son sin embargo en todos los casos más gruesas en el punto en que el quiste está unido al ovario, ya por un pedículo, ya por una base ancha. El engruesamiento del saco tiene lugar principalmente hácia la mitad de su tabique, pero el peritoneo está á menudo engruesado y opaco y la membrana que la refuerza puede estar formada frecuentemente de muchas capas de epitelio mezclada de tejido conectivo, el epitelio por el contrario, no es fácil de distinguir en los quistes antiguos. »

Síntomas.—Rara vez se nos presenta la enferma en el principio de su afeccion, pero verdad es tambien que áun cuando esto ocurriera son entónces tan escasos y tan oscuros los síntomas, que pasarian completamente desapercibidos ó nos harian sospechar quizás cualquier cosa ménos un quiste del ovario. Trascurren siempre meses y áun años, ántes que nos consulten estas enfermas y la mayoría lo hacen cuando el tumor por su extraordinario crecimiento ha salido ya de la pélvis y se encuentra en el vientre.

Como el diagnóstico de los quistes del ovario es de interés sumo y difícil en extremo á ocasiones, voy ántes de agrupar los síntomas, segun los períodos de la enfermedad, á analizar individualmente los que pertenecen al órgano afecto, los debidos á la compresion del tumor y los producidos por irritacion refleja.

Teniendo en cuenta las funciones del ovario, parece natural que éstas deben sufrir un considerable trastorno en la enfermedad de que me ocupo, y sin embargo, con

mucha frecuencia vemos la ovulacion ejercerse perfectamente sin que sean raros los embarazos en mujeres que padecen quistes del ovario, pero bien entendido siempre que estos casos son aquellos en que un solo ovario es el afectado y en que la afeccion no ha trastornado áun considerablemente la constitucion de la mujer. Cuando la ovulacion se trastorna desde el principio, tampoco estos trastornos son constantes, existiendo unas veces dismenorrea, otras amenorrea, algunas menorragias, y áun en ciertos casos alternan estos diferentes estados entre sí y con períodos normales en una misma mujer.

Se han interpretado estos trastornos de la manera siguiente: la amenorrea significa una lesion muy avanzada de un solo ovario ú otra algo considerable de entrambos; la dismenorrea se halla en los quistes de un solo lado y en ocasiones áun muy en su principio; la menorragia cuando á la produccion del tumor acompañan movimientos fluxionales hácia los órganos contenidos en la pélvis; la menstruacion normal existe cuando se trata de un quiste unilobular no muy desarrollado de cualquiera ó de ambos ovarios.

El tumor ovárico puede ser reconocido áun ántes que salga de la pélvis, por medio del tacto anal principalmente, ó del vaginal, ó de ambos combinados, pudiendo percibirse entónces hasta la fluctuacion misma, con especialidad si el quiste es unilobular.

La enferma experimenta ligero dolor hácia la fosa ilíaca correspondiente al tumor, cuyo dolor se extiende á la extremidad inferior de su lado; una sensacion de peso hácia la pélvis y como un cuerpo que cambia de sitio en sus diferentes posiciones ó decúbitos.

Los síntomas del quiste ovárico debidos á la compresion son los siguientes:

Necesidad frecuente é incómoda de orinar, dificultad en la defecacion, extreñimiento rebelde, descenso de la matriz que puede llegar hasta el tercer grado. Estos síntomas existen en cuanto el tumor tiene cierto volúmen y áun cuando no haya pasado de la pélvis, disminuyendo algun tanto en cuanto este último fenómeno ha tenido lugar, lo que se comprueba por el abultamiento del vientre, mucho más marcado al principio en uno de los lados. Entónces sobrevienen trastornos en las digestiones á causa de la compresion de los intestinos y del estómago, y esta compresion á su vez ejerciéndose sobre el diafragma, dificulta tambien la funcion de los pulmones. Estos trastornos digestivos y respiratorios influyen en la hematogénesis y son causa de la hidroemia que se observa en estas desgraciadas, hidroemia de la que á su vez dependen las infiltraciones serosas subcutáneas y los derrámenes en las cavidades, con especialidad la ascitis, á cuya produccion concurren tambien poderosamente las irritaciones é inflamaciones parciales que tienen lugar en la porcion de peritoneo que cubre el quiste y en la que le es contigua.

La infiltracion de las extremidades inferiores puede explicarse tambien por la compresion que sufren los vasos que van á ellas ántes de salir de la pélvis.

Se han visto casos en que el tumor ovárico comprimia los uréteres, impidiendo la llegada de la orina á la vejiga y determinando dilataciones considerables de esos conductos por cima del punto comprimido. En otras ocasiones la presion se ejerce sobre el intestino recto, impidiéndose completamente el paso de las materias fecales, y tanto en este caso como en el anterior es indispensable punzar y vaciar el quiste para evitar una pronta y funesta terminacion.

Los síntomas producidos por irritacion refleja son en

el principio de la enfermedad los calambres de estómago, las náuseas, los vómitos y las diferentes neuralgias que en todo el curso de aquella suelen presentarse; las alteraciones que alguna vez se notan en las facultades intelectuales y las convulsiones, aunque estos dos síntomas pueden tambien atribuirse á la uremia en ciertos casos y estar bajo la dependencia de la presion, ejercida sobre los vasos renales ó sobre los uréteres.

Curso y terminaciones. — Esta enfermedad tiene generalmente una marcha invasora, aunque lenta, no siendo raros los casos en que ha permanecido estacionaria muchos meses y áun años, llegando hasta á hacerse compatible con la vida y adquiriendo luégo, bajo el influjo de cualquiera causa de irritacion, ó de un traumatismo, una marcha rápida. Sabatier ha visto mujeres que habian tenido estos tumores 45 y 50 años sin graves trastornos. En su marcha progresiva los tumores del ovario van desarrollando los síntomas que he enumerado y la anasarca y los derrámenes en las cavidades (incluso las de los ventrículos cerebrales) y la uremia y los accidentes determinados por la compresion directa ó indirecta de la mayor parte de las vísceras, concluyen con la vida de las enfermas. Esta mala terminacion puede ser acelerada por la rotura accidental del quiste en la cavidad peritoneal y la violenta peritonitis que es su consecuencia.

Poséense, sin embargo, observaciones de haberse verificado esta rotura y siendo el quiste unilobular, pequeño y su contenido seroso, no ofender el líquido derramado al peritoneo, reabsorverse y producirse la curacion expontánea, permanente unas veces, transitoria otras. Tambien se han visto quistes que han contraido adherencias con ciertos órganos (vejiga de la orina, matriz, intestino recto) y derramado su contenido en ellos con las mismas

contingencias de una curacion más ó ménos sólida y duradera.

Se ha hablado de tumores de esta clase, curados con un tratamiento farmacológico, pero no hay una sola observacion bien comprobada en que esta curacion haya tenido lugar. En todas las conocidas el diagnóstico era mucho más que contestable.

LECCION LXXXII.

Continúa el asunto anterior. — Signos diagnósticos y diagnóstico diferencial de los quistes del ovario.

Diagnóstico. — Es de sumo interés diferenciar un quiste ovárico de cualquiera otra afeccion, pues las consecuencias de un juicio erróneo serian en ciertos casos graves en alto grado para la vida de la enferma, para la reputacion del profesor y áun para la responsabilidad judicial de éste. Abrir ámpliamente la cavidad abdominal de una mujer, contundir los intestinos y exponerlos al aire para no encontrar tumor ovárico alguno y que la desgraciada sucumba á las consecuencias de una operacion completamente inútil, es un hecho que puede producir gravísimos disgustos.

Los síntomas que nos incitan á juzgar que existe un tumor quístico en el ovario, son los que suministra la inspeccion abdominal, el tacto vaginal y el rectal, agregándose en ciertos casos los resultados del cateterismo uterino y de la paracentesis del vientre. Todos los otros son completamente equívocos, existen en muchas otras

afecciones y, atendiendo á ellos solos, es imposible hacer un diagnóstico, no digo exacto, pero ni aproximado siquiera.

El abultamiento del vientre en los quistes ováricos presenta caractéres diferentes, si éstos coexisten con una ascitis ó no. En este último caso la elevacion es muy marcada en uno de los lados en el que la percusion revela un sonido completamente mate y mucho ménos en el otro en el que el sonido es claro y debido á los gases de los intestinos, cuyos órganos han sido empujados hácia ese sitio. En estos casos y si el volúmen del tumor no es muy considerable, puede circunscribírsele en gran parte, si colocamos á la mujer en decúbito supino y con las paredes abdominales en completa relajacion. Aunque el tumor sea considerable y ocupe gran parte del vientre, se puede con la percusion circunscribir sus límites y si se observa fluctuacion en el tumor es muy oscura. Si existe tambien la ascitis ya es imposible apreciar estos caractéres.

El tacto vaginal y el anal nos revelan además del prolapsus uterino la existencia del tumor ovárico con los caractéres más arriba expuestos, y el cateterismo uterino manifestándonos en casos dudosos la poca amplificacion de la cavidad de la matriz en los casos de quistes, y la paracentesis del vientre indicándonos no sólo los caractéres del líquido abdominal sino la manera como sale y si el tumor se vacia ó no completamente, componen todos los datos á que debemos apelar para el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial.—Veámos, pues, de qué modo puede hacerse la distincion á que aludo.

Las enfermedades que pueden confundirse con los quistes del ovario son: el fibroma y otros tumores del útero; las dislocaciones de esta entraña; el embarazo intra ó extra-uterino; la hidropesía ascitis, con especiali-

dad si es sintomática de una hepatitis ó de una esplenitis crónicas; la retencion de orina; la acumulacion de materias fecales en el intestino ciego y S del colon; y diversos tumores del tejido celular de la pélvis, de las paredes de esta cavidad y áun de las trompas y del mismo ovario.

Fibroma del útero.—Va acompañado constantemente de menorragia ó de metrorragias, leucorrea y cólicos uterinos violentos, síntomas todos que faltan cuando se trata del quiste ovárico.

El cuello uterino se encuentra hipertrofiado, distinguiéndose por el tacto vaginal, auxiliado á veces del anal, las dimensiones del útero. Además el cateterismo con la sonda uterina revela no sólo la mayor capacidad de la matriz, sino áun en muchas ocasiones la insercion y tamaño del cuerpo fibroso.

Otros tumores del útero.—El cisto-sarcoma parece haber sido el tumor uterino que mayor número de veces ha dado motivo á confusion, pero segun Kiwisch, en él la matriz y el fondo de saco de la vagina se adhieren íntimamente al tumor, delante del cual y en la línea media se encuentra aquella, cuyo cuello al mismo tiempo está hipertrofiado, su cavidad aumentada y existe leucorrea. En algunos casos (afortunadamente pocos porque el cisto-sarcoma del útero es una afeccion muy rara) el diagnóstico será imposible.

Dislocaciones de la matriz.—En la retroversion se pueden seguir los contornos de la matriz, bien con el tacto vaginal ó combinando éste con el anal. En la retroflexion hay dolores violentos, hemorragias considerables, y tanto en este como en aquella afeccion el cateterismo uterino hace desvanecer las dudas que puedan existir.

Embarazo.—Sea éste intra ó extra-uterino, la lenti-

tud de la afeccion, la sucesion de los fenómenos que se presentan y la existencia de los signos ciertos, hacen imposibles todo error. Es preciso no olvidar sin embargo, que en los quistes ováricos que encierran algunas arterias voluminosas se suele percibir á la auscultacion un ruido de fuelle intermitente muy análogo al soplo placentario y que parece debido á la compresion sufrida por dichos vasos.

Ascitis.—En ésta, si la enferma se encuentra de pié ó sentada, se encuentra por la percusion un sonido claro hácia la region epigástrica, claridad que se observa hácia el ombligo cuando el decúbito es dorsal. En todos los casos hay matitez hácia los lomos y la fluctuacion es muy manifiesta. En los quistes ováricos el sonido claro se nota hácia el lado opuesto del ovario afecto y en la region lumbar, al paso que la extension de la matitez puede servirnos á veces para indicar el volúmen del quiste. La fluctuacion de éstos es muy oscura y á veces no se puede apreciar.

En ocasiones, para aclarar el diagnóstico conviene hacer una paracentesis abdominal y entónces, si se trata de la ascitis, el líquido sale con facilidad y se pueden deprimir las paredes abdominales y reconocer las vísceras despues de la salida de aquel, pero si se trata del quiste y éste es multilobular, sólo puede extraerse una pequeña cantidad del líquido, necesitándose introducir el trocart en otro punto distinto para extraer más y de todos modos, y aunque el caso sea más complicado y se trate de una ascitis y de un quiste unilobular al mismo tiempo, la paracentesis servirá para permitir el reconocimiento de las vísceras abdominales.

Retencion de orina.—Los antecedentes y el cateterismo uretral bastarán para distinguirla.

Acumulacion de materias fecales en el ciego y S ilíaca.—La pastosidad del tumor cuyos contornos son irregulares, unida á la existencia de cólicos intestinales, vómitos, extreñimiento, etc., y á la ausencia de trastornos en los órganos sexuales nos harán conocer esta lesion.

Tumores de los huesos de la pélvis.—Son generalmente pequeños, muy duros y se hallan inmóviles.

Tumores del tejido celular de la pélvis.—Entre estos tumores los quistes serosos subperitoneales son los que ofrecen más dudas en estos casos. Keberlé, en una comunicacion hecha en la sesion del 4 de Noviembre de 1875, á la Sociedad de Medicina de Estrasburgo, se ha ocupado de este diagnóstico diferencial, y á continuacion copio el cuadro con que se terminaba la comunicacion referida:

Quistes serosos sub-peritoneales.	*Quistes ováricos.*
Son siempre unilobulares.	Son uni ó multilobulares.
El líquido que contienen es muy fluido, ordinariamante incoloro y límpido como el agua, á veces muy salado y casi siempre sin albúmina. El precipitado albuminoso formado por el ácido nítrico puede disolverse en un exceso de este ácido.	Líquido fluido, más ó ménos filamentoso, viscoso, glutinoso, ordinariamente muy rico en albúmina, metalbúmina y paralbúmina, dando por el ácido nítrico un precipitado soluble en el ácido acético.
	Líquido más ó ménos glutinoso, á menudo casi enteramente incoagulable, rara vez claro como el agua, apénas mucoso, conteniendo sólo indicios de albúmina. (Quistes coloides.)
	Grasa pura, líquido, moco, porciones de epidermis y cabellos en suspension. (Quistes dermoides.)
	Examinado el líquido al microscopio, se encuentran glóbulos granulosos, amarillentos, característicos de los quistes del ovario, de 3 á 35 y hasta 60

	milésimos de milímetro. Su cubierta hácese más trasparente bajo la influencia de los ácidos acético ó fosfórico.
Generalmente buen aspecto, aunque el tumor sea muy voluminoso.	Ordinariamente enflaquecimiento más ó ménos pronunciado.
Fluctuacion ordinariamente muy manifiesta.	Fluctuacion más ó ménos clara, algunas veces limitada. (Quistes multilobulares.)
Paredes delgadas.	Paredes algunas veces delgadas y otras más ó ménos espesas, consistentes, duras, abolladas. (Quistes multilobulares.)
	Porciones óseas (quistes dermoides); algunas veces las partes muy duras provienen de incrustaciones calcáreas de las paredes de los quistes.
Desarrollo lento, alguna vez algo rápido.	Desarrollo ordinariamente rápido, alguna vez lento.
Alcanza algunas veces un desarrollo considerable sin contraer adherencias con los órganos vecinos, aunque alguna vez pequeño, muy adherente.	De ordinario adherentes desde que el volúmen es un poco considerable.

El diagnóstico entre los quistes de los ovarios y los de las trompas, así como el de los tumores del ovario entre sí, es sumamente difícil é innecesario, pues exigen idéntico tratamiento.

LECCION LXXXIII.

Continúa el asunto anterior.—Pronóstico de los quistes del ovario.—Tratamiento médico. Idem quirúrgico.—Incision.—Puncion sola ó combinada.—Escision.—Extirpacion

Pronóstico.—Es bastante grave á pesar de la posibilidad, que más arriba dejé consignada, de la curacion expontánea, y se halla en relacion con el estado general de la enferma, la duracion del padecimiento, el volúmen del tumor, la existencia ó no de complicaciones como la ascitis, la uremia, etc. En igualdad de circunstancias un quiste multilobular es más grave que otro unilobular, uno pequeño en cada ovario, más que otro mayor pero único, el adherente que el libre, el exento de complicaciones que aquel en que existen. El pronóstico se agrava más ante la circunstancia del peligro grande de las operaciones que nos vemos obligados á practicar para su curacion y las malas condiciones en que se hallan en la inmensa mayoría de casos las operandas.

Tratamiento.—Se ha dividido en médico y quirúrgico. El primero es ineficacísimo y se compone de los diuréticos, los diaforéticos, los sialagogos, los purgantes. Se ha preconizado tambien la administracion del cloruro de cal, la de la tintura de yodo al interior y en fricciones. Hamilton y Brown aconsejan la compresion del vientre con un vendaje apropiado, medio con el cual he conseguido en un solo caso detener la marcha de la enfermedad. Simpson asegura que la ineficacia de todos los tratamien-

tos médicos, depende de que las paredes de los quistes ováricos no son muy á propósito para la absorcion.

Sin embargo, cuando el tumor aún no es voluminoso y el estado general de la enferma no exige la operacion ó ésta ha sido desechada, precisa usar de los medios dichos, esperando de ellos lo que sólo pueden dar, es decir, paliar la enfermedad y no curarla. Entónces nos serán de utilidad, si la sensibilidad del vientre es exagerada, algunas fricciones con pomadas narcóticas, los baños generales templados, algunos diuréticos ó purgantes suaves. Si hay frecuentes congestiones ováricas, tal vez tengamos que recurrir á alguna aplicacion de sanguijuelas que Scanzoni aconseja hacerla al fondo de saco vaginal y otros á las paredes abdominales. Cuando el tumor sea todavía pequeño y no haya sensibilidad al vientre ni las congestiones indicadas, se podrá ensayar la compresion unida al uso interno de la tintura de yodo. Tambien como paliativo tendremos que hacer en ciertos casos la paracentesis abdominal para dar salida, ya al líquido de una ascitis sintomática del quiste ovárico, ya á la serosidad de un tumor unilobular.

Tratamiento quirúrgico. — Llegamos al tratamiento verdaderamente eficaz de los quistes del ovario, razon por la que me detendré en él algun tanto.

Los medios quirúrgicos propuestos han sido la incision, la puncion sola, la puncion con inyeccion, la puncion con la cánula permanente, la excision y la extirpacion ú ovariotomía. De todos estos métodos operatorios sólo se usan hoy la puncion con inyeccion y la ovariotomía; los demás han sido completamente abandonados y la causa principal de este abandono consiste en que son mayores los riesgos á que exponen á la mujer que las esperanzas de que aunque escape á ellos obtenga su cura-

cion; así pues, sólo diré de ellos en lo que consisten.

Incision. — Spencer Wells la cree más peligrosa que la ovariotomía misma. Su objeto es solicitar la expoliacion de las paredes del quiste que deben ser incindidas á través del fondo de saco vaginal. West hace primero la puncion con un trocart largo y curvo, introduce por la cánula una sonda canalada y se sirve de ésta como conductora para llevar un bisturí botonado al interior del quiste é incindirlo lo bastante para que quepa en la incision el dedo índice. Pero este autor deja luégo en la herida una cánula permanente.

Puncion. — Es abdominal ó vaginal. Cuando el quiste es muy grande suele contraer adherencias con la pared anterior del vientre, pero en otros casos no es así, y de todos modos es preciso asegurarse por la percusion ántes de practicar la paracentesis abdominal de que no hay un asa intestinal por delante del quiste. No existiendo la adherencia puede ocurrir despues de extraer la cánula que se derrame líquido en la cavidad peritoneal, lo cual presenta mayores ó menores riesgos, segun la naturaleza del líquido y el estado de irritacion del peritoneo, razon por la que Jobert de Lamballe aconseja se deje la cánula una ó dos horas á fin de que empiezen á establecerse las mencionadas adherencias. La puncion sola es un medio paliativo, aunque la ciencia posee algunos casos de haberse curado con ella la enfermedad en cuestion.

El sitio de eleccion para la puncion abdominal es el punto más culminante del tumor, aunque la mayor parte de las veces se ejecuta en el centro de una línea que uniese el ombligo á la espina ilíaca anterior superior.

Para la puncion vaginal se reconoce el punto en que la fluctuacion es muy manifiesta y se lleva á él sirviendo de conductor el dedo índice de la mano izquierda, la punta

de un trocart del diámetro de los que sirven para la puncion de la vejiga y de 27 centímetros de largo, hundiéndolo de un solo golpe en el tumor. Si despues de extraer el punzon, el líquido no sale por la cánula á causa de ser muy espeso, se lleva por ella una sonda canalada para ampliar la puncion con un bisturí, como he dicho más arriba, ó valiéndonos del litotomo de Demarquay.

Despues de la puncion combinada ó no con la incision, se ha aconsejado dejar en el quiste una cánula permanente ó un tubo de *drainage*, cuyos medios en algunos casos inflaman y obliteran las paredes del quiste ovárico.

Puncion con inyeccion. — Samel aconsejaba insuflar aire por la cánula despues que habia salido el líquido del quiste; Boinet preconizó la inyeccion yodada; Jobert la del agua alcoholizada; Hauston la introduccion de bordones ó de mechas en la cavidad del quiste. Claro es que todos estos medios sólo son aplicables en los casos de quiste unilobular.

La insuflacion propuesta por Samel ha sido abandonada.

Para la inyeccion yodada, Boinet usaba un líquido que se compone:

Rp.	De yodo.	5 partes.
	De yoduro de potasio. .	5 id.
	De alcohol.	50 id.
	De agua.	100 id.

Scanzoni, despues de hacer la puncion, se asegura de si el quiste es unilobular, y resuelta afirmativamente la cuestion adapta un cateter elástico á la cánula, sumerge ésta hasta el fondo del quiste é inyecta de una á tres onzas de tintura de yodo pura, cuyo líquido extrae completamente por medio de una jeringa al cabo de tres á

cinco minutos. El tratamiento consecutivo consiste en cubrir el vientre con compresas heladas, ínterin subsista el dolor. Simpson aconseja no hacer jamás la inyeccion despues de la primera puncion.

La inyeccion de partes iguales de agua y de alcohol se hace de un modo análogo.

Los bordones se aplican de la manera que indicaba el Dr. Argumosa para el hidrocele, es decir, haciendo primero la puncion y sirviendo la cánula de conductriz á los bordones que se dejan en el interior del quiste, todo el tiempo suficiente á producir una inflamacion adhesiva de sus paredes.

La puncion con la cánula permanente quedó indicada al tratar de la incision.

Escision. — Baker Brown recomienda abrir el vientre en una corta extension entre el ombligo y la sínfisis del púbis, hacer la puncion del quiste, escindir despues una parte de su pared anterior y cerrar la herida abdominal.

Esta operacion ha sido reprobada por todos los prácticos.

Ovariotomía. — Decia Boyer respecto á la extirpacion del ovario, que «una poca de reflexion basta para reconocer los peligros y la imposibilidad de semejante operacion que nunca se ha practicado y probablemente no se practicará.» ¡Cuán léjos estaba el eminente cirujano de que muy pronto el tiempo vendria á darle el mentís más absoluto!

En 1809, el Dr. Macdowel (de Kentucky) hizo la primera ovariotomía metódica de que se tiene noticia, pero la nueva operacion no adquirió por lo pronto muchos partidarios, pues hasta 1840 sólo se habia practicado veinte y cinco veces, pudiéndosela terminar catorce,

aunque sucumbiendo cinco enfermas durante la operacion y no completándose en once por no existir el tumor del ovario ó porque las adherencias lo impidieron, sobreviviendo ocho de éstas á la operacion.

La ovariotomía, sin embargo, habia sido propuesta y áun llevada á cabo alguna vez en época muy remota y Viepus habla de un porquero húngaro que indignado de la sensualidad de su hija le extirpó los ovarios como hacia con las puercas, teniendo feliz éxito la operacion. A mediados del siglo XVIII, Schlenker indicó la posibilidad de extirpar los ovarios enfermos y áun parece probado que Percival Pott la practicó en 1770 con buen resultado, en una jóven que tenia ambos ovarios herniados bajo los árcades crurales. Luégo, en 1781, imitó su conducta Lanmonier (de Rouen) en un caso de quiste de la trompa de Fallopio complicada con una ovaritis.

La enferma de Mac Dowell vivió 25 años despues de la operacion, pero ésta fué considerada como irracional por la Academia de medicina de Paris en 1856, necesitándose toda la autoridad de Nelaton para aclimatarla en Francia despues de un fallo tan contundente.

A este profesor francés, á Labalbary y á Kœberlé se debe la introduccion de la operacion en Francia, siendo Baker Brown quien prestó igual servicio y ántes que ellos en Inglaterra, Chrysmar en Alemania y D. Federico Rubio en nuestro país. Este ilustre cirujano tiene hecha actualmente una suma considerable de ovariotomías con resultados favorables en gran número, y él y el Dr. Manrique son los más antiguos ovariotomistas de España.

El difunto Dr. Ceballos la intentó el próximo pasado año en el Puerto de Santa María, pero en la mujer que sucumbió á las treinta y seis horas hubo error de diagnóstico.

El Dr. Revueltas (de Jerez de la Frontera) extirpó el dia 10 de Julio de 1875 un quiste unilobular del ovario izquierdo con fuertes y numerosas adherencias, obteniéndose la curacion de la enferma.

Dos métodos generales se conocen para la ovariotomía: el de la *incision grande* y el de la *pequeña*. Hasta 1833 la incision de la pared abdominal se extendia desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis de los púbis y se procuraba extraer el tumor íntegro, pero en la época citada Haffreson (de Framlingham) ideó puncionar y vaciar el quiste ántes de extraerlo, lo cual evitaba una incision tan extensa, limitándola á desde el ombligo á la sínfisis citada. Este es el método de la incision pequeña seguido generalmente en la actualidad, aunque el otro no deja de tener todavía algun partidario, por ejemplo, el Dr. Sanchez Toca.

La ovariotomía es una de las operaciones que ménos reglas admite y que más exige que el cirujano invente en el momento de practicarla, pues no hay dos tumores iguales ni dispuestos de la misma manera; así es que sólo voy á indicar aquí los preceptos generales, dejando al profesor que en cada caso particular y durante la operacion discurra la manera de terminarla más pronto y con ménos riesgo. Pero ántes de dar esos preceptos, voy á copiar el mecanismo operatorio que usó el Dr. Revueltas:

«Creia que la enferma acostada era un inconveniente para el operador, que habria en esta situacion de colocarse al lado derecho y estar inclinado todo el tiempo preciso hasta terminar, lo cual ocasiona dificultades y graves molestias. Para evitarlas, la puse en camilla formada con un catre y almohadas que hicieran plano inclinado, sentada casi sobre el borde y recostada sobre dicho

plano, los muslos y las piernas en semiflexion y los piés sobre dos sillas que sujetaban los Sres. Alvarez y Duran. Sentándome en el espacio que entre las dos sillas quedaba, con un cubo bajo la camilla para recoger el líquido, coloqué á los ayudantes del modo siguiente :

D. Joaquin Guarro, para anestesiar á la enferma.

D. Domingo Grondona, para sujetar el vientre é impedir la salida de los intestinos.

D. Francisco Laborde y D. Franciseo Teran, á cada lado para separar los labios de la herida, limpiarla, sujetar el tumor y ligar si era preciso.

D. Bernardo Martinez y D. Juan Lomon, se hicieron cargo de las esponjas, de los hilos, pinzas, instrumentos y, en fin, de cuanto es necesario y preciso. Detalles que, áun cuando á primera vista parecen de poca importancia, son sin embargo, indispensables que estén al cuidado de entendidos y hábiles profesores, porque el menor retardo, el más pequeño descuido, puede ser de fatales consecuencias.

D. Manuel Ruiz de la Rabia á mi lado.

Dispuesto todo así y perfectamente anestesiada la enferma, corté por su costura, y en correspondencia de la linea alba, el calzon de franela con que estaba vestida, dejando sólo descubierto el espacio preciso para operar, y envolviendo los lados y demás partes del vientre,—que no debian ser tocados—con una gran tohalla de esponja, caliente.

Ya así, comencé la incision de la piel y tejido celular á un centímetro por bajo del ombligo, que terminé á dos por cima del púbis : dos pequeñas arteriolas saltaron, que hice ligar inmediatamente. Despues de limpiar, incindí las aponeurosis, deteniéndome sobre el peritoneo sin cortarlo; lo examiné con detencion suma, y con una pin-

za formé un pequeño pliegue, el que herí cosa de cuatro ó seis centímetros, viéndose el tumor, á pesar de lo corto del espacio ; y cierto ya de su existencia y que no habia error de diagnóstico, introduje la sonda acanalada, deslizando por ella el bisturí recto y haciendo igual la herida del peritoneo á la exterior.

Entónces ya se vió perfectamente el tumor. ¡ Pero de qué manera ! En la generalidad de los casos ocurre que se agolpa á la herida, que se hernia en ella—puede decirse,—como pugnando por salir al exterior ; pero en el que nos ocupa el quiste estaba quieto, presentando una superficie oscura y llena de vasos gruesos. Mis sospechas se habian realizado ; las adherencias eran muchas y fuertes, y lo sujetaban por todas partes. Introduje la mano derecha por uno y otro lado entre el peritoneo y el tumor, y ratifiqué la existencia de bridas y adherencias.

Hubiera podido romperlas, pero me exponia á romper tambien el quiste, áun lleno, y que el líquido todo se derramase en la cavidad abdominal. Preferí evacuarlo ántes, y lo hice con el trocar grueso de erinas, sujetando con ellas el tumor y atrayéndole hácia fuera: el líquido que salió fué igual al extraido otras veces y en cantidad de unos seis litros.

Libre ya el tumor del líquido que contenia, pude con ménos riesgo romper—y sólo con las manos—las primeras adherencias del lado izquierdo ; pero cuantas más separaba, más en número y más resistentes aparecian, teniendo que hacer uso del mango del bisturí, y áun de su hoja, en las correspondientes al sedal del lado izquierdo, ligando, ántes de cortar, dos en el derecho, que correspondian tambien al sedal que en él le pusieron. Algunas eran tan fuertes, que al separarlas se rompia el tumor. No olvidé en este caso el precepto que he tenido siempre

presente para las extracciones de placenta, y me atrevo á recomendarlo. *Vale más sacrificar algunas de las membranas que forman el quiste, que mortificar demasiado el peritoneo :* vale más en las fuertes adherencias de la placenta á la matriz sacrificar aquella, y no exponerse por grandes tracciones á que ésta se sacrifique.

Las bridas correspondientes á la pared posterior del tumor con los intestinos las separé sólo con la mano, y eran de tal consistencia, que al romperse producian un crugido parecido al del cuero cuando se raja, ó al que hace la hoja de papel bazo que se separa de la bala á que estaba adherido.

Desprendido ya el tumor de sus muchas adherencias, y fuera de la cavidad abdominal, pude traerlo al ángulo inferior de la herida : el pedículo era muy grueso, notándose en el fondo del quiste correspondiente á éste, el principio de una degeneracion grasosa.

En tanto que yo lo sujetaba y el Sr. Grondona retenia en sus límites á los intestinos que pugnaban, digámoslo así, por salir, los ayudantes Sres. Teran y Laborde, con una habilidad, presteza y esmero dignos del mayor elogio, y eficazmente ayudados de los Sres. Lomon y Martinez, se ocupaban en lo que los franceses han dado en llamar la *toilet* del vientre. La operacion de aseo se hizo con toda la pulcritud y cuidado que su importancia exige : ni un pequeño coágulo, ni el átomo más insignificante de materia extraña, quedó en la cavidad.

Concluidó esto, ligué el pedículo con hilo fuerte de cuatro hebras, y poniendo el *clamp*, corté el tumor á dos centímetros sobre este instrumento, encargando la sujecion de todo á un ayudante; pasé tres puntos profundos de hilo tambien, atravesando con ellos el peritoneo, dejando entre los dos primeros el pedículo y haciendo la

sutura emplumada. Tres puntos más de sutura cruenta y superficiales para unir el exterior de la herida, terminaron la operacion.

Hasta este último tiempo de ella, la enferma estuvo anestesiada.

Duró el acto operatorio dos horas ménos cuarto.

La pérdida de sangre no excederia de una libra.

La habitacion, por la temperatura natural, dos braseros y vapor de agua, se sostuvo de 26 á 28 grados Reamur.»

Reglas generales para practicar la ovariotomía. — Cuatro puede decirse que son los tiempos de la operacion: en el primero se comprende la incision; en el segundo la puncion y extraccion del quiste; en el tercero la seccion del pedículo, y en el cuarto la reunion de la herida. Ántes de proceder á la operacion se adoptan las precauciones preliminares de vestir á la enferma de franela, mantener cierta temperatura en la habitacion (de 20° á 28° R.), desocupar el intestino recto y la vejiga, etc. La colocacion de la enferma es la indicada por el Dr. Revueltas; la situacion del cirujano de pié al lado derecho de aquella. En todos los casos (á no ser en los de gravísimas contraindicaciones) se procederá á la anestesia y teniendo en cuenta que el cloroformo ocasiona con mucha frecuencia vómitos consecutivos y el menor inconveniente de éstos puede ser desprender las ligaduras ó el pedículo; Spencer Wells ha aconsejado el bicloruro de methyleno.

Primer tiempo. — La incision aconsejada por los autores es en la piel que cubre la línea alba, desde uno ó dos centímetros por debajo del ombligo á igual distancia por cima de la sínfisis de los púbis; al primer golpe de bisturí sólo se herirá la piel y el tejido adiposo subcutáneo, luégo se irá cortando poco á poco la línea alba y descu-

bierto el peritoneo se pellizca una porcion pequeña con unas pinzas, se incinde, é introduciendo por esta incision el dedo índice de la mano izquierda, se le hace servir de conductor á un bisturí botonado que abre ámpliamente el peritoneo en toda la extension de la herida exterior.

La extension de la herida puede aumentarse si la hecha no permite en alguna ocasion maniobrar con desembarazo y se la puede llevar desde el apéndice xifoides á la sínfisis púbica como pretenden los partidarios de la incision grande.

Si durante este primer período se ha roto algun vaso arterial, hay que proceder á su ligadura ántes de pasar adelante.

Segundo tiempo. — Dos ayudantes colocados á derecha é izquierda de la paciente comprimen cada cual por su lado y con ambas manos el vientre de aquella á fin de que se adosen las paredes abdominales contra el tumor, y éste se presente á la herida. Si casualmente se viene algun asa intestinal por delante del quiste hay desde luégo que separarla.

En seguida el operador ó con el trocart de Nelaton(1), ó con el de Kœberlé (2), ó en caso de necesidad con uno grueso de paracentesis, punza el tumor en la parte que se presenta á la herida y promueve la salida de su contenido, que si el quiste es unilobular se verifica en su totalidad, pero que siendo multilobular hay que repetir

(1) Trocart grueso y recto con llave en la cánula que facilite ó impida la salida del líquido. Lleva en la cánula una funda de cautchout que una vez introducida aquella se insufla, estorbándose así la infiltracion del líquido del quiste á lo largo de las paredes del quiste. Este forro se ajusta á una línea circular que lleva la cánula.

(2) Este trocart está bifurcado, tiene un centímetro de diámetro formando el punzon un piston en su cánula y bastando retirarlo cierta extension para que el líquido salga por el tubo lateral en que la cánula se bifurca.

la paracentesis en un punto distinto del tumor. A medida que se vacia éste, se vá haciendo salir al exterior la bolsa para lo cual han combinado los ayudantes las presiones indicadas más arriba.

Con bastante frecuencia este tiempo carece de la facilidad con que lo he descrito, y por el contrario pone á prueba el valor y la destreza del cirujano y en grave riesgo la vida de la mujer. En efecto; si el quiste es multilobular no basta una puncion para vaciar su contenido, y hay que ir trayendo á la herida los distintos lóbulos para puncionarlos, lo que prolonga bastante la operacion. Pero lo peor de todo es que se encuentren adherencias, máxime si son con los intestinos ó con el útero, pues aparte de la grande lesion del peritoneo que la destruccion de dichas adherencias deja; aparte de lo difícil de separarlas; aparte de la contingencia que existe de dañar órganos muy importantes; aparte del derrame de líquidos en la cavidad peritoneal que necesariamente ha de haber, existe el temor á la hemorragia por la lesion de los vasos que en el espesor de estas adherencias se encuentran y la dificultad de ligarlos y tan grave situacion se agrava áun más, con que precisamente han de quedar los hilos de estas ligaduras en la cavidad peritoneal, y esto es un motivo más sobre los muchos ya existentes para provocar la inflamacion de la membrana serosa (1).

Para este tiempo de la operacion no es posible dar reglas, quedando al juicio y habilidad del cirujano lo que debe hacer en cada caso particular; sólo debo indicar que en la destruccion de esas adherencias debe cuidarse mucho de no inferir lesiones graves á las vísceras abdomi-

(1) En fecha muy reciente se aconseja usar ligaduras de sustancias orgánicas que pueden dejarse sin riesgo en la cavidad abdominal.

nales y que vale más dejar alguna porcion del tumor que está muy adherida, que empeñarse en separarlo á todo trance. El Dr. Rubio y Gali se vió precisado en un caso á extirpar el ovario con el útero, pues no sólo el tumor formaba casi parte de esta entraña, sino que ella misma se encontraba bastante alterada.

Tercer tiempo.—Vacío el tumor y sacado al exterior despues de destruir las adherencias, si las hubiere, hay que proceder á la seccion del pedículo. Para ello se pasa por él una ligadura lo más léjos posible del útero y se coloca por cima de ella un *clamp* ó pinza constrictora de las que las más usadas son la de Mathieu (1), la de Charrière (2) y la de Kœberlé (3), y si el pedículo es corto se le extrangula con un hilo metálico, valiéndose de un aprieta-nudos. En seguida se corta el pedículo por delante del *clamp* y se deja éste fijo al ángulo inferior de la herida. Marion Sims suprime el *clamp*, extrangula el pedículo, si no es muy grueso, valiéndose de una aguja que lleva enhebrado un hilo de plata doble y aprieta separadamente cada uno de los cabos con un aprieta nudos, corta despues el pedículo y lo deja libremente en la cavidad abdominal, aun que fijando los extremos del hilo en la herida. Si el pedículo es muy grueso lo divide en varias porciones para comprender cada una con un hilo.

Cuarto tiempo.—Ha sido llamado tiempo de *toilette* del peritoneo. Una vez cortado el pedículo se procede con cuidado sumo á limpiar la cavidad abdominal de los

---

(1) Sus dos ramas están unidas en una de sus extremidades y adoptan una disposicion por la que se encierra en un triángulo el pedículo del tumor, comprimiéndolo segun necesidad.

(2) Constrictor de cadena metálica que oprime por la accion de un tornillo.

(3) Constrictor circular cada una de cuyas ramas presenta una articulacion que permite disminuir su longitud.

líquidos que puedan haber caido en ella, valiéndonos para ello de esponjas muy finas empapadas en agua templada y perfectamente exprimidas y despues de haber terminado esta limpieza con el mayor esmero posible, se colocan en su lugar los intestinos que durante la operacion han debido ser mantenidos por un ayudante hácia el ángulo superior de la herida perfectamente cubiertos con franelas calientes y húmedas, y se pasa al

Quinto tiempo. — Si se ha colocado un *clamp* se le sitúa hácia el ángulo inferior de la herida adonde lo mantiene un ayudante y se procede á la sutura. Si se han puesto los hilos metálicos como quiere Sims, se atraen sus extremidades, así como las de los hilos de las ligaduras que haya sido preciso practicar, al ángulo dicho de la herida.

Hay que colocar dos suturas, una profunda y otra superficial. Para la primera se pone cierto número de puntos de sutura emplumada (segun la extension de la herida), pero de manera que la entrada y salida por la piel de las agujas con que se vayan á practicar sean bastante léjos de los labios de la solucion de continuidad. Para la segunda nos valdremos de la sutura ensortijada. Miéntras se pasan los puntos de sutura profunda, se protegen los intestinos con el dorso de una cuchara introducida en la cavidad abdominal. Debe atravesarse tambien el peritoneo.

Falta ahora la colocacion del vendaje y los cuidados consecutivos.

Algunos aconsejan que despues de hecha la sutura se enbadurne perfectamente la parte anterior del vientre con collodium y que se le cubra con un lienzo fino, quedando así muy accesible á nuestra vigilancia. Otros agregan á las suturas dichas, algunas tiras de esparadrapo,

cubren el vientre con compresas empapadas en agua alcoholizada ó con una manta de algodon y rodean el vientre con un vendaje de cuerpo ó con una tohalla grande que se fija con alfileres. Siempre conviene dejar introducido por el ángulo inferior de la herida un tubo de cautchout, ó como quiere Kœberlé, de vidrio.

Algunos como Pean tocan el pedículo con percloruro de hierro á fin de apresurar su desecamiento y momificacion.

LECCION LXXXIV.

Continúa el tratamiento quirúrgico de los quistes del ovario.—Ovariotomía. Cuidados consecutivos.—Comparacion entre los diversos métodos operatorios descritos. —Causas de la muerte por las inyecciones yodadas y por la ovariotomía.

OVARIOTOMÍA. CUIDADOS CONSECUTIVOS.

Terminada la operacion y disipada la anestesia, se lleva cuidadosamente la enferma á la cama que debe estar muy caliente; se la cubre con franela y se le administra alguna bebida estimulante y caldo. La habitacion debe estar constantemente á 25° ó 28° R. y se procurará á la operada la tranquilidad y el silencio más absolutos, y para evitar todo movimiento se coloca una sonda metálica en la vejiga que se tapa con un pedazo de corcho, destapándola cada dos ó tres horas á fin de derramar la orina contenida. Si se desarrolla alguna excitacion nerviosa, se prescriben los opiados; y de todos modos se aplican contínuamente sobre el vientre cataplasmas de hielo, siguiendo el consejo de Kœberlé. Estas cataplasmas se

ponen llenando dos vejigas de hielo y colocando una á cada lado de la herida, renovándolas en cuanto el hielo se ha derretido. Tampoco debe descuidarse tocar á menudo el pedículo con una disolucion de percloruro de hierro ó de ácido fénico y sacar diariamente el tubo, limpiarlo y desobstruirlo y volverlo á colocar.

La sutura superficial debe quitarse al tercero ó cuarto dia y los hilos de la profunda del sexto al décimo sexto, pero no todos en un dia.

Desde que comienza la cicatrizacion hasta que termina, Kœberlé lociona diariamente el vientre con una disolucion de sulfato de hierro ó de sulfito de sosa.

Para evitar que se detenga algun líquido en la pélvis, Pean ha ideado una operacion para la que ha hecho construir un trocart con una curvatura especial. Se hace una pequeña incision á nivel del ligamento de Fallopio en el punto más próximo á los bordes laterales del útero, incision que debe interesar toda la pared abdominal incluso el peritoneo. Por ella se introduce de arriba abajo y de fuera adentro el trocart curvo de Pean, cuya punta se dirige hácia el fondo de saco vaginal posterior, el cual se atraviesa sacando luégo el punzon y pasando por la cánula un tubo de *drainage*. Se retira la cánula dejando el tubo en su lugar y se vuelve á hacer del mismo modo otra puncion en un punto diferente de la vagina; se pasa por la cánula la extremidad inguinal del tubo y se sacan ambas por la vagina, quedando así formada un asa en la ingle por el dicho tubo, cuyas extremidades penden en la vulva.

La convalecencia de las operadas de ovariotomía es muy lenta y exige grandes precauciones, con especialidad en lo que respecta á la alimentacion y á los paseos, pues una indigestion ó una supresion de traspiracion pudieran

tener gravísimas consecuencias áun estando ya cicatrizada la herida y levantada la enferma.

Cuando se obtiene la curacion tiene lugar por término medio en veinte y cinco á treinta dias.

COMPARACION ENTRE LOS DIVERSOS MÉTODOS OPERATORIOS DESCRITOS.

De esta comparacion, que aunque muy someramente voy á hacer, resultará la eleccion del método más ventajoso y las indicaciones de cada uno de ellos.

Puncion. — Es el más inocente. Hay, sin embargo, casos de haber lesionado con la punta del trocart un vaso interesante, determinándose una hemorragia mortal. En cambio de esta grave contingencia sólo puede considerarse como un medio paliativo, pues los casos de curacion que se citan por Ledran, Monró y otros, son muy excepcionales y han sido muy poco estudiados. En una mujer de mi práctica particular que despues de cinco paracentesis de las que en la que ménos se extrajeron treinta cuartillos de líquido y en las otras de cuarenta á cuarenta y dos y que padecia de un quiste unilobular del ovario izquierdo, el tumor no ha vuelto á llenarse y hoy despues de tres años largos de la última paracentesis, goza de muy buena salud y sólo se nota en el lado izquierdo del vientre alguna matitez á la percusion y una escasa dureza en la parte correspondiente al ovario.

Puncion con cánula permanente. — En este método la curacion no se verifica siempre y varios casos de muerte que se han visto han hecho desistir de ella á un profesor tan eminente como Scanzoni, que ántes la defendia con calor. En dos casos le ha producido á West una violenta inflamacion peritoneal que exigió un tratamiento suma-

mente enérgico. Además de esto, no es aplicable más que á los quistes unilobulares.

Incision. — Está completamente abandonada hoy por todos, pues tiene los mismos inconvenientes que una operacion de ovariotomía incompletamente hecha y ningun buen éxito hay auténtico.

Inyecciones yodadas y ovariotomía.—Estas dos operaciones parecen dividirse hoy los sufragios de los ginecólogos y son por lo tanto aquellas entre quienes debe establecerse la comparacion, ya en lo tocante á sus resultados, ya en la amplitud de sus indicaciones. Debemos, pues, detenernos algo en ellas, aunque no sea ni con mucho todo lo que en rigor merecen, ya por no permitir otra cosa la índole de esta obra, ya porque no tengo sobre este punto una práctica que pudiera dar algun viso de autoridad á mis ideas.

Boinet en 1868 propuso y practicó la puncion del quiste é inyeccion con la tintura de yodo y una estadística suya de ciento treinta operaciones le suministró sólo sesenta curaciones. En los otros casos, la enfermedad se reprodujo y en algunos la inyeccion causó la muerte. Una estadística anterior, pero más detallada, del mismo autor, da de cuarenta y cinco operaciones hechas en cuarenta y cuatro enfermas, treinta y una curaciones, cinco resultados desfavorables y nueve muertes, es decir, una muerte de cada cinco operaciones. Cazeaux, sin embargo, sólo tuvo tres muertas de sesenta inyecciones y cuarenta y ocho curaciones. Günther reunió ciento treinta y ocho casos de diversos profesores hasta 1859 y en ellos hubo treinta y dos curaciones y cincuenta y nueve muertas, ó sea el 38 por 100. Apesar de esta diversidad de resultados, dedúcese sin embargo : 1.° que las inyecciones yodadas pueden determinar la muerte en muchos casos : 2.°

que en otros no dan resultado alguno. A esto se agrega que sólo pueden aplicarse á los quistes unilobulares, pues en los multilobulares sólo puede actuarse sobre una de las celdillas, y áun suponiendo (que es bastante suponer) que en ésta se obtuviera la curacion, sólo se habria conseguido disminuir temporal y muy pasajeramente el volúmen del tumor.

Siento no tener ninguna estadística española respecto á esta operacion, que sé ha sido hecha en Gibraltar por el Dr. Patron

Las estadísticas relativas á la ovariotomía ofrecen tambien resultados muy diversos. Chereau publicaba en Junio de 1844 una de sesenta y ocho casos con cuarenta muertes. Lée otra en 1846 de ciento catorce operaciones y cuarenta muertas. Spencer Wells una de ciento catorce operaciones hechas desde Febrero de 1858 á Noviembre de 1864 con setenta y seis curaciones y treinta y ocho fallecimientos. En ciento veinte hechas por Kœberlé desde Junio de 1862 á Octubre de 1869 hubo ochenta y cuatro curaciones y treinta y seis muertes. Segun los datos expuestos por el Dr. D. Federico Rubio, en una memoria que publicó en 1868, resultan que en aquella fecha habia practicado cinco ovariotomías propiamente dichas, tres de ellas con éxito funesto.

Posteriormente tengo noticia de otra operacion que practicó con fatal resultado en Madrid. Conozco una de las ovariotomías ejecutadas por el Dr. Manrique, tambien desgraciada y en fecha muy reciente (10 de Julio 1875), practicó el Dr. Revuelta y Carrillo con feliz éxito, la que he citado en otro lugar. Dedúcese, pues, de estas cifras, que de siete operaciones de ovariotomía hechas en España cuatro han tenido una funesta terminacion.

Es, pues, de mucha mayor gravedad la ovariotomía

que la inyeccion yodada, pero en cambio es aplicable á todos los casos de quistes simples del ovario y áun á los compuestos ó mixtos, es decir, cuando se trata de un quisto-fibroma, quisto-sarcoma, etc., así como tambien á toda especie de tumores del ovario con tal de que no haya síntomas evidentes de infeccion general. West dice que «es legítima y debe ser recomendada en todos los casos de tumor ovárico cualesquiera que sea su estructura y cualquiera que haya sido su duracion y el número de punciones anteriormente hechas, si la enfermedad progresa rápidamente y si la salud general padece, previendo no obstante que no existe otra causa más que la enfermedad local.» Sin embargo, este mismo autor aconseja no practicarla cuando los quistes siguen una marcha sumamente lenta, no comprometen la vida de la enferma ó por el contrario aunque la comprometan coinciden con una albuminuria ó ha habido anteriormente una peritonitis general ó varias peritonitis parciales, pues en estos casos las adherencias, que de seguro hallaremos, tal vez impidan terminar la operacion y desde luégo implican una gravedad extraordinaria en el resultado de éste. Tambien West quiere que se establezca una prudente gradacion en el tratamiento, empezando con el farmacológico, haciendo luégo una paracentesis, despues una puncion con inyeccion yodada, si el quiste es unilobular, y por último, se proceda á la ovariotomía, cuando todos los otros medios hayan faltado. Creo que esta conducta es muy digna de tenerse en cuenta y es la que recomiendo.

Sin embargo, en la memoria publicada por el doctor Rubio en 1868, se hacen las conclusiones siguientes respecto al tratamiento:

«Reasumiendo, de lo dicho acerca del tratamiento, se puede establecer:

1.° Que puede ser médico y quirúrgico.

2.° Que el tratamiento médico no es infructuoso, y que en varias ocasiones encauza la curacion hácia un término feliz.

3.° Que el tratamiento quirúrgico puede ser paliativo, y uniéndose al médico, prolongar muchos años la vida de las enfermas.

4.° Que la paracentesis puede emplearse con tal fin.

5.° Que alguna *rara vez*, aprovechando favorables circunstancias, como en la enferma 11ª, hasta produce un efecto radical.

6.° Que la paracentesis puede emplearse en los casos dudosos, como un medio explorador y de diagnóstico.

7.° Que las paracentesis repetidas producen adherencias, que constituyen un inconveniente para ejecutar despues la ovariotomía.

8.° Que la puncion é inyeccion iodada puede emplearse en los tumores unilobulares, de poca extension y de paredes libres y delgadas.

9.° Que la cauterizacion debe preferirse, cuando siendo el tumor unilobular y no demasiado grande, esté adherido á la pared anterior del abdómen.

10.° Que la ovariotomía debe practicarse en los demás casos.»

CAUSAS DE LA MUERTE POR LAS INYECCIONES YODADAS Y POR LA OVARIOTOMÍA.

Las enfermas operadas por la *inyeccion* unas apénas esperimentan trastorno alguno, y sin embargo, se curan ó se reproduce la afeccion indistintamente. En otras so-

breviene un dolor más ó ménos intenso y los síntomas de una inflamacion parcial que desaparece paulatinamente. En algunas aparecen en cierto grado los trastornos que caracterizan á la embriaguez yódica, pero no faltan casos en que la inflamacion limitada al principio á las paredes del quiste no tarda en extenderse al resto del peritoneo, y esta peritonitis es con mucha frecuencia mortal, ó la peritonitis estalla repentinamente, lo cual es debida en la mayoría de casos á el derrame del yodo en la cavidad de la serosa. Determinadas enfermas sobreviven á todos estos accidentes ó á algunos de ellos y les queda fistulosa la abertura hecha por el trocart, sucumbiendo más ó ménos tarde á una fiebre éctica.

La muerte en la *ovariotomía* es debida á varias causas. En muchos casos la hemorragia; síguele con frecuencia la septicemia; luégo la fiebre éctica; despues los accidentes nerviosos y ¡ cosa extraña ! la peritonitis es la que con menor contingente contribuye quizás al fatal resultado. Hace unos cincuenta años que Blundell aseguró que tenia mucho de pánico el temor á las inflamaciones del peritoneo como consecuencia de sus lesiones, y en la actualidad, y despues de infinitas observaciones, la práctica viene á sancionar las ideas del célebre médico inglés. No ; no es la peritonitis la que causa la muerte de la mayoría de las operadas de ovariotomía. En la memoria del Dr. Rubio, tantas veces citadas, se indica la siguiente causa como la más poderosa y más frecuente de todas:

«Abierto el abdómen en una gran extension, desalojado de un cuerpo casi siempre voluminosísimo, resultando flojas y sin resorte las paredes abdominales, queda dentro de ellas una gran cantidad de aire, que no es posible evitar. Este aire por sí, seria inocente; pero, por

muy cuidadosamente que se limpien el abdómen, el pedículo, la herida abdominal, las superficies de las adherencias separadas, fluye despues una cantidad mayor ó menor de serosidad, más ó ménos sanguinolenta; poco despues, la herida queda herméticamente cerrada por la misma secrecion plástica que mana de sus alrededores y que envuelve las partes próximas, con un fin reparador; la porcion de estas secreciones excedentes y que no se organiza en aquel plasma provisional, queda con las otras, bajo la accion recíproca del aire que comienza á descomponerse en gases; éstos pasan por endósmosis á los intestinos en parte, y en parte se van coleccionando donde encuentran menor compresion, ascendiendo por encima de la faja, hasta el epigastrio, que es la parte más alta y ménos comprimida. Los gases peritoneales se impregnan además del hidrógeno sulfurado de las materias contenidas en los intestinos, y aumentan la descomposicion de los líquidos, provenientes de la operacion y de la herida, que á su vez se descomponen en nuevos gases infectos, llenan el vientre, y obran por contacto inmediato sobre el ganglio semilunar, siderando la inervacion. Si los gases, ántes que produzcan este deletéreo efecto, se abren paso por los intestinos y la boca, dejando que nuevas columnas del contenido en el peritoneo pasen al tubo intestinal para ser expulsados, la enferma se salva; pero si la produccion gaseosa es muy grande, ó se expulsasen en cantidad desproporcionada, la sideracion aumenta, la misma sangre se inficiona, y las enfermas sucumben.

Siendo esta la causa de la muerte y no la peritonitis, se deducen algunas consecuencias prácticas del mayor interés:

1.ª Conveniencia de limpiar lo más perfectamen-

te posible el abdómen despues de la operacion.

2.ª Necesidad de evacuar con purgantes todo el tubo intestinal ántes del dia de la operacion.

3.ª Procurar comprimir el abdómen con fajas, prudentemente, ántes de suturar la herida, para expulsar lo mejor que se pueda el aire atmosférico.

4.ª Administrar la magnesia en corta dósis, la madre de perla, el subnitrato de bismuto ú otros polvos absorventes.

5.ª Introducir un tubo largo de goma por el recto, si presentada la timpanizacion, no se expulsan pronto los gases intestinales naturalmente.

6.ª Punzar con un trocart delgado el epigástrio, si á las veinticuatro horas de meteorizarse el vientre, crece este síntoma á par de la gravedad general.»

Este accidente ha sido llamado por el Dr. Rubio pneumo-hemia y en la discusion habida en la Real Academia de Medicina de Madrid y que duró los meses de Noviembre y Diciembre de 1875 y Enero siguiente, insistió el indicado profesor sobre esta causa á la que los doctores Sanchez Toca, Calvo, y Alonso no dieron grande importancia, atribuyendo mucha más á los accidentes nerviosos, la hemorragia y la peritonitis, que Rubio negaba casi en absoluto.

De intento no he hablado entre los métodos quirúrgicos para la curacion de los quistes del ovario, de la *cauterizacion* que se hace en la pared abdominal por medio de la pasta de Viena y cuyo objeto es solicitar la adherencia de la pared del quiste á la del vientre y luégo la abertura de aquel. Este método se halla hoy justamente abandonado, pues además de exponer á riesgos indudabilísimos y determinar con frecuencia la muerte de las enfermas por extenuacion, es ineficaz en muchos casos

y entónces dificulta ó imposibilita el empleo de otros medios más eficaces.

LECCION LXXXV.

b. Quistes de las trompas de Fallopio.—c. Quistes de los ligamentos anchos.—d. Hidrómetra.

b.—QUISTES DE LAS TROMPAS DE FALLOPIO.

Froriep y Cruveilhier dividen la hidropesía enquistada de las trompas de Fallopio (quistes de las trompas) en abierta y cerrada. En ambas especies el orificio abdominal de la trompa se encuentra obturado, pero el uterino se halla permeable en la primera especie y obturado en la segunda.

Patogenia.—La inflamacion interviene siempre en la produccion de estos quistes, que sólo se les observa como consecuencias del catarro de las trompas, que produciendo una hipersecrecion contínua en la misma, determina una acumulacion considerable en el trayecto de ellas, de productos de secrecion mucosos y epiteliales que se liquidan más tarde y áun se mezclan con alguna pequeña cantidad de sangre extravasada. Á causa de ésta gran cantidad de líquido que se agolpa á la tuba, la cavidad de ésta se amplia en mayor ó menor extension al mismo tiempo que se desarrolla una perimetritis parcial que determina la obturacion de la abertura abdominal de la trompa y áun la adherencia de su pabellon á las partes circunvecinas; ó esta obturacion y la de la extremidad uterina (cuando

existe) son causadas por la organizacion de los exudados que se forman en el catarro de la trompa como en cualquiera otra especie de inflamacion.

Causas.—Si los quistes de las trompas de Fallopio necesitan de la inflamacion como elemento necesario para producirse, claro es que todas aquellas causas capaces de determinar ésta, lo son tambien de aquellos. Pero la inflamacion de las trompas de Fallopio rara vez es primitiva y se la observa ó en el estado puerperal y como consecuencia de las afecciones que son propias á éste, ó fuera de ese estado, siendo su flegmasía continuacion de la del útero y muy rara vez de la del ovario. Las causas, pues, de la endometritis mucosa y de la ovaritis son las de la inflamacion de la trompa y por ende las de los quistes de este conducto.

Síntomas.—Son muy variables é imposibles de distinguirlos de los de los quistes del ovario, pues en su principio son tambien muy confusos y en cuanto han alcanzado cierto volúmen producen los síntomas subjetivos y objetivos de éstos. Sin embargo, la existencia anterior ó concomitante de una endometritis mucosa, ó de una perimetritis, la situacion del tumor más hácia la línea media que en los quistes del ovario, pudiera hacernos concebir alguna vaga sospecha, pero no pasa de aquí.

En la llamada hidropesía abierta, hidropesía profluente de Rokitansky, el líquido detenido cuando llega á ser ya en cierta cantidad fuerza el paso, y por el útero y la vagina sale el dia ménos pensado una oleada grande de aquel al mismo tiempo que desaparece el tumor abdominal y cesan todos los síntomas. La naturaleza del líquido que sale (parecida á la del que contienen los quistes ováricos) y la sucesion establecida, nos servirán en este caso para hacer el diagnóstico.

Pronóstico.—Confundida esta enfermedad con la idéntica del ovario, su pronóstico no puede ser diferente y áun en los casos de hidropesía profluente el líquido se reproduce, el tumor reaparece, y por lo tanto, la gravedad. Sin embargo, se habla de algunas curaciones en estos casos.

Tratamiento.—Es idéntico tanto en la parte farmacológica como en la quirúrgica, á el indicado para los quistes del ovario y tanto que no es una rareza haberse tratado de practicar una ovariotomía y encontrarse en presencia de esta otra enfermedad que no ofrece entónces otra modificacion en el proceder operatorio, sino que la constriccion del pedículo hay que hacerla mucho más cerca del cuerpo de la matriz, de cuya parte posterior hay que desprender entónces el tumor que siempre le está más ó ménos adherido.

C.—QUISTES DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.

El asiento de los quistes de los ligamentos anchos, es generalmente el *para-ovarium* ú órgano de Rosenmüller y rara vez son completamente independientes. Suelen ser unilobulares, no alcanzan un gran desarrollo, excediendo en pocas ocasiones su volúmen del de una manzana regular, aunque se cita alguno del de una cabeza de adulto. Con frecuencia son múltiples y no es raro observarlos estacionarios durante muchos años, haciéndose perfectamente compatibles con la vida y áun con un buen estado de salud general.

Las causas son desconocidas. Se ha hecho jugar papel entre ellas á peritonitis parciales, y algunos han creido que la persistencia en determinados individuos de los

fondos de saco de los cuerpos de Wolff tenian mucha parte en su produccion.

Sus síntomas son idénticos á los de los quistes ováricos. Sin embargo, el estacionamiento considerable á que he aludido pudiera hacer sospechar la afeccion de que se trata.

El pronóstico es algo más benigno que el de los quistes del ovario, pues, como he indicado, pueden en ciertos casos hacerse compatibles con una buena salud general.

Para el tratamiento me remito á la parte que se refiere á esa otra afeccion con quien se confunde.

d.—HIDRÓMETRA.

Bajo el nombre de hidrómetra se designa el quiste de la matriz ó la hidropesía de la matriz fuera del estado de gestacion.

Esta enfermedad es precedida de una inflamacion crónica de la matriz, como la endometritis mucosa, máxime si durante éste se desarrolla los llamados huevos de Naboth y este desarrollo contribuye á producir ó produce la oclusion del orificio interno y á veces del externo de aquella víscera. Esta oclusion es la condicion esencial para la hidrómetra, y una vez presentada, la mucosidad segregada por la matriz que es mayor de la normal, en virtud de la endometritis catarral que se supone, se va aglomerando en el interior de la entraña, cuya cavidad se aumenta al paso que las paredes se adelgazan, cambia alguna de sus propiedades, haciéndose más fluido y con caractéres análogos al de los quistes del ovario, llegando su cantidad á ser desde 30 ó 40 gramos hasta un kilógramo y áun más. Este líquido á veces se descompone, produciéndose gases que quedan contenidos tambien en el

interior de la matriz, constituyéndose entónces la afeccion llamada hidro-fisómetra ó pneumo-hidrómetra.

Causas.—Todas las de la endometritis mucosa. El aborto, la supresion brusca de un flujo leucorréico ó de los lóquios, pueden constituirse al cabo de un período más ó ménos largo en causas de la hidrómetra. La amenorrea ha sido considerada tambien como capaz de producirla, pero esto procede de una mala observacion é interpretacion de los hechos, puesto que lo que en rigor existe es que la misma causa que retiene la mucosidad en el interior evita la salida del flujo mensual. La amenorrea no es, pues, ni efecto ni causa de la hidrómetra, sino que entrambos fenómenos ó accidentes están bajo la dependencia, el primero en determinados casos y el segundo siempre de la obturacion de la matriz. En ocasiones el desarrollo de los huevos de Naboth en el orificio interno contribuye poderosamente á su oclusion, máxime si existe flexion uterina.

Síntomas.—Con frecuencia es la amenorrea el primer síntoma que llama la atencion de la mujer, siendo entónces muy difícil el diagnóstico, pues coexisten con ella por un lado, fenómenos simpáticos en las vías gástricas y por otro, abultamiento progresivo del vientre, así es que si se trata de una mujer que ha usado de la Venus, nada más fácil que creer en la existencia de un embarazo. Hay que tener presente, sin embargo, que la dilatacion de la matriz en la hidrómetra no se hace sin cólicos uterinos, bastante intensos á veces. Esta dilatacion puede llegar á ser considerable, simulándose una hidropesía ascitis y el líquido que se contiene en el útero es completamente seroso, lo que unos atribuyen á la precipitacion sobre las paredes del órgano de los elementos sólidos (glóbulos de mucus, células epiteliales) del líquido mucoso segregado

cuya fluidez aumenta por este solo hecho. Otros creen que los caractéres del líquido dependen de la desaparicion de las glándulas en el tejido de la mucosa uterina y la trasformacion de éste en una membrana fibro-serosa.

Los cólicos uterinos á que más arriba aludo, aumentan de frecuencia é intensidad durante las épocas que debieran ser mentruales. No es raro ver en enfermas de esta clase todos los síntomas de la clórosis ó del histerismo.

Diagnóstico.—Puede confundirse la hidrómetra con un quiste del ovario, con un embarazo, con una ascitis y áun con una retencion de orina.

Para distinguirla del quiste del ovario hay que tener presente la posicion central del tumor en aquella y lateral en éste, la ausencia en éste de cólicos uterinos y la existencia constante en la hidrómetra de la amenorrea. En los casos de duda el cateterismo uterino imposible de practicar en la hidropesía de este órgano, aclara el diagnóstico.

La confusion con el embarazo sólo puede ocurrir durante los tres primeros meses, pero ya á partir del cuarto, tiene dicho estado signos evidentes que lo dan á conocer.

En la ascitis el crecimiento del vientre es general y más considerable que en la hidrómetra, en la que siempre la situacion originaria y el desarrollo del tumor indican el órgano en que tiene asiento. La percusion del vientre hecha en decúbito supino hace notar más considerable la matitez hácia las partes laterales y posterior, siendo más claro el que revela la cercanía de la region umbilical, apareciendo esta claridad hácia la parte superior y la matitez en la inferior cuando la mujer se pone de pié. En la hidrómetra el sonido mate indica constantemente el lu-

gar que debe ocupar una matriz más ó ménos aumentada de volúmen y no varia con el decúbito. La fluctuacion en la ascitis es evidente y muy oscura en la otra afeccion.

Si se sospecha la existencia de la retencion de orina, el cateterismo vesical nos sacará de dudas.

Marcha y terminaciones de la enfermedad.—Esta enfermedad tiene una marcha esencialmente crónica y á la larga tiene una influencia funesta sobre el organismo, en el que determina primero un estado histérico y luégo una de pauperacion notable á causa de los trastornos digestivos, circulatorios y respiratorios que induce. En ocasiones, y con causa apreciable ó no, sobreviene de repente una oleada considerable de líquido por la vagina, y los síntomas todos ceden primero y desaparecen luégo para reaparecer en cuanto se vuelve á verificar la oclusion de la matriz, que habia desaparecido tal vez por la gran presion que ejercia el líquido, ayudada quizás por algunas contracciones uterinas. En otros casos se ha distendido una ó ambas trompas y el líquido se derrama en la cavidad peritoneal, ocasionándose raras veces su reabsorcion y las más una peritonitis que se termina por derrame y que concluye con la enfermedad, ó la complica si por cualquier evento se contrae y obtura la trompa distendida. Ese derrame en el vientre por la trompa ó por la rotura de la matriz causan otras veces una muerte rápida por la peritonitis violenta que es su consecuencia, aunque estos casos son los ménos frecuentes.

Pronóstico.—De lo dicho se deduce que la hidrómetra es una enfermedad bastante grave y exige un tratamiento enérgico.

Tratamiento.—Si recordamos que para que se produzca la hidrómetra es indispensable la obstruccion ú oclusion del orificio uterino, deduciremos que destruir

ésta será la primera indicacion que se presente. Así la avulsion de pólipos, la destruccion de los quistes de los huevos de Naboth, la curacion de la flexion ó de la version uterinas, darán un excelente resultado. Si el orificio de la matriz se hallare obstruido por una membrana ó por la adherencia de sus labios, se procurará destruir aquella ó separar éstos con un bisturí de hoja corta y mango largo despues de colocar un espéculum ó los depresores de las paredes de la vagina. Tal vez sea mejor que esto la puncion con un trocart largo y curvo, dejando la cánula colocada hasta que salga todo el líquido y sustituyéndole luégo con conos de esponja preparada que se colocan durante mucho tiempo. Si una retroversion irreductible impidiera la perforacion por el cuello y los accidentes son de consideracion, vale más hacerla sobre la parte inferior del cuerpo, sin que sea un absurdo entónces dejar aplicado en la abertura alguno de los cuerpos dilatantes dichos y establecer una fístula que pudiera producir la curacion de la hidrómetra. Esta perforacion podria usarse alguna vez como paliativa en los casos de carcinoma curable del cuello.

Además de estos medios quirúrgicos, se usarán los que exige el estado general de la enferma (tónicos, antiespasmódicos, baños de mar, etc.)

Se han considerado tambien como curativos de la enfermedad, principalmente si se les emplea despues de destruido el obstáculo, los diuréticos, los purgantes, las inyecciones uterinas astringentes y áun establecer una revulsion enérgica (la pasta de Viena por ejemplo) sobre el sacro.

LECCION LXXXVI.

Continúa el asunto anterior.—e. Quistes de la mama.

e. —QUISTES DE LA MAMA.

No sólo las pequeñas ramificaciones en que toman orígen los conductos galactóforos, sino los troncos más gruesos, pueden ser asiento de esta enfermedad, cuyo principio es una obstruccion del conducto y la dilatacion de una parte más ó ménos extensa de la situada por detrás, ó la dilatacion primero y la obstruccion más tarde. De cualquier modo que sea y bien haya sido la única causa de la produccion del quiste la retencion del líquido lácteo ó bien una extrasvasacion sanguínea en el interior de uno de esos conductos (por contusiones ó inflamaciones de la mama), el quiste formado puede ser único ó múltiple y existan en el número que se quiera, son ó unilobulares, ó multilobulares, ó areolares, ó compuestos, pudiendo referirse á cualquiera de estas cuatro especies todas las variedades descritas por los autores.

Previniendo una objecion que podria hacérseme al tratar de ciertos tumores quísticos de la mama, debo manifestar aquí que la supresion de una frase en el cuadro de la clasificacion de los tumores, supresion que no eché de ver hasta despues de tirado el pliego correspondiente, me ha hecho comprender bajo el nombre de quistes serosos todas las especies descritas, siendo así que su verdadera designacion es la de tumores ó quistes por retencion, frase más lata y que sin prejuzgar cosa alguna acerca de la

naturaleza del líquido contenido, expresa suficientemente el carácter más principal de todos ellos.

Hecha esta aclaracion sigamos adelante.

Los quistes multilobulares y los areolares, así como los compuestos, han sido en un principio quistes múltiples que por su crecimiento han llegado á adosarse ó adherirse unos á otros, persistiendo en totalidad los tabiques de separacion (quistes multilobulares), desapareciendo en parte en su centro (quistes areolares) ó persistiendo unos y desapareciendo otros más ó ménos (quistes compuestos).

La bolsa de estos quistes está constituida por tejido fibroso ó fibro-celuloso, reforzado por una materia fibrinosa que la duplica, no siendo extraño encontrar placas de tejido cartilaginoso ó concreciones calcáreas. El líquido que contienen varia de naturaleza y de consistencia, pues si bien en casi todos ellos ha sido leche en su principio, ésta ha sufrido multitud de alteraciones, ya por el hecho de su retencion en esa cavidad accidental, ya por la mezcla con sangre. Así vemos en ellos ya un líquido claro seroso, ya una masa coloides espesa, ya un líquido especial de color rojizo más ó ménos intenso y á veces muy sucio, resultado de una mezcla de manteca, sangre, etc.

El volúmen de los quistes es variable desde el de una avellana hasta el de la cabeza de un fétus.

Tambien pueden hallarse quistes (generalmente de muy poco tamaño) en el espesor del tejido adiposo que rodea á la mama, producidos anómala y accidentalmente.

Etiología.—Toda causa de irritacion en la mama que pueda dar por resultado, ora la inflamacion adhesiva pero parcial de los conductos galactóforos, ora el aumento no fisiológico en la secrecion de la glándula, ora un cambio

notable en las cualidades de la leche, puede producir los tumores á que aludo. Así es que, compresiones exageradas hechas con corsées ó corpiños, golpes, contusiones, heridas, estímulos de cierta clase etc., deben incluirse en este lugar. Se ha creido halla cierto enlace entre la esterilidad y los desarreglos menstruales por un lado y los quistes mamarios por otro, pero esta relacion no parece haberse comprobado.

Síntomas.—Al principio no determinan trastorno alguno y muchas mujeres no saben fijar ni con mucho el principio de su afeccion, pues sólo accidentalmente han observado en una de sus mamas un tumor de diverso tamaño, redondeado y algo resistente que no le ocasiona dolor ni trastorno alguno. Estos tumores cuando pequeños no presentan fluctuacion sino cuando han adquirido cierto volúmen, pero si son areolares esta fluctuacion es muy oscura, y si multilobulares completamente nulas. Al cabo de algun tiempo empiezan á incomodar, tanto por su peso, como porque se hacen asiento de algunos dolores que se propagan á lo largo del brazo respectivo y dedos.

Cuando los quistes son muy voluminosos se hacen superficiales, aunque en su principio fueran profundos y la piel que los cubre se adelgaza, se pone violácea y se la vé surcada de venas varicosas de color azulado, no siendo raro que presente entónces el tumor algunas abolladuras.

Se han considerado dos variedades de los quistes multilobulares, cuyos caractéres importa conocer para el diagnóstico, y son los *hidátides celulosos* de A. Cooper y los quistes *sero-sanguíneos* de Velpeau. Los primeros están formados por multitud de bolsas de paredes gruesas y muy vasculares que contienen un líquido seroso, viscoso ó mucoso en el que fluctuan masas globulares de tamaño variable, libres ó sujetas por filamentos ténues, las cuales

están formadas de tejido conjuntivo muy fino infiltrado de serosidad.

Los síntomas del hidátide celuloso, segun Berard, son los siguientes:

« Esta singular alteracion suele limitarse á un punto de la mama; pero en la generalidad de casos invade la totalidad de este órgano, llenándose de quistes y materia fibrosa, cuya abundancia, siempre en aumento, concluye por cubrir y hacer desaparecer el tejido glandular.

El hidátide celuloso de A. Cooper se anuncia, ora sea por la aparicion de un tumor pequeño, duro y movible, situado más ó ménos profundamente á cierta distancia del pezon, ora por una induracion general de la mama con ligera tumefaccion: en ambos casos la piel está libre, no adherente, sana, y sin calor ni alteracion de color. Poco á poco aumenta el tumor, sin que al principio disminuya en nada su solidez y movilidad; empero á medida que crece, cambia de caractéres: algunos quistes se aproximan á la piel, allí se desenvuelven, y la masa toma rápidamente, y en ocasiones toda á la vez, una extension considerable, interrumpiendo este acrecentamiento repentino del tumor la marcha de la enfermedad, hasta aquí lenta, uniforme y gradual. Al mismo tiempo que engruesa la mama, cambia de forma y consistencia, y se cubre de elevaciones que la dan un aspecto nudoso, abollado, irregular y lobulado. Variables en número y volúmen, estos puntos salientes, debidos á la prominencia de los tegumentos por los quistes recientemente desarrollados, ofrecen al tacto, ya una sensacion franca de fluctuacion, ó ya una particular resistencia y elasticidad, parecida á la que se percibe en las abolladuras de un tumor encefaloideo que marcha al reblandecimiento, siendo tanto más fácil de padecer ilusion, cuanto que la piel se adelgaza exten-

samente y adquiere en los puntos donde está distendida un tinte azulado. Además las venas se ponen varicosas, y la mama, cediendo al peso del tumor, cae por delante del abdómen. La aparicion de las abolladuras no es un fenómeno constante: sucede á veces que el tumor, sin perder nada de su forma globulosa, y sin que su superficie deje de ser lisa é igual, presenta muchos puntos reblandecidos, azulados y fluctuantes.

De cualquier modo que sea, el volúmen que es susceptible de adquirir la mama en la afeccion que nos ocupa es considerable. A. Cooper ha extirpado uno que pesaba nueve libras, y otro que tenia treinta y cinco pulgadas de circunferencia: la misma operacion ha practicado M. Warren en un tumor que no bajaba de trece libras. Sin embargo, es preciso convenir que estos son casos muy raros, y A. Cooper manifiesta que, fuera de los dos casos precedentes, jamás ha visto la mama enferma y sembrada de quistes, exceder al doble del volúmen de la del lado opuesto. Ántes que la enfermedad tome tal grado de incremento, trascurren ordinariamente dos ó tres años, á veces ménos, rara vez más. »

Esta variedad de quistes suele ulcerarse, resultando la curacion en casos muy determinados y produciéndose en los más un trayecto fistuloso que supura durante un tiempo indefinido y puede producir graves trastornos en el estado general de la mujer.

Hé aquí, segun el mismo Berard, los síntomas del quiste sero-sanguíneo :

« Los caractéres asignados por Velpeau á esta especie de quistes son los siguientes : se desarrollan á consecuencia de una violencia exterior ó por algun desórden menstrual; la mama infartada presenta abolladuras distintas, de un volúmen en general mediano, globulosas,

elásticas, fluctuantes ó como fungosas, sin engrosamiento, adelgazamiento ni coloracion patológica de los tegumentos. El mal progresa lentamente, sin que vaya acompañado de dolor, ni se altere en nada la salud general. Del mismo modo que los quistes múltiples de la primera variedad, éstos parecen, pues, constituir una afeccion enteramente local, sin que se atribuya á ningun vicio general del organismo. Lo más comun es que persistan indefinidamente y tomen un gran desarrollo, si no se emplea en ellos ningun tratamiento. M. Velpeau los ha visto quedar estacionarios por muchos años y disiparse despues expontáneamente. Esta feliz terminacion coincide, ya con la edad crítica en las mujeres, ya con el casamiento en las jóvenes. »

Tratándose de quistes de la mama, interesante es en alto grado una variedad descrita tambien por Velpeau, con el nombre de tumores butyrosos y caseosos, la cual parece pertenecer á los quistes unilobulares y de los que sólo se posee la siguiente observacion que se copia textualmente en la mayor parte de los tratados de ginecología :

« Una mujer, de edad próximamente de 40 años, de estatura pequeña, y que por otra parte gozaba de buena salud, y habia criado muchos niños, fué admitida en el Hospital de la Caridad en el mes de Diciembre de 1837. Esta mujer, que habitaba en el campo, presentaba en la mama derecha un tumor del volúmen de dos puños, de abolladuras muy pronunciadas, indolente, duro, de una consistencia que era un término medio entre la de los tumores fibrosos y la de los encefaloideos no reblandecidos, movible, sin rubicundez, pero con adelgazamiento de la piel, cuyo orígen databa de ocho meses, y sobrevino á consecuencia de la lactancia y de un ligero infarto de la

mama. No encontrando en él ni los caractéres del escirro, ni del tejido cerebriforme, ni el de los quistes, ni el de las degeneraciones ó producciones ya estudiadas, me presumí que su punto de partida podria provenir de leche concreta ó endurecida. Despues de la extirpacion vimos que toda la masa, en la que se encontraban láminas de tejido fibro-celular entrecruzadas de lóbulos glandulares aplastados que perdian su forma por este entrecruzamiento, estaba esencialmente constituida por una materia concreta de un amarillo homogéneo, consistente y en un todo parecida al queso, ó á la manteca en gran parte desecada.»

» Sorprendido de este aspecto, supliqué á M. Donné tuviese la bondad de examinar la composicion molecular del tumor; y hé aquí cuál fué el resultado de su exámen: « La materia que se ha servido remitirme M. Velpeau, » dice M. Donné, se presenta bajo el aspecto de una es- » pecie de *caseum* coagulado; en cuya materia, esprimida » y sometida al microscopio, se ha encontrado una mul- » titud de glóbulos mucosos y corpúsculos granulosos ca- » racterísticos del calostro. La misma glándula, esprimi- » da, suministró glóbulos parecidos. Agitada el agua con » esta materia, tomó un color como de leche, y contenia » los mismos glóbulos. »

« Debo añadir que este tumor, que se reprodujo despues de la extirpacion, y que se ulceró extensamente, me permitió extraer, sin causar la menor molestia, fragmentos que, examinados nuevamente por M. Donné, ofrecieron á este hábil observador, no solamente los glóbulos y corpúsculos granulosos, sino áun el caseum y demás elementos de la leche. Bastaba, por otra parte, tener á la vista un fragmento de este tumor, para convencerse que realmente estaba formado por leche coagulada hacia mucho tiempo.»

» Los tumores butirosos del pecho parecen poder tomar un desenvolvimienlo considerable y ocupar la totalidad de este órgano. Un hecho más extraordinario es que en la enferma de que acabamos de hablar se han desarrollado secundariamente tumores del todo semejantes á masas encefaloideas, hácia afuera de la mama, del lado de la axila y por debajo de la clavícula. »

» Se hubiera podido creer que el tumor resultante de un derrame de fibrina, de albúmina ó de leche en las mamas, no exponia á ninguna degeneracion de mal carácter, y que, una vez extirpado, no debia inspirar temor alguno de recidiva ; desgraciadamente no es así. En efecto, el tumor completamente extirpado en la mujer que nos ocupa, no tardó en reproducirse. Una porcion del mismo aspecto que los primeros se notó por debajo de la cicatriz ántes de haberse cerrado completamente la herida. Más tarde se manifestaron otros en el hueco de la axila ; despues otros en diversos puntos de la glándula mamaria, bajo la misma cicatriz, y en fin en toda su circunferencia. El desenvol vimiento ha sido tan rápido, que hoy (Mayo 1838), cua tro meses despues de la operacion, estos tumores forman una masa del volúmen de la cabeza de un niño, cuyas abolladuras, enteras en un punto y extensamente ulceradas en otros, no hubieran podido distinguirse del tejido encefaloideo, si no presentaran diseminadamente pelotones de verdadero cáseo, muy manifiesto y fácil de extraer. »

Diagnóstico.—Los quistes de la mama pueden confundirse con el tumor mamario crónico, con el absceso y con los hidátides. Se diferencian del tumor mamario crónico en que éste ataca con frecuencia ambas mamas, presenta desigualdades perceptibles al tacto, no da la señal de fluctuacion que aquellos y es invadido de dolores, aumen-

tando pasajeramente su crecimiento á cada época menstrual.

El absceso se distingue por los síntomas inflamatorios que le han precedido y la rapidez de su marcha. Sin embargo, algunos abscesos crónicos son imposibles de separar de los quistes, á no ser con una puncion exploradora.

En los hidátides (y entiéndase que aludo á los verdaderos hidátides, no al *quiste hidatídico* de Cooper) la fluctuacion no se percibe, el tumor persiste duro aunque haya alcanzado algun volúmen, y por la percusion se puede notar en el tumor que forma ese estremecimiento particular que Piorry fué el primero en indicar. A pesar de todo, no faltarán casos en que el diagnóstico sea completamente imposible.

Pronóstico.—Los quistes son tumores benignos, y sólo en casos muy determinados se puede admitir en ellos que adquieran la malignidad de que hablan algunos autores, y áun en estos casos no se trata de quistes simples, sino complexos, es decir, quisto-sarcomas ó quisto-carcinomas, y por lo tanto la malignidad no es un accidente de ellos, sino un carácter esencial de la otra especie neoplásica con quien se hallan combinados.

Incomodan, sin embargo, por su volúmen, llegan á imposibilitar las funciones de la mama á causa de la compresion que sobre ella ejercen y de la sustitucion que determinan, siendo por lo tanto preciso apelar á un tratamiento enérgico para hacerlos desaparecer, con tanto más motivo cuanto que son rarísimos las casos de curacion expontánea y que su marcha es constantemente progresiva, aunque existan algunos que permanezcan estacionarios un tiempo más ó ménos largo.

Tratamiento.—El tratamiento médico que consta de

el ioduro de potasio, el aceite de hígado de bacallao, y el deuto-cloruro de hydrargirio al interior y los medicamentos llamados resolutivos al exterior, es completamente ineficaz. En algunos convendrá usar los reconstituyentes y regularizar las funciones del útero, aunque sin que nada de esto ejerza una influencia decisiva en la marcha de los quistes.

El tratamiento quirúrgico se compone del sedal, con objeto de procurar la salida del líquido y la eliminacion de la bolsa, ó la puncion con inyeccion iodada con un fin análogo, así como la excision de una parte de la bolsa; medios ambos indicados sólo en los quistes unilobulares.

El método verdaderamente eficaz consiste en la extirpacion del tumor, cuyas indicaciones se extienden á todas las especies de quistes, sean simples ó complexos. Para esta extirpacion se hará una incision horizontal, curva de convexidad inferior, disecando el tumor y extrayéndolo, y en los casos en que el tumor sea muy voluminoso y haya distendido mucho la piel ó la hubiere alterado, será preciso practicar la incision elíptica de que hablaré al tratar de la extirpacion de otros tumores de la mama, y áun de la de la mama misma.

Nada he dicho de los quistes de la vagina porque ninguna particularidad ofrecen. El punto de partida de los de la vulva es, segun Huguier, una de las granulaciones de la glándula vulgo-vaginal.

En unos y otros el tratamiento eficaz es el quirúrgico.

LECCION LXXXVII.

Continúa el órden 3.°—Tumores proliferantes de la sustancia conjuntiva normal.—Fibroma. Sus caractéres generales.—Elefantiasis de la vulva.—Elefantiasis de la mama.

CARACTÉRES GENERALES DEL FIBROMA.

Verneuil dió el nombre de fibroma á la produccion de que voy á ocuparme, nombre que aceptó Wirchow con completa conciencia de que cometia una heregía etimológica y luégo siguieron Luecke y los autores modernos. Con este nombre de fibroma se designa á los tumores formados por la proliferacion inusitada de las células del tejido conjuntivo.

Es una de las neoplasias más frecuentes, pues comprende la elefantiasis ó fibroma difuso de la piel y toda la inmensa clase de tumores fibrosos. Señálanse como tipo del fibroma los tumores fibrosos del útero, pero éstos han sido incluidos por Wirchow entre los miomas por la existencia en ellos de fibras musculares. Sin embargo, Luecke los incluye en aquel lugar, atendiendo que en los fibromas de cualquiera otra parte del cuerpo se encuentran tambien fibras elásticas muy análogas á las musculares y á que la mayor parte de dichos tumores está constituido por tejido conjuntivo.

Dos son las principales variedades del fibroma, á saber: el difuso y el circunscrito, y en este último se han incluido el fibroma tuberculoso y el papilar.

El fibroso difuso es la elefantiasis. En el circunscrito

se comprenden todos los tumores fibrosos de los autores.

Los elementos del fibroma son, segun Luecke, los del tejido conjuntivo en completo estado de desarrollo, cuyo tejido conjuntivo se presenta bajo el aspecto de manojos tupidos más ó ménos duros, empapados á veces de sustancias líquidas, sin órden en la disposicion de sus fibrillas, aunque por lo comun afectan dos principales direcciones y en ciertas ocasiones están dispuestas en círculos concéntricos. Suele haber tambien en ellos fibras elásticas.

Hay tres formas principales del fibroma circunscrito, y son la dura, la blanda y la cavernosa. En la primera no están embebidas de líquidos las fibras del tejido conjuntivo y los vasos sanguíneos son en muy corto número y delgados; en la forma blanda hay esa imbibicion y los vasos son numerosos y gruesos, y en la forma cavernosa, además de estos caractéres, se encuentran en ellos cavidades llenas de sangre.

La elefantiasis corresponde por su extructura á la forma dura del fibroma y en ella se han estudiado perfectamente los vasos linfáticos, cosa no hecha con la otra variedad ó sea el circunscrito, aunque es de suponer que tambien los tenga así como filetes nerviosos tanto en una como en otra variedad, pues los dolores que con frecuencia ocasionan y lo intensos que llegan á ser, es un testimonio de esa existencia.

El fibroma no es un tumor maligno; no tiende á infectar la economía, y en algunos casos sigue una marcha regresiva, se atrofia lentamente y desaparece.

Indicado, aunque muy á la ligera, porque la índole de esta obra no permite otra cosa, lo que es el fibroma, así como sus diversas variedades y formas, voy á ocuparme de las individualidades patológicas que corresponden á mi objeto, y son :

1.ª La elefantiasis de la vulva y la de la mama comprendidas en la variedad difusa del fibroma.

2.ª El fibroma del ovario, el del útero ó cuerpos fibrosos del útero, el de la vagina, el de la vulva y el de la mama, comprendidas todas estas individualidades en la variedad circunscrita.

ELEFANTIASIS DE LA VULVA.

Esta afeccion es más frecuente en los climas cálidos que en los frios, y tanto que se ha propuesto la cuestion de si el *delantal* de las hotentotas seria una elefantiasis de los labios menores. No es de extrañar esta cuestion, puesto que la elefantiasis de la vulva presenta caractéres particulares y constituye una especie de transicion entre el fibroma difuso y el circunscrito.

En efecto, en la enfermedad de que me ocupo, la textura de las partes lesionadas se diferencia de la de otras partes elefantiacas (la pierna, los muslos); el abundante tejido conjuntivo que las constituye está medianamente vascularizado é impregnado de líquido; la piel unida íntimamente al tumor, algunas veces sólo lo reviste y de todos modos su capa epitelial no presenta otra alteracion que una pigmentacion oscura, aunque tampoco faltan casos en que la alteracion de la piel sea considerable, observándose en ella muchas rugosidades formadas de papilas hipertrofiadas muy semejantes á los *condylomata acuminata*.

En la elefantiasis de la vulva la alteracion no tiene una base ancha ni se confunde insensiblemente con las partes sanas, sino que en la mayoría de casos tiene un pedículo más ó ménos ancho que hace fácil su extirpa-

cion y lo constituye más que en elefantiasis de un órgano en tumor elefantiaco del mismo.

De la superficie de este tumor elefantiaco, que por todos esos caractéres se aproxima al fibroma circunscrito, suelen elevarse vesículas llenas de linfa que se rompen y dejan salir este líquido, formándose escoriaciones y grietas bastante dolorosas y áun úlceras atónicas de mayor ó menor profundidad, cuyo fondo es de un rojo vinoso y de las que no mana supuracion alguna.

En la produccion de la elefantiasis de la vulva se ha concedido mucha importancia además del clima á la clorosis, el escrofulismo y la sífilis.

Síntomas.—Al principio de esta enfermedad suelen ocultarla las mujeres que no la revelan hasta que ó el crecimiento de las partes externas de la generacion se opone á las funciones sexuales ó las grietas y ulceraciones les causan graves molestias. De todos modos suele haber en el curso de esta dolencia accesos febriles que guardan una forma remitente ó intermitente, pero que rara vez pasan de la duracion de un setenario, durante cuyos accesos la piel de los labios mayores ó menores de la vulva se altera y éstos se ponen tumefactos, rojos, relucientes y dolorosos, y que inician su crecimiento ó le comuñican nuevo impulso, no siendo raro que entónces sea tambien cuando aparecen las vesículas que se rompen, ocasionando las escoriaciones á que ya he aludido. En otras ocasiones no hay estos accesos febriles y la enfermedad, que tiene entónces una marcha más lenta y que llega casi á quedarse estacionaria durante meses y áun años enteros, no consiste más que en el tumor de la vulva.

Los labios mayores son los más frecuentemente afectados y luégo los menores, con especialidad el capuchon ó sea la union de éstos, que constituye el prepucio del clí-

toris. Los órganos afectados llegan á adquirir un volúmen enorme (he visto una mujer cuyos labios mayores tenian entre ambos el volúmen de la cabeza de un adulto), observándose, como indiqué más arriba, una delimitacion marcada entre las partes sanas y las afectas que forma á veces un verdadero pedículo; el color del tumor es blanco rosado, aunque existe tambien en ocasiones una pigmentacion oscura; su superficie es redondeada, considerando el tumor en general, pero de ella se desprenden las rugosidades y los tubérculos de que hablé más arriba, así como las escoriaciones, las grietas y las úlceras con los caractéres ya marcados; el tumor da al tacto cierta sensacion de pastosidad.

Diagnóstico.—Es bastante fácil. En el lipoma no hay la alteracion de la piel que tanto se ha repetido y las úlceras carcinomatosas tienen caractéres muy distintos de los indicados.

Pronóstico.—Es bastante grave. Esta enfermedad no cede al tratamiento médico y no constituye sólo una incomodidad por su volúmen y los obstáculos que oponga al cóito y á la mixion, sino que á la larga deteriora considerablemente la constitucion de la mujer, y no es una cosa extraña ver sobrevenir en ella la tísis pulmonal ó una hidropesía.

Tratamiento.—Acabo de decir que la elefantiasis de la vulva no cede al tratamiento médico. Se han empleado, en efecto, sin éxito, los yodurados y los anti-sifilíticos al interior, y al exterior las aplicaciones astringentes y resolutivas, los vejigatorios, la tintura de yodo pura, los baños generales templados y entre éstos los minerales sulfurosos y los salinos. Lo que mejor resultado dá, aunque no cura la afeccion, es una buena higiene y los tónicos al interior.

Cuando el tumor está bien limitado ó es posible operar sobre tejidos sanos, deberemos hacer la extirpacion para la que se ha aconsejado valerse del extrangulador lineal, instrumento perjudicial muchas veces porque obra ciegamente, y totalmente innecesario en esta region cuando se tienen manos y un triste bisturí.

Aunque la enfermedad pueda recidivar no deja de estar indicada esta operacion.

ELEFANTIASIS DE LA MAMA.

Se ha descrito una elefantiasis de la mama que tiene por caractéres el ser profunda y por consiguiente lejana de la piel que siempre permanece intacta, como se ha descrito tambien una elefantiasis del útero y otra del ovario. Semejante designacion es completamente errónea; lo que en estos órganos existe ó puede existir es el fibroma circunscrito; y respecto á esos tumores elefantiacos de la mama que se dice han pesado sesenta libras y más, pueden y deben incluirse unos en la misma variedad que acabo de citar, otros en la hipertrofia célulo-fibrosa ó hiperplasia del tejido conjuntivo de la mama, que describí en la página 112 y siguientes de este tomo y algunos en el lipoma capsular de que me ocuparé bien pronto.

LECCION LXXXVIII.

Continúa el asunto anterior.—Fibroma circunscrito.—Fibroma del ovario.—Fibroma del útero. Sus variedades. Caractéres y síntomas de cada una de ellas.

FIBROMA DEL OVARIO.

Ha sido descrito hasta una fecha muy reciente con el nombre de tumor fibroso del ovario.

Es una afeccion sumamente rara y consecutiva á la hiperplasia del tejido albugíneo del ovario, como dije en la pág. 108 del presente tomo, siendo muy difícil ó imposible apreciar la transicion de una afeccion á otra. «Hay, dice Wirchow, una hiperplasia intersticial general y se producen cuerpos fibrosos que resultan del engruesamiento y condensacion progresiva de la pared del folículo de Graaf.»

El exámen histológico será lo único que pueda diferenciar estas dos producciones que por otra parte reconocen las mismas causas, presentan iguales síntomas y exigen idéntico tratamiento.

FIBROMA DEL ÚTERO.

La historia de esta afeccion, bastante frecuente en la práctica y descrita con los nombres de cuerpos fibrosos del útero, fibroides, pólipos fibrosos, es de sumo interés.

Así como la elefantiasis de la vulva ofrecia la transi-

cion del fibroma difuso al circunscrito, la enfermedad de que voy á ocuparme presenta la transicion opuesta. Algunos autores la consideran como un mioma por la existencia constante en ella de fibras elásticas.

Segun el sitio que ocupa se ha dividido en fibroma sub-mucoso, intra-parietal y sub-peritoneal. El fibroma del cuello se ha confundido en muchos casos con el descenso de la matriz; es más bien un verdadero mioma y como tal lo describiré, mioma que va precedido en su orígen muchas veces como el fibroma, de una hiperplasia del tejido conjuntivo.

Etiología.—El fibroma del útero es más frecuente en las mujeres de 35 á 45 años que no han parido y en las que padecen trastornos menstruales, que en las que no reunen estas circunstancias. La masturbacion, los excesos ó la abstencion forzosa de los placeres sexuales, pueden darle orígen. A menudo una flegmasía crónica del útero (metritis parenquimatosa) lo ocasiona y es lo más comun que la hiperplasia de esa víscera ó sea su infarto crónico, sea el principio de la enfermedad.

Síntomas.—Para dar á conocer lo más exactamente posible esta interesantísima enfermedad, voy á describir separadamente las tres variedades á que ántes he aludido.

Fibroma sub-peritoneal ó sub-seroso.—El sitio predilecto de los tumores de esta clase es el fondo de la matriz en el que aparecen como pequeñas nodosidades adherentes y como engatilladas en la sustancia de ese órgano; pocas veces existe un tumor solo y siempre van creciendo de una manera lenta hasta tomar proporciones considerables, desprendiéndose cada vez más del tejido del útero, pediculándose y áun llegando á desprenderse y á quedar flotantes, sujetos por el peritoneo, ó á separarse completamente (si el pedículo ha ido estrechándose cada

vez más) y caer en la cavidad peritoneal de la pélvis, ocasionando en unos casos los trastornos consiguientes á la existencia de un cuerpo extraño que ofende contínuamente la serosa, y contrayendo en otros nuevas adherencias, pero deteniéndose el crecimiento y haciéndose casi inofensivos.

Cuando estos tumores han adquirido el volúmen de un huevo de paloma, empiezan á ocasionar trastornos que son acusados por la mujer, aunque no sepa ni pueda referirlos á su orígen. Hay que tener en cuenta que como en la inmensa mayoría de casos la causa es irritativa, ha precedido á la aparicion de los cuerpos fibrosos una irritacion ó inflamacion de la matriz (metritis parenquimatosa, perimetritis) y los nuevos accidentes parecen sólo una agravacion de los anteriores; pero de cualquier modo que sea, los síntomas porque se revelan los fibromas subperitoneales del útero, son los siguientes:

En primer lugar menorragias y leucorrea en los intervalos de las épocas menstruales; luégo metrorragias, aunque no son muy frecuentes; sensacion de peso á la pélvis, y como consecuencia de ella, extreñimiento y disuria; cólicos uterinos más ó ménos intensos, coincidiendo con la aparicion de las reglas y cesando con ellas; crecimiento del vientre debido en muy poca parte al aumento de volúmen de la matriz y al cuerpo fibroso, y en mucha al desarrollo considerable de gases que tiene lugar en los intestinos. La palpacion abdominal revela su existencia si es muy voluminoso. El tacto vaginal hace reconocer alguna aunque poca tumefaccion del cuello uterino. Por el tacto rectal se llega á veces á reconocer el tumor, máxime si se combina aquel con el vaginal. El cateterismo uterino nos indica que la cavidad uterina está ligeramente aumentada.

Existen además trastornos simpáticos como son los digestivos (anorexia, vómitos, calambres de estómago, extreñimiento), los cerebrales (cefalalgia y otras diferentes neuralgias, grande irritabilidad nerviosa etc.), circulatorios (palpitaciones del corazon, hidropesías parciales por obstáculos á la libre circulacion de los líquidos, etc.), y en fin, todos los síntomas de un cloro-histeria y áun los de un estado de consuncion que lleva á las enfermas á la tumba.

Fibroma intra-parietal.—Esta es la variedad en que el tumor ó los tumores pueden alcanzar un volúmen más considerable, siendo muy frecuente en ellos que lleguen á el volúmen de la cabeza de un adulto. Comienzan como los anteriores por nodosidades ó tubérculos, implantados en un punto determinado del útero, á no ser cuando el fibroma es consecutivo á la hiperplasia de ese órgano. Su sitio predilecto es la pared posterior de la matriz ó su fondo. Su forma es redondeada y áun esférica, rara vez bilobulada. Los síntomas fisiológicos que ocasionan son idénticos á los de la variedad anterior. A la palpacion abdominal puede reconocerse el aumento de volúmen del útero que rara vez, sin embargo, puede referirse á el fibroma. El tacto vaginal y el rectal solos ó combinados, nos hacen ver dicho aumento y cierta dureza en la entraña, y el cateterismo uterino nos demuestra el aumento considerable que ha sufrido la cavidad de la matriz y en ciertos casos ó sea cuando el tumor hace irrupcion hácia ésta, tambien es posible conocer su punto de implantacion y la extension que ocupa.

Los fibromas intra-parietales pueden permanecer estacionarios mucho tiempo; son susceptibles de sufrir la regresion grasienta (que entónces comienza por los puntos abundantes en fibras elásticas) y desaparecer en gran par-

te ó en totalidad; y pueden por último desengatillarse cada vez más y llegarse á constituir en *subserosos*, siguiendo la marcha de éstos; ó la separacion y el crecimiento verificarse hácia el interior de la matriz, pediculándose entónces el tumor y llegando á desprenderse y á ser expulsado al exterior por la vagina, ocurriendo entónces ó la curacion completa definitiva ó un alivio temporal que despues desaparece, creciendo nuevamente la produccion patológica y desarrollándose como al principio sus síntomas.

Fibromas submucosos. —Son los pólipos uterinos fibrosos, pólipos carnosos de los autores. Su sitio predilecto es en el cuerpo de la matriz, en el órden de frecuencia siguiente; el fondo, la pared posterior, la anterior, las laterales y la proximidad al orificio interno del cuello. Al principio son como unos tubérculos que levantan la membrana mucosa, pero poco á poco y al par que crecen van pediculándose y el pedículo puede llegar á ser tan largo como para verse sobresalir entre los labios de la vulva un pólipo fibroso, cuya insercion sea en el fondo del útero. Sin embargo de esto, algunos no se pediculan aunque tengan cierto volúmen ó cuando ménos el pedículo es bastante grueso. Su forma es casi esférica en un principio, piriforme y áun aplastada luégo. Frecuentemente sólo existe uno, rara vez más, pero no es extraño verlos coexistir con otros fibromas intra-parietales.

Están formados de fibras más ó ménos blanquecinas y áun rojizas entremezcladas, formando redes ó hallándose dispuestas paralelas unas á otras y dando una organizacion concéntrica al tumor; otras veces están dispuestas á manera de radios. Cortando algunos de estos pólipos se observan lagunas aisladas ó comunicándose, y áun quistes. Rodeados por estas fibras hay vasos considerables en

número que á veces se rompen y derraman una pequeña cantidad de sangre en las lagunas dichas y otras veces su desgarradura coincide con la de una porcion colindante del tumor y se producen hemorragias de mayor ó menor intensidad.

Estos pólipos, cuya causa ha obrado produciendo una irritacion de la matriz, se hacen ellos por sí mismos sostenedores de un considerable movimiento fluxionario, causa á su vez de las hemorragias que revelan la existencia de estos pólipos, de las metrorragias que vienen luégo á confirmarla y de la leucorrea abundante que sobreviene. Distendido el útero por el pólipo se aumenta su volúmen en totalidad y su cavidad en particular, y de ese mayor volúmen de la matriz resultan compresiones en los órganos vecinos y de aquí la disuria, la extranguria, el extreñimiento y además el edema de las extremidades inferiores consecutivo á la presion que ejercen los pólipos sobre los vasos sanguíneos de dichas extremidades, al salir unos y al volver los otros á la pélvis.

La palpacion abdominal nos demuestra en la mayoría de casos el aumento de volúmen que existe en la matriz. El tacto vaginal permite reconocer el cuello uterino dilatado y asomando á él el pólipo, dejando paso al pedículo de éste. El tacto anal suministra aquí pocos signos, pero en cambio con el cateterismo uterino podremos apreciar perfectamente el aumento de la cavidad del órgano y áun el punto de él en que se inserta el tumor, así como diagnosticar si es único ó múltiple.

En los pólipos fibrosos es más frecuente que en las otras dos variedades de fibromas, que se desprendan y sean expulsados al exterior, consiguiendo con esta expulsion ó una curacion completa y permanente, lo que es muy raro, ó un alivio notable, y áun una suspension de los

síntomas hasta que el nuevo pólipo ha adquirido cierto crecimiento y los reproduce.

Diagnóstico.—Abraza dos partes; primera separar el fibroma del útero de los otros tumores con que es muy fácil confundirlo, y segunda separar luégo entre sí y por la graduacion ó importancia de los síntomas, las tres variedades de fibroma uterino á que me vengo refiriendo.

1.° El fibroma del útero puede confundirse con un embarazo, una hidropesía ascitis, un quiste del ovario ó de la trompa, la hidrómetra, el carcinoma del cuerpo y las dislocaciones de la matriz.

Respecto á el embarazo, un solo síntoma bastará á menudo para establecer la distincion y es la menorragia, síntoma constante del fibroma, y la amenorrea que lo es del estado de gestacion.

En la hidropesía ascitis, aún muy en su principio, existe la fluctuacion, que falta siempre hasta en los fibromas más voluminosos. Además, en éstos la matriz ocupa ordinariamente su sitio, y su cavidad está aumentada, y en aquella enfermedad esta cavidad no sufre alteracion y hay un prolapsus uterino.

En los quistes ováricos, el tumor ocupa uno de los lados del vientre, existe fluctuacion, aunque oscura, y el útero presenta poca ó ninguna alteracion. En el fibroma el tumor es central, la fluctuacion falta, las paredes de la matriz están engrosadas y su cavidad aumentada.

En la hidrómetra existe amenorrea y es imposible practicar el cateterismo uterino.

En el carcinoma del cuerpo uterino con integridad del cuello, el diagnóstico sólo es posible en un período avanzado, pues entónces la aparicion de otros tumores de índole análoga en diferentes partes del cuerpo y los sínto-

mas de la caquexia cancerosa, indicarán que se trata de afecciones de esta clase.

El tacto vagino-rectal combinado con el cateterismo uterino nos indicarán si se trata de una flexion ó de un cuerpo fibroso.

En la inversion del útero los antecedentes de haber parido la enferma y datar la afeccion desde ese parto, la falta de tumor abdominal y la imposibilidad absoluta del cateterismo, nos bastarán para separarla del fibroma.

En el prolapsus uterino el tumor presenta en su vértice la hendidura trasversal del cuello, por la que se puede introducir la sonda.

2.° La palpacion abdominal, el tacto vaginal y el rectal, el exámen especular y el cateterismo uterino dan los medios de distinguir si se trata de un fibroma subseroso, de uno intra-parietal ó de uno submucoso.

El tumor abdominal es muy perceptible á la palpacion en los primeros, algo ménos en los segundos y casi nada en los últimos. El tacto vaginal permite reconocer en éstos el cuello entreabierto y el tumor saliendo más ó ménos por éste, y en las otras dos especies apénas si se nota alguna dilatacion del orificio del cuello uterino. Este mismo tacto vaginal puede hacer apreciar el gran volúmen que ha adquirido el cuerpo de la matriz en el tumor intra-parietal y la tumefaccion dura y circunscrita del fibroma subperitoneal. Estos últimos datos los comprueba plenamente el tacto rectal.

El cateterismo indica en todos los casos aumentada la cavidad uterina, pero en los cuerpos fibrosos intra-parietales permite apreciar su situacion y en los submucosos circunscribir su pedículo.

A estos datos hay que agregar la gran frecuencia de las metrorragias y de la menorragia en los pólipos fibro-

sos, la existencia de esta última, pero la rareza de las otras en los cuerpos fibrosos intra-parietales, y la falta de alteraciones menstruales, comun en los subserosos, y de este modo se podrá diagnosticar con exactitud en la mayoría de casos.

Pronóstico.—El fibroma es uno de los tumores que ménos tendencia tiene á malignarse. Sin embargo, es muy posible que llegue á adquirir esta malignidad, lo cual depende de circunstancias individuales ó de tratamientos intempestivos. Pero no por esto vaya á creerse que esta afeccion no ofrece gravedad alguna. La gravedad depende en ella del deterioro constante del organismo, por las pérdidas sanguíneas, la leucorrrea y los sufrimientos, pues como dijo el Dr. Santucho, y mucho ántes que él, Hipócrates, las pérdidas nerviosas aniquilan tanto cuando ménos como las sanguíneas. Claro es que los tumores submucosos que nos son más accesibles, serán ménos graves que los otros y entre éstos los intra-parietales ménos que los subperitoneales, pues pudiendo ocurrir que unos y otros se circunscriban y desprendan, el desprendimiento de éstos se verifica á la cavidad peritoneal, en la que obran como cuerpos extraños y producen accidentes de entidad suma y la de los intra-parietales tiene lugar casi siempre á la cavidad uterina y por ende al exterior, pudiendo obtenerse así curaciones expontáneas de las que he visto algunos ejemplares áun en casos de esta especie que parecieron desesperados.

Es preciso no olvidar tampoco que cualquiera que sea la situacion del fibroma uterino, no es imposible la concepcion y que durante ella suele agravarse la enfermedad, y se cuentan casos en que sólo á la presencia de un tumor de esa clase se ha atribuido fundadamente la rotura de la matriz en el momento del parto.

Tratamiento.—Es médico ó quirúrgico y el primero

radical ó paliativo. En el tratamiento médico radical se han recomendado multitud de medicamentos, y á la cabeza de ellos el yoduro potásico, la tintura de yodo y el bicromato de potasa, los baños de mar, los minerales salinos ricos en yodo y en bromo, pero con constante mal éxito. Si el tumor no es subseroso podremos abrigar algunas esperanzas en la administracion del cornezuelo de centeno que, produciendo contracciones uterinas, determine su desprendimiento y expulsion; pero si el cuerpo fibroso es sub-peritoneal, dicho medicamento está formalmente contra-indicado. En vez del cornezuelo se ha apelado tambien á la ergotina, propinada por la boca ó en inyecciones hipodérmicas.

Rigby aconsejaba inyectar en la cavidad uterina un ungüento mercurial mezclado con yoduro de potasio, fundido al fuego y enfriado en parte.

Como paliativos se recurrirá á los astringentes, á los baños frios, á la introduccion de vejigas llenas de hielo por la vagina, al percloruro de hierro, etc. para las hemorragias; á los calmantes, entre ellos el haschich y las enemas laudanizadas y hasta los semi-cupios templados, sino hay tendencia á las hemorragias, contra los dolores; á una alimentacion nutritiva y el uso de los reconstituyentes para combatir el deterioro del organismo.

El tratamiento quirúrgico comprende la ligadura, la torsion y la excision para los cuerpos fibrosos sub-mucosos, operaciones de que me he ocupado al hablar de los pólipos mucosos (tomo 2.°, pág. 38) y la extirpacion de los tumores sub-peritoneales hecha por medio de una incision en las paredes abdominales ó en las de la vagina, si por este conducto se puede alcanzar perfectamente el tumor. De estas últimas operaciones sólo diré que presentan grandísimos inconvenientes y que ofrecen muchas probabili-

dades de un éxito funesto y tanto que en un caso de esta clase en que se me presentase la ineludible obligacion de elegir un proceder operatorio, preferiria á ellas, áun á pesar de su gravedad, la extirpacion completa de la matriz, sin que por esto vaya á creerse que yo propongo esta operacion en todos los casos, sino en aquellos en que los trastornos determinados por los cuerpos fibrosos, basten á cohonestar sus peligros. *Pereat ægra vi morbi nom vi remedii.*

LECCION LXXXIX.

Continúa el asunto anterior.—Fibroma de la vagina.—Fibroma de la vulva.—Fibroma ó tumor fibroso de la mama.

FIBROMA DE LA VAGINA.

Puede desarrollarse ó debajo de la membrana mucosa, ó en el espesor de la túnica muscular, ó en el tejido conjuntivo que rodea á ésta. Se han dividido los fibromas en sub-mucosos ó pólipos fibrosos, y en parenquimatosos ó cuerpos fibrosos propiamente dichos.

La estructura de unos y otros es idéntica á la de los fibromas del útero.

Reconocen por causa cuanto puede producir irritaciones ó inflamaciones crónicas de la vagina. Los excesos del cóito, la introduccion de cuerpos extraños en la vagina, pueden determinarlos.

Se les reconoce por el tumor duro y redondeado que

forman, el cual está más ó ménos profundamente situado, segun la variedad de que se trate, pero que siempre dificulta ó imposibilita el cóito, ejerce compresiones en los vasos próximos y áun sobre la vejiga urinaria ó el recto, y produce una leucorrea vaginal abundante. Aunque nunca llegan á ocasionar dolores intolerables, no son sin embargo indolentes. Si se trata del pólipo fibroso, puede pender fuera de la vulva.

Diagnóstico.—Los pólipos fibrosos de la vagina pueden confundirse con los del útero, lo que será fácil distinguir por el tacto vaginal que nos indicará el punto de implantacion del tumor.

Los pólipos mucosos van precedidos y acompañados de una vaginitis crónica que puede faltar en los fibrosos, y de todas maneras su color es de un rojo más oscuro, son más blandos y suelen dar sangre al tacto.

Los cuerpos fibrosos ó fibromas parenquimatosos de la vagina se distinguen de los abscesos de este conducto en la falta de accidentes inflamatorios agudos, de dolores pungitivos y de fluctuacion. La lentitud en su marcha y su no reblandecimiento ni ulceracion, los diferenciarán del carcinoma, en el que además de estos fenómenos existe la infeccion general y los síntomas que indican su malignidad.

Pronóstico.—Nunca es grave el de los pólipos fibrosos que están perfectamente accesibles á nuestros medios de tratamiento. El de los cuerpos fibrosos puede llegar á serlo cuando á causa de su volúmen ejerzan presiones considerables sobre los vasos ó los órganos inmediatos, cuyas funciones pueden dificultar y hasta imposibilitar.

Tratamiento.—Es idéntico al del fibroma de la matriz. Algunos han propuesto la extirpacion de los cuerpos fibrosos, operacion grave y arriesgada que sólo debe ha-

cerse cuando tengamos perfecta conciencia de las lesiones que debemos hacer para conseguirla y ni éstas sean muy graves ni las alteraciones producidas por la enfermedad permitan contemporizar, sino que disculpen la operacion.

Respecto á la extirpacion de los pólipos fibrosos es muy lógica y susceptible de hacerse sin riesgos en la inmensa mayoría de casos.

FIBROMA DE LA VULVA.

Estos tumores pueden existir en la vulva, habiendo tomado su orígen en la vagina, pero pueden producirse tambien en las partes externas de la generacion.

El sitio de predileccion es uno ú otro de los labios mayores, si se trata de los cuerpos fibrosos, y las ninfas ó la entrada de la vagina, si de los pólipos fibrosos.

Las contusiones, los excesos venéreos y los embarazos frecuentes, parecen ejercer bastante influencia en su produccion.

Los síntomas se reducen á la presencia de un tumor duro é indolente en uno de los puntos indicados, tumor que parece encontrarse en el espesor de los tejidos ó se desprende de ellos por un pedículo más ó ménos grueso. Este tumor molesta por su peso, por la irritacion y áun inflamacion de la vulva que sostiene y por los obstáculos que opone al cóito.

El diagnóstico es bastante fácil.

De estos datos puede deducirse el pronóstico que muy rara vez entrañará gravedad.

En cuanto al tratamiento, dada la ineficacia de los medios farmacológicos en el fibroma en general, habrá que apelar á la cirugía. La extirpacion, pues, del tumor, estará siempre indicada y en los casos en que se encon-

trase en el espesor de alguno de los labios, vale más que la extirpacion de éste la enucleacion de aquel, pues la piel que parece excedente recien terminada la operacion, bien pronto se retrae y queda el labio de su forma y volúmen normales.

FIBROMA Ó TUMOR FIBROSO DE LA MAMA.

He tratado en otro lugar de la elefantiasis ó fibroma difuso de la mama y voy ahora á decir breves palabras acerca del fibroma circunscrito del mismo órgano, cuyas causas son las que en aquel lugar indiqué.

Esta afeccion ha sido llamada por Virchow *fibroma papilar intra-canalicular*.

Se desarrolla en el interior de los conductos galactóforos bajo la forma en un principio de pequeñas producciones verrucosas, cuyo crecimiento va paulatinamente obturando la luz del conducto y oponiéndose al libre curso de la leche, si la mujer está lactando, llegando por fin á determinarse un tumor de volúmen variable (no son raros los que alcanzan el de un puño y más) de figura redondeada, de consistencia muy dura, que hasta que no tiene cierto tamaño sólo se le puede reconocer comprimiendo la mama, pero que luégo es apreciable hasta á la simple vista. Este tumor es indolente y sigue una marcha lenta, aunque se ha observado que á cada época menstrual aumentaba de grosor para disminuir despues, lo que nada tiene de extraño, dado el estado de orgasmo y de congestion en que en esas épocas se encuentran las mamas.

El fibroma circunscrito de la mama podria confundirse con el tumor mamario crónico, del que se distingue en afectar sólo una porcion lobular de la glándula, permaneciendo sano el resto.

La no retraccion del pezon, ni la adherencia del tumor fibroso á la piel, así como la falta de alteraciones en ésta, la ausencia de dolores y la benignidad de la afeccion la distinguen del carcinoma de la mama.

Pronóstico.—El fibroma circunscrito de la mama nunca adquiere caractéres de malignidad, pero tampoco desaparece con ningun tratamiento médico, y en su marcha lenta pero invasora, va comprimiendo, destruyendo y sustituyendo al tejido glandular, perturbando así considerablemente las funciones de la mama. Algunas veces permanece estacionario mucho tiempo. Dedúcese, pues, que si el pronóstico no es grave en el sentido de que la afeccion pueda ocasionar la muerte, lo es sí en el de que siendo su crecimiento constante en la inmensa mayoría de casos é imposible de detenerlo con un tratamiento médico, nos obliga á apelar al tratamiento quirúrgico, y sabido es que no hay operacion por insignificante que parezca á primera vista que deje de tener sus riesgos en determinadas circunstancias. He visto sucumbir á la septicemia una pobre mujer á la que le desarticulé el último falange del dedo grueso del pié derecho.

Tratamiento.—Lo acabo de decir; sólo en la cirugía se encuentran recursos contra esa enfermedad. Están, pues, indicadas en estos casos la enucleacion del cuerpo fibroso, sin sacrificar parte de la piel ó sacrificándola si aquel es muy voluminoso y ésta se halla muy laxa. Al tratar del carcinoma de la mama describiré las operaciones que tienen por objeto, tanto la extirpacion de tumores en esta region como la de la totalidad del órgano mismo.

LECCION XC.

Lipoma. Consideraciones generales.—Lipomas del ovario, del útero, de la vagina y vulva, y de la mama.

LIPOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Los lipomas son aquellos tumores constituidos principalmente de grasa, pero en los que existe tambien una armazon de tejido conjuntivo y vasos. El aumento de grasa que se observa fisiológicamente en determinados órganos, en ciertas ocasiones (omentos) no pueden merecer este nombre, pues para ello es indispensable que la coleccion de grasa sea de nueva produccion.

La grasa que forma estos tumores se encuentra de diferente consistencia, segun los casos. La trabazon de tejido conjuntivo puede tambien ser muy abundante (lipoma fibroso), y áun hacerse asiento de cretificaciones y osificaciones (lipoma pétreo), ó transformarse poco á poco en tejido mucoso (lipoma gelatinoso), ó constituir una verdadera bolsa (lipoma cístico).

El punto de orígen de los lipomas es ó las células de grasa, por produccion endógena, ó el tejido conjuntivo intersticial, que originado en la vida embrionaria del tejido mucoso, es susceptible en cualquiera época de la vida de convertirse en verdadero tejido adiposo. A pesar de esto parece que existe cierta relacion entre el desarrollo de los lipomas y el del tejido adiposo en general, y se han observado individuos muy obesos y con uno ó varios lipomas,

que habiendo venido accidentalmente á un enflaquecimiento extremo, han disminuido considerablemente y áun casi desaparecido los lipomas.

Virchow describe un lipoma hiperplásico y otro heteroplásico, incluyendo como formas del primero el lipoma simple, ya subcutáneo ó externo, ya interno; el lipoma capsular ó envolvente que rodea completamente á ciertos órganos (lipoma envolvente de la mama) y el lipoma poliposo ó polipiforme.

El lipoma es un tumor benigno y por lo tanto no se observan en él las metástasis como han pretendido algunos autores. Estas pretendidas metástasis han sido sólo casos de multiplicidad, ó mejor dicho, de lipomas múltiples, desarrollados en puntos diversos á causa de un estado general de irritacion ligera del tejido adiposo, aunque no repartida por igual en todo él; pero en estos casos jamás se encuentran tumores lipomatosos en los pulmones, el hígado ni ninguno otro de los órganos en que tan frecuentes son las metástasis en los tumores malignos.

Los lipomas son susceptibles de varias transformaciones. La más favorable es la regresion expontánea ó sea la disminucion parcial de su volúmen, pero nunca su total y absoluta desaparicion, pues siempre, áun en los casos de enflaquecimiento extremo del individuo, queda un resto, un núcleo, digámoslo así, del tumor.

Otras veces sobreviene la induracion y áun en pos de ella la cretificacion, lo cual se observa en aquellos lipomas que por su situacion están expuestos á irritaciones contínuas.

En algunos casos se ha visto la ulceracion y áun la gangrena, revistiendo entónces el tumor todos los caractéres de la malignidad, pero está comprobado que en los

lipomas en que esto ocurre se trataba desde su principio de tumores complexos y no de lipomas simples.

Se ha observado tambien en los lipomas la formacion de abscesos en su interior y en otros la completa liquefaccion de la grasa, transformándose en quistes grasientos ú oleosos.

Pasemos ahora á la descripcion individual de los lipomas, de que segun la índole de esta obra, debo tratar.

LIPOMA DEL OVARIO.

Es una afeccion sumamente. Sin embargo, Scanzoni y West hablan de *quistes grasientos*, cuya verdadera naturaleza yo no puedo indicar, pero que pueden referirse á la forma que designa Virchow con ese mismo nombre, siendo probablemente lipomas en los que se ha liquefacto la grasa.

Estos quistes grasientos del ovario son más frecuentes en el lado derecho que en el izquierdo, y es lo único que se sabe respecto á su etiología.

West los describe así:

« Se producen en el ovario algunas veces, solos ó asociados con cistosarcoma del órgano, *quistes que contienen gordura, cabello, dientes ú otros productos del tejido cutáneo.* La presencia de escamas de colesterina ó de pequeñas cantidades de grasa se observa á menudo en los quistes simples y compuestos; es debida á la rápida descamacion de la túnica epitelial y á la regresion de sus elementos. Pero en estos quistes, sin embargo, la gordura existe en tan gran cantidad, que forma una capa tan densa ó más dura que la del tocino en la superficie del lí-

quido que se evacua por la puncion, ó bien se reune en anchas placas, en masas irregulares ó en pequeñas bolas del grosor de las bolas de billar, de un color amarillento, de consistencia del sebo, y de una forma simétrica que provienen de la astriccion mútua que ejercen las unas sobre las otras en el interior del líquido que llena el quiste. Existe un ejemplar notable en el museo de Guy's Hospital. Algunas veces el quiste no contiene líquido, sino una materia cuyo aspecto y consistencia es la de la goma, en medio de la cual se encuentran cabellos. Los cabellos que se hallan en estos quistes en ocasiones, están entremezclados irregularmente, pero más á menudo afectan la forma de pelotones redondeados; dientes, huesos y cartílagos óseos se hallan allí reunidos. »

En cuanto á la manera de producirse estos tumores, dice tambien el autor que acabo de citar:

« El Dr. Steinlin concluye que el desarrollo del quiste no es más que secundario, que el primer grado de estas producciones morbosas en iguales casos, es la formacion de un tejido exactamente semejante al tegumento externo, y que á la acumulacion de productos segregados es necesario referir la distension de la membrana que los envuelve. En su orígen, estos tumores consisten en una pequeña masa carnosa del volúmen de un grano de mijo, situada en un folículo de Graaf, y rodeada de un pequeño saco. Más tarde este pequeño cuerpo se desprende de dicho saco, excepto sobre un punto donde se adhieren por un tallo, en el cual penetran vasos franjeados. Despues una delgada capa de grasa se segrega entre el saco y la masa carnosa, sobre la cual, por medio de un exámen atento, se descubren entónces los folículos sebáceos. A medida que el número de estos folículos aumenta, la cantidad de grasa que distiende el saco se hace

más considerable, y además la secrecion de los folículos sudoríparos modifica el contenido del saco. »

Indico esta opinion de Steinlin y la copio íntegra de West, no porque la crea exacta, sino para hacer ver que si yo como he indicado más arriba, nada sé de la naturaleza de estos tumores, en cambio dos autores tan respetables como los citados, no se hallan mucho más adelantados que yo en este punto.

Los síntomas de estos quistes grasientos son casi idénticos á los de los quistes serosos del ovario, de los que es imposible distinguirlos sino despues de su extraccion.

Si fuera posible el diagnóstico, su pronóstico es más grave que el de los quistes serosos, porque tienen tendencia á malignarse, cosa que no ocurre en los otros.

El tratamiento que exigen es la ovariotomía, operacion á la que seremos llevados en este caso, sin pasar por todas las gradaciones que expuse en su lugar respectivo, por la imposibilidad de practicar en los casos de que trato, la inyeccion yodada, pues la paracentesis preliminar no habrá dado salida á líquido alguno, ó sólo á una cantidad muy corta de un líquido amarillento.

LIPOMA DEL ÚTERO.

Al hablar de esta afeccion recuérdese lo que he indicado al principio de esta leccion, y es que el lipoma tiene su terreno matriz en el tejido adiposo ó en el conjuntivo. Por eso se observa en los músculos lo que se ha llamado degeneracion grasienta que no es otra cosa que la transformacion de parte del tejido conjuntivo inter-fibrilar en tejido adiposo. Cruveilhier y Paget han reunido muchos casos de estos.

Esta afeccion es sumamente rara, pues el tejido conjuntivo de los músculos lisos no se halla muy predispuesto á llenarse de grasa y á dar orígen por lo tanto á las producciones de esta clase. Sin embargo de ello, Lebert ha dibujado un caso en su «Atlas de anatomía patológica.»

Los lipomas del útero, de que se tiene noticia, han sido más bien fibro-lipomas y en ellos la alteracion se ha llevado á una porcion bastante externa del órgano.

Etiología.—Se les observa en las mujeres obesas, siendo la edad de 45 á 55 años la más abonada para su desarrollo, á causa de la inercia en que entónces cae el útero y la propension á engordar que adquieren las mujeres á la edad dicha.

Síntomas.—Del análisis de las observaciones recogidas se deduce, que las mujeres que han padecido esta enfermedad han acusado menorragia, si se hallaban áun en la época de su vida sexual, y algunas metrorragias en caso contrario; y todas ellas leucorrea uterina más ó ménos abundante, cuya leucorrea en algunas consistió en flujos periódicos de un líquido acuoso, turbio y fétido. Una de las enfermas arrojó por la vagina expontáneamente y despues de once años de padecimiento un tumor del volúmen del puño, cuya salida alivió la leucorrea é hizo desaparecer las metrorragias que tenia, pero bien pronto se reprodujeron los síntomas dichos. En otra el tumor que estaba pediculado y que fué operado por la ligadura pesaba tres libras y media. Ambos tumores tenian todos los caractéres de los lipomas ó tumores grasientos.

Cuando la afeccion es antigua y no se trata de un tumor pediculado y pendiente de la vulva, como el que acabo de indicar, puede reconocerse perfectamente por la palpacion abdominal el volúmen que toma la matriz, pero

sin dar la sensacion de un cuerpo duro, como ocurre en los fibromas. Tambien por el tacto vaginal y por el rectal puede apreciarse ese aumento de volúmen y esa blandura, así como el primero tambien nos indica la dilatacion del orificio uterino.

Diagnóstico.—Como se vé no hay síntomas patognomónicos ni mucho ménos de esta afeccion, sobre la cual sólo se tienen sospechas en algunos casos y se hace el diagnóstico *a posteriori*, es decir, despues de la extirpacion del tumor si está pediculado, de su expulsion expontánea, ó de la muerte de la enferma.

Pronóstico.—Ya he dicho en otro lugar que el lipoma no es un tumor maligno, pero que puede combinarse con otros de clase diferente y adquirir entónces accidentalmente ese carácter. Tambien he hablado de la posible expulsion expontánea de algunos tumores de esta clase, aunque ahora agregaré que no debemos confiar siempre mucho en ella.

Tratamiento.—Si se hubiese podido diagnosticar la afeccion, tal vez estaria indicado el uso del yoduro de potasio y sobre todo el del extracto del *fucus vesiculosus* que tanta reputacion ha gozado en el tratamiento de la polisarcia. Si el tumor está pediculado se procederá á su ligadura, á la torsion ó á la excision, y cuando, aunque sin pedicular, sea posible sin grave riesgo, podrá hacerse su enucleacion.

LIPOMAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA.

Estos lipomas son muy raros y áun en el sentido extricto de la palabra los de la vulva merecen el nombre de tumores heterólogos porque se producen en el tejido conjuntivo, pero recordando lo dicho más arriba acerca del

orígen de este tejido, vemos que, como dice Virchow, esta heterología es de un órden muy inferior y casi fisiológica.

La movilidad de estos tumores, que se pediculan á veces, la sensacion que dan al tacto, muy parecida á la de un poco de algodon no muy comprimido encerrado en un trozo de franela, bastan para hacerlos reconocer.

El tratamiento se reduce á la extirpacion ó á la enucleacion, segun estén pediculados ó no.

LIPOMA DE LA MAMA.

Al hablar de la hiperplasia de la mama (tomo 1.° pág. 112) dije que bajo ese nombre y el de tumor mamario crónico, se comprendian diferentes lesiones que se diferenciaban llamándolas hipertrofia simple, hipertrofia grasosa ó grasienta, é hipertrofia célulo-fibrosa. Esta confusion no es sólo de palabras sino de conceptos, pues con el nombre de hipertrofia simple se ha descrito por algunos el lipoma envolvente ó capsular de la mama que es tambien esa hipertrofia grasosa, de la cual me corresponde tratar ahora, habiendo descrito en el lugar citado la hipertrofia célulo-fibrosa ó hiperplasia del tejido conjuntivo de la mama, y aplazando hablar de la hipertrofia simple ó adenoma mamario cuando me ocupe de los tumores que se designan con este nombre de adenoma.

El lipoma de la mama puede ser circunscrito ó capsular. En el primero se forma un núcleo lipomatoso (digámoslo así) en una parte cualquiera del tejido adiposo tan abundante en esa region, y va poco á poco creciendo y desarrollándose, empujando á la glándula mamaria en esta ó en la otra direccion. En el segundo, llamado tambien polisarcia de la mama, todo el tejido adiposo de ésta

se encuentra afectado y le forma á la glándula una cubierta completa que la envuelve por todas partes, llegando á alcanzar dimensiones extraordinarias y no siendo raro encontrar en su centro á la glándula intacta, aunque lo más comun es que exista en ella alguna lesion grave.

Etiología.—El lipoma capsular se observa poco despues de la edad de la pubertad y coincide á menudo con trastornos menstruales; el circunscrito se encuentra en todas edades y circunstancias, aunque es raro que uno ú otro se presente despues de la menopausia. Contusiones en la mama y la compresion exagerada de un corsé, pueden determinar esta afeccion.

Síntomas.—Cuando se trata del lipoma circunscrito, se forma en un punto cualquiera de la mama una tumefaccion mayor ó menor, segun los casos, pero sin alteracion alguna en la piel. Este tumor es redondeado ú oblongo, ofrece al tacto una sensacion de pastosidad, notándose por medio de ese mismo sentido que el tumor está como multilobulado y que no tiene adherencias á la piel. Alguna vez hay dolores expontáneos aunque ligeros y que se extienden al hombro ó al costado correspondiente.

En el lipoma capsular, el aumento de volúmen es total y llega á ser á veces enorme, constituyendo tumores como los observados por Huston, uno que llegó á pesar 12 libras y el otro 33, ó uno que cita Durston, cuyo peso fué de 64 libras. Cuando no hay complicacion alguna por parte de la glándula mamaria, la mama conserva su configuracion normal y sólo causa grave incomodidad por su volúmen y peso. Tampoco en estos casos hay alteracion alguna en la piel.

Esta tumefaccion de la mama suele incrementar algo á cada época menstrual, sin duda alguna á causa de la turgencia que invade á estos órganos en esa época. Es

claro que cuando el volúmen de la mama sea extraordinario, le es insuficiente la piel que le sirve de envoltura y estira la de las partes próximas y se pedicula el tumor y cae sobre el vientre, citándose casos de haber llegado á descansar sobre los muslos cerca de las rodillas.

Cuando el lipoma capsular coexiste con una mamitis crónica, se observa una retraccion considerable del pezon debida á que á la hiperplasia del tejido adiposo, acompaña el endurecimiento y empequeñecimiento de la glándula. La areola se halla entónces ensanchada y de un color oscuro. En estos casos es frecuente que sobrevenga un movimiento febril con exacerbaciones, un dolor expontáneo y bastante molesto en la mama y la mujer enflaquece lenta y contínuamente hasta llegar al máximum del marasmo, no siendo raro observar los síntomas de un processus tisiógeno, ó de un derrame pleurítico y de uno ó de otro modo la muerte.

Este enflaquecimiento progresivo y áun esta funesta terminacion pueden tambien sobrevenir cuando no hay complicacion alguna por parte de la mama.

Diagnóstico.—No ofrece dificultad el del lipoma circunscrito. Su forma, su consistencia, su apariencia lobulada, la falta de alteracion y de adherencias de la piel, ilustran suficientemente el diagnóstico.

El lipoma capsular puede confundirse con una hiperplasia de la mama y con un carcinoma.

En la hiperplasia hay disminucion del volúmen de la mama, no aumento; falta la retraccion del pezon y el tumor ofrece al tacto no la sensacion algodonosa, sino una dureza mayor de la normal.

El carcinoma tiene una marcha mucho más rápida que el lipoma; existe en él desde el principio un dolor expontáneo al que los autores han dado mucha impor-

tancia, pero que en rigor no la tiene, pues hemos visto que existe en una de las formas del lipoma capsular; la piel no tarda en adherirse al tumor, en alterar su coloracion y en ulcerarse, no tardando en sobrevenir los síntomas de la caquexia cancerosa. A pesar de esto, prácticos muy eminentes se han visto muy perplejos para un diagnóstico semejante, y la oscuridad es áun mayor y hasta existe una verdadera imposibilidad de formar un juicio exacto en los casos en que el lipoma envolvente se halla complicado con otras afecciones. Pequeños quistes por retencion que se forman en diversos puntos, abscesos centrales en el tumor, inflamaciones del tejido de la mama, pueden inducir tal confusion, que sólo la autopsia podria iluminarnos.

Pronóstico.—Es benigno el del lipoma circunscrito y de bastante gravedad el del capsular, cuyas complicaciones y terminacion, no rara, quedan indicadas.

Tratamiento.—Nada se consigue con los yodurados *intus* y *extra*, ni con los baños de mar ó minerales, ni con los tónicos, ni con ninguno de los medicamentos de que se ha hecho uso en esta enfermedad. El único tratamiento eficaz es el quirúrgico, es decir, la enucleacion, si se trata de un lipoma circunscrito; la extirpacion de la mama, si del capsular.

A propósito de la enucleacion de que ya otras veces he hablado tratando del lipoma, debo indicar que despues de ella queda siempre un hueco bastante considerable bajo la piel que supura mucho y durante algun tiempo, así es, que al practicar esa operacion jamás debemos esperar una cicatrizacion por primera intencion y por lo tanto prepararemos la herida, al curarla, para que supure, es decir, colocaremos en la parte más declive una mecha de hilas ó un tubo de *drainage*.

LECCION XCI.

Continúa el órden tercero de las neoplasias.—Condroma. Consideraciones generales.—Enchondromas del ovario, del útero, de la vagina, de la vulva y de la mama.

CONDROMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

El condroma es un tumor proliferante de la sustancia conjuntiva, cuya extructura es igual á la de los cartílagos normales. A veces se mezclan con el cartílago algunos otros elementos histológicos, pero siempre prepondera aquél.

Segun que el terreno matriz del condroma sea ó no un cartílago, se han dividido los condromas en ecchondrosis y en enchondromas. Los ecchondrosis, segun Virchow, son aquellos tumores cartilaginosos cuya matriz es un cartílago. Los enchondromas ó condromas proceden de una matriz no cartilaginosa. Los primeros, pues, son tumores homólogos ó hiperplásicos; los segundos heterólogos ó heteroplásicos, y recordando la extructura de los órganos sexuales de la mujer, se vendrá pronto en conocimiento de que la inmensa mayoría de los condromas de que tengo que ocuparme pertenecen á esta clase de tumores heteroplásicos.

Se recordará que, como he dicho algunas páginas ántes, la heterología no significa precisamente malignidad en un tumor, pues hay muchos tumores heterólogos

esencialmente benignos y otros homólogos esencialmente malignos, y si el sarcoma puede ser en muchos casos un ejemplar notable de la segunda parte de esta proposicion, los tumores cartilaginosos lo son sin duda alguna de la primera. Un condroma puede ser, y lo es en la mayoría de casos, un tumor benigno por más que en él haya mucha mayor tendencia á malignarse que en el lipoma y en el fibroma.

El condroma se desarrolla concéntricamente ó por adicion de nuevos nódulos á uno primitivo. De ordinario es único, puede alcanzar un volúmen extraordinario, pero su crecimiento es muy lento y en ocasiones permanece mucho tiempo estacionario.

La estructura del condroma es idéntica á la del cartílago permanente. Existen en él células cartilaginosas y sustancia intercelular y esta puede ser trasparente, reticulada ó fibrosa, dando por lo tanto lugar á las tres variedades del cartílago normal (hialino, reticulado, fibroso) sin que sea extraño encontrar las tres variedades reunidas en un sólo tumor. A veces esta sustancia intercelular es casi líquida (condroma mucoso). Las células de los condromas son redondeadas ú ovales, pero algo mayores que las de los cartílagos normales; algunas son estrelladas, y otras (las de los hialinos) fusiformes y con apéndices dotados de ciertos movimientos, cuyo último carácter, segun Virchow, es un indicio de la malignidad del tumor, pues atribuye la recidiva de la afeccion á la traslacion de las células cartilaginosas movibles.

Existen tambien en los condromas, segun Luecke, bridas de tejido conjuntivo que penetran en la profundidad de la sustancia intercelular, dividiéndola en segmentos y conduciendo los vasos, aunque en general éstos son escasos, y tocante á los linfáticos no está comprobada su

existencia y mucho ménos la de los nervios, atribuyéndose á esta falta absoluta de nervios la indolencia de estos tumores. Generalmente están envueltos en una cápsula de tejido conjuntivo ú oseo, cápsula que á veces se la da el mismo cartílago normal en que se implantan.

Los condromas no suelen ser congénitos, aunque se les observa con frecuencia en los primeros tiempos de la vida. Segun Weber, la mitad de estos tumores deben su orígen á causas traumáticas.

Durante la marcha del condroma puede sufrir varias alteraciones de las que las más notables son; la vascularizacion que nunca es muy considerable y constituye el condroma teleangiectásico; la cretificacion ó depósito de sustancias calcáreas en el tumor y la osificacion que es bastante rara.

Estos tumores pueden sufrir tambien la metamórfosis regresiva que empieza generalmente por una degeneracion grasienta de las células, reblandeciéndose al mismo tiempo la sustancia intercelular que se torna totalmente líquida y concluyendo por ulcerarse el tumor.

Los condromas se combinan con los fibromas, los osteomas, los sarcomas y los carcinomas, constituyendo tumores complexos.

Ya he hablado más arriba de la malignidad que estos tumores pueden adquirir en determinadas ocasiones, ahora diré que esta malignidad es muy comun en los condromas de las partes blandas que producen con facilidad la infeccion general y por lo tanto la recidiva y las metástasis, infeccion que Virchow explica por la traslacion que sufren esas células movibles de que ya he hablado y que segun él son un indicio cierto de esta malignidad.

Despues de estas breves consideraciones generales voy á tratar de los encondromas de los órganos sexuales

de la mujer, siguiendo el mismo órden que en las otras producciones descritas hasta aquí.

ENCONDROMA DEL OVARIO.

Es una afeccion bastante rara, principalmente en su forma simple. Son algo más comunes los condromas complexos, es decir, su combinacion con el fibroma ó con el sarcoma, y más especialmente todavía, aquellos casos en que el tumor siendo congénito existen esas formas quistomatosas y teratoides.

Las causas de la afeccion cuando es adquirida son todas aquellas que son susceptibles de provocar una irritacion ó una inflamacion no muy graduada, pero persistente del ovario. Así, las frecuentes excitaciones del aparato genésico, satisfechas ó no, las contusiones y todas las causas traumáticas, pueden determinarlas. Se la ha atribuido en algun caso á la inmersion de los pies en agua fria durante el período menstrual.

Los síntomas son muy análogos á los de los quistes ováricos, de los que se distingue por la mayor lentitud en su marcha, por el menor volúmen que adquiere, por la dureza que da al tacto hecho á través de las paredes abdominales, ó por la vagina, ó por el recto, y por la ausencia de fluctuacion. Si se hace una paracentesis en el tumor, el trocart lo penetra difícilmente y no sale líquido alguno por la cánula.

Más fácil es confundir el condroma con el sarcoma ó el carcinoma del ovario, puesto que en la primera de estas producciones suelen existir dolores como en las otras dos, pero en éstas la marcha es mucho más rápida y no tardan en sobrevenir otros tumores en distintas partes del cuerpo, con especialidad en los pulmones y en el hígado,

órganos predilectos de las metástasis en esas afecciones.

Respecto á los signos que puedan servirnos á distinguir un condroma de un fibroma ó de una hiperplasia de la túnica albuginea del ovario, son completamente nulos y áun en algunas ocasiones subsistirá la duda despues de la autopsia.

El pronóstico del encondroma del ovario es bastante grave, pues una vez desarrollada la afeccion jamás desaparece por sí sóla ni con ningun tratamiento médico. Además de esto y aparte de la malignidad que con bastante frecuencia adquieren, produce considerables trastornos, primero en las funciones sexuales y luégo en todo el organismo, conduciendo á la mujer al marasmo y á la muerte.

El tratamiento del encondroma del ovario es esencialmente quirúrgico y la única operacion que está indicada en él es la ovariotomía, viéndonos precisados en la inmensa mayoría de casos á practicar la incision grande (desde por bajo del apéndice xifoides hasta por cima de la sínfisis púbica), pues como el tumor es sólido no puede disminuirse su volúmen con el auxilio del trocart, como si se tratara de un quiste.

ENCONDROMA DEL ÚTERO.

No se encuentra en los autores observaciones de esta afeccion, lo cual para mí no prueba que la matriz no la padezca, puesto que hay en ella tejido conjuntivo y por lo tanto es un órgano á propósito para su produccion, sino lo que indudablemente ha ocurrido es que los casos observados se han confundido con otra clase de tumores y especialmente con el fibroma intra-parietal, del cual durante la vida ha de ser imposible distinguirlo.

No existen, pues, elementos para hacer una descripcion exacta de esta enfermedad sobre la que llamo la atencion de los prácticos, limitándome á decir á los principiantes que recuerden respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento lo manifestado al hablar del fibroma de la matriz.

ENCONDROMA DE LA VAGINA Y DE LA VULVA.

Otro tanto digo respecto al encondroma de cualquiera de las partes del conducto escretor del aparato sexual de la mujer. No se le ha estudiado suficientemente y debe confundírsele mucho con el fibroma.

ENCONDROMA DE LA MAMA.

Es una afeccion muy rara, pero de la que se conocen algunos casos en la ciencia.

Astley Cooper extrajo uno cuyo diagnóstico no pudo hacer hasta despues de la operacion. Morgagni tambien observó otro caso.

Nelaton, Cruveilhier, Warren, Wagner, etc., refieren observaciones.

De todas ellas se deduce que el encondroma de la mama se ha presentado unas veces simple, otras complexo y en estos casos la combinacion ha sido con el escirro, con el fibroma, con el mixoma y con el sarcoma.

Cuando el encondroma ha sido simple, unas veces se le ha hallado único, otras múltiple y las enfermas de Nelaton y de Cruveilhier presentaban nódulos cartilaginosos diseminados en la mama.

La modificacion más frecuente que se ha observado

ha sido la cretificacion y tambien el reblandecimiento y la ulceracion.

Los síntomas consistieron en la presencia del tumor de una dureza considerable y sin alteracion en la piel, á no ser en los casos en que ya se habia presentado el reblandecimiento; en dolor expontáneo en el mismo tumor, cuyo dolor se exacerbaba comprimiéndolo y en una lentitud extraordinaria en su marcha.

Despues de la extirpacion es cuando el exámen histológico indicará en la inmensa mayoría de casos la clase de produccion de que se trate, pues no existen datos para distinguir esta afeccion del fibroma y del escirro, aumentándose las dificultades si se tratase de un tumor complexo.

El tratamiento oportuno en un caso semejante será la enucleacion.

CONDROMA DE LA PÉLVIS.

Se recordará que al principio de esta leccion dividí el condroma en ecchondrosis y enchondroma, indicando como caractéres de cada una de estas variedades, la homología para la primera, la heterología para la segunda. Como en las partes blandas del aparato sexual de la mujer no existen normalmente cartílagos, claro es que han tenido que ser heterólogos todos los tumores cartilaginosos que he mencionado, pero la pélvis es una parte interesantísima de la mujer y que exige un estudio detenido del ginecólogo y sobre todo del partero, y en esta pélvis, que tambien ha sido un objeto preferente de nuestro estudio, tanto fisiológico como patológico, nos encontramos esas dos variedades del condroma, á saber: la homóloga en el cartílago interpúbico y en el cartílago intervertebral

de la base del sacro, y la heteróloga en los huesos de la pélvis, y tanto de una como de otra debo decir algunas palabras.

Ecchondrosis.—En el cartílago interpúbico y en los intervertebrales es á donde con más frecuencia se le observa. Preséntase bajo la forma de una prolongacion ó vejetacion cartilaginosa que áun tomando su orígen en el cartílago dicho, muy pronto se desprende de él, conservando solo escasas relaciones de continuidad.

Hé aquí lo que Virchow dice de esta afeccion :

« Las principales trasformaciones tienen su asiento ordinariamente en el contorno posterior de la sínfisis púbica á donde existe ya en el estado normal cierta proeminencia. El cartílago vejeta principalmente hácia los bordes posteriores de los huesos púbis, ya de manera que se encuentren dos salidas distintas formadas una al lado de otra, ya la vejetacion se hace en una extension contínua bajo la cápsula fibrosa. Cuando se trata de ecchondrosis osificantes se forma hácia atrás un tumor duro y por consiguiente una especie de exóstosis que pasa por cima del cartílago y puede ocasionar una sinóstosis de los dos huesos púbis. Si por el contrario, el processus es más regresivo y más notablemente amyloides, se forma casi siempre una especie de desagregacion. Los cortes presentan en el interior de la produccion fisuras y cavidades ; el todo tiene un aspecto amarillento y rojizo ó blanco sucio y se encuentran depósitos de materias grasas, principalmente de cholesterina, miéntras que en otros puntos la masa está áun en conexion íntima, pero da con el yodo y el ácido sulfúrico las reacciones características de la degeneracion amyloides. »

Este tumor, como es fácil comprender, ha de determinar principalmente alteraciones en la vejiga de la ori-

na, á la que comprime desde su orígen y por lo tanto la irrita y la inflama al mismo tiempo que la disloca de su posicion normal, y por lo tanto los síntomas principales de esta afeccion han de ser muy análogos á los de un catarro vesical determinado por un cálculo, y el error podrá llevarse muy léjos, con tanto más motivo cuanto que el cateterismo vesical da á conocer la existencia de un cuerpo en la vejiga, muy semejante á un cálculo engatillado ó enquistado. De este error sólo saldremos con un análisis detenido de la orina.

Esta afeccion es bastante grave, con especialidad durante la vida sexual de la mujer, pues se constituye en una poderosa causa de estrechez de la pélvis y un obstáculo invencible al parto.

El arte no posee recursos contra ella.

Si el ecchondrosis aparece en el cartílago de la base del sacro ó en los trozos cartilaginosos que existen entre este hueso y los inominados, entónces los síntomas que aparezcan han de simular perfectamente á una estrechez alta del intestino recto, constituyéndose tambien el tumor en poderoso obstáculo al desarrollo de la matriz en los casos de embarazo y á la salida del fétus en el momento del parto. Estos ecchondrosis han sido en algunos casos la causa principal de una rotura de la matriz.

Encondroma.—El tumor cartilaginoso puede tener su orígen en los huesos de la pélvis y entónces es heterólogo como los de las partes blandas á que más arriba me he referido, y toma por lo tanto el nombre de encondroma. El orígen de esta variedad patológica se remonta con frecuencia á los primeros años de la vida, influyendo mucho en su produccion el raquitismo. Aunque no ocurra así, siempre se necesita una predisposicion particular en el tejido óseo y un traumatismo cualquiera obra entónces

como causa determinante. El sitio de preferencia de los encondromas de la pélvis es el punto de union de las tres piezas que constituyen en la primera edad el hueso innominado y la causa inmediata es la falta ó la detencion de la osificacion en dicho punto.

Esta afeccion se desarrolla de un modo latente mucho tiempo y en la inmensa mayoría de casos sólo nos apercibimos de ella cuando nos encontramos frente á frente á un parto ditóxico esencialmente por esta causa, ó cuando se nos consulta (lo cual no es muy frecuente) sobre la aptitud para la reproduccion de una mujer raquítica en su infancia y en la que por lo tanto teme su familia que pueda tener alguna estrechez de la pélvis.

En cualquiera de estas dos circunstancias necesitamos valernos de la pelvimetría interna para hacer el diagnóstico, el cual podrá ilustrarse algo con los antecedentes de ese raquitismo á que he aludido ó con los de una fractura de los huesos de la pélvis, etc.

El pronóstico del encondroma de la pélvis es bastante grave por las razones dichas al tratar del ecchondrosis y respecto al tratamiento es completamente nulo.

LECCION XCII.

Continúa el órden tercero de las neoplasias.—Osteoma. Consideraciones generales.—Mixoma. Consideraciones generales.

OSTEOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Se han llamado osteomas á *las nuevas formaciones óseas de considerable volúmen que se elevan más ó ménos sobre el nivel de los tejidos vecinos y que por lo mismo presentan uña forma bien limitada sin que su desarrollo haya sido debido á la inflamacion.* (1)

Segun su extructura se han considerado tres variedades de osteoma: el eburneo, el espongioso y el medular. En el primero existe el tejido óseo puro con sus vasos y periostio; el segundo está formado de una masa espongiosa rellena de la médula; en el tercero existen grandes cavidades medulares que á veces constituyen la mayor parte del tumor.

Los osteomas como los condromas y como otras muchas producciones, pueden ser hiperplásicos cuando el tejido matriz es el óseo, y heteroplásicos cuando lo es cualquiera otro y respecto á cual sea este tejido puede serlo el cartilaginoso y el tejido conjuntivo.

Las causas de los osteomas son locales y generales. Entre las primeras se encuentran las fracturas y las luxa-

(1) Luecke.

ciones: además las inflamaciones de las partes blandas que cubren ciertos huesos y que se extienden por contigüidad al periostio y al mismo tejido óseo. Las causas generales tienen tambien mucha influencia en esta produccion y á la cabeza de todas se encuentra la sífilis que en el período de accidentes terciarios de los sifilógrafos produce con suma frecuencia tumores huesosos (hiperostosis, exostosis y periostosis). Síguele la diátesis reumática y el raquitismo. Pero estas causas generales obran sólo como predisponentes y siempre se necesita una causa ocasional cualquiera, aunque sea muy insignificante, para que se manifieste de algun modo esa predisposicion que de otra suerte no seria fácil apreciar.

Hay tambien otra causa que siempre ha llamado la atencion de los médicos y es *el estado puerperal*, cuya influencia en la produccion de los osteomas está perfectamente comprobada y tanto que á los que produce se les ha llamado osteomas puerperales.

A propósito de esta especie de neoplasias y aunque no tenga relacion alguna con la ginecología, deseo citar como muy notable un ejemplar de osteomas múltiples que se conserva en el museo de esta Facultad de medicina. Trátase del esqueleto de una negrita, cuyos huesos largos tienen todos ellos osificados los tendones que á ellos se insertan y una porcion más ó ménos extensa de la masa muscular.

Este ejemplo viene á corroborar lo dicho sobre la influencia de ciertas causas generales sobre la produccion de esta clase de tumores.

Los osteomas, á pesar de su multiplicidad en ciertos casos, no adquieren los caractéres de malignidad; ordinariamente acaban por permanecer estacionarios á causa de la consuncion del tejido madre, y las molestias y áun

los riesgos á que exponen dependen de circunstancias especiales, es decir, de su situacion en puntos que dificulten ó impidan el cumplimiento de una funcion interesante (el parto por ejemplo.)

De los osteomas que nos interesan como ginecólogos tenemos entre los heteroplásicos á los de la mama, y entre los hiperplásicos á los de la pélvis. Los del ovario, del útero, vagina y vulva no han sido descritos, que yo sepa.

OSTEOMA DE LA MAMA.

De los osteomas de la mama sólo diré que son muy raros y que áun en los pocos que se han descrito por los autores, cabe la duda de si en algunos se habrá tratado de enchondromas con depósitos calcáreos ó de verdaderos tumores óseos. Cuando existan podrá reconocerse su existencia en el tumor de ordinario pequeño y redondeado que forman, pero con una dureza extraordinaria y ocasionando á menudo dolores intensos.

La extirpacion de estos tumores es el único tratamiento aconsejado por los autores, y en los casos en que se ha llevado á cabo, jamás se ha visto sobrevenir la recidiva.

OSTEOMA DE LA PÉLVIS.

Refiérome en este lugar á lo dicho en la páginas 34 y 206 del tomo 1.°, referente á lo que se ha llamado por los autores pélvis espinosa, lesion que ha sido considerada por Virchow como un exóstosis tendinoso.

MIXOMA. CARACTÉRES GENERALES.

El mixoma, collonema ó tumor mucoso, es una produccion patológica, cuyo tipo es la sustancia conjuntiva embrionaria y cuyos caractéres histológicos y químicos son muy análogos á los de la gelatina de Warton del cordon umbilical. Constituye masas de consistencia blanda ó gelatinosa, de apariencia traslúcida, que aparecen preferentemente en el tejido mucoso de las villosidades del corion (mixoma de la placenta) y se observa tambien en otros puntos, como el tejido conjuntivo subcutáneo, subseroso ó intermuscular, el tejido óseo, etc. Estas masas están esparcidas ó como infiltradas unas veces, pero lo más general es encontrarlas formando tumores perfectamente circunscritos.

El mixoma es susceptible de combinarse con otros tumores, así es que existe una variedad lipomatosa que encierra células grasientas, otra cartilaginosa que las tiene de cartílago, etc.

Esta produccion está compuesta de una corta cantidad de tejido conjuntivo poco vascular, y de una sustancia fundamental mucosa, de aspecto mucilaginoso, que contiene células redondeadas que luego se convierten en estrelladas ó fusiformes anastomosadas entre sí. Cuando el tejido conjuntivo es algo abundante, tenemos el mixoma fibroso, en el que se observan al cortarlo tabiques numerosos formados por ese tejido conjuntivo ó por tejido elástico. Cuando los vasos son muy numerosos, el mixoma se llama teleangiectásico.

Las causas del mixoma son desconocidas. Solo parece incontestable el influjo hereditario.

El mixoma es siempre en los adultos un tumor hete-

rólogo, pues el tejido gelatinoso solo existe en el fétus, aunque Virchow considera el tejido adiposo como un modo de ser del tejido mucoso ó gelatinoso. Es un tumor maligno, tiene una tendencia extraordinaria á la recidiva local y en estos mixomas secundarios las metastasis son incuestionables, verificándose la traslacion de sus elementos y su penetracion en la masa sanguínea por la vía linfática. Hay más; las recidivas del mixoma presentan generalmente la forma mixo-sarcomatosa. De todas las combinaciones del mixoma, el mixoma lipomatoso parece el más maligno.

El mixoma sigue siempre una marcha lenta y la modificacion más frecuente que en él se observa es el derrame de cierta cantidad de sangre en su interior, el reblandecimiento y la ulceracion.

En este lugar debo ocuparme del mixoma ovárico, del uterino, del vulvar y del mamario, no haciéndolo de los de las otras partes del aparato reproductor de la mujer, porque son poco conocidos y en último resultado podriamos referirlos en cuanto á su extructura á cualquiera de los indicados y en cuanto á su sintomatología á los otros tumores ya descritos, de los que sólo la autopsia podrá en la inmensa mayoría de casos distinguirlos.

MIXOMA DEL OVARIO.

Va de ordinario combinado con el adenoma, y segun Klebs, la mayoría de los mixomas del ovario son verdaderos adenomas, en quienes se ha desarrollado una sustancia mucosa ó gelatinosa.

Se presenta bajo la forma de masas redondeadas casi trasparentes que llegan á sustituir por completo al ovario y en las que los tabiques que de ordinario le forma el

tejido conjuntivo, no se perciben; pero otras veces estos tabiques están muy reforzados y el tumor presenta una apariencia alveolar al mismo tiempo que la sustancia gelatinosa está algun tanto difluente, lo que ha dado márgen á que se llame á esta variedad cáncer alveolar y áun quisto-sarcomas.

Esta afeccion presenta síntomas análogos á los de los quistes del ovario, de los que se distingue en su menor volúmen, en su pastosidad, en la falta de fluctuacion, en el desarrollo más rápido, en la existencia de dolores, en la alteracion más inmediata de la nutricion de la mujer y en su malignidad. No debe extrañar, sin embargo, que se proceda á una ovariotomía para un quiste del ovario y se encuentre un mixoma.

El pronóstico es gravísimo.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico y la operacion indicada es la ovariotomía, pero hecha desde el momento en que se sospeche la verdadera naturaleza del tumor.

MIXOMAS DEL ÚTERO.

Son sub-mucosos ó sub-peritoneales, rara vez puros, con frecuencia combinados, especialmente con el fibroma, constituyendo el mixoma fibroso.

Se confunden en su sintomatología con los fibromas del útero, de los que se distinguen por su mayor blandura, por los dolores que ocasionan, por no desprenderse jamás como aquellos, por su marcha más rápida y por su constante malignidad.

Su pronóstico es gravísimo y su tratamiento (en los raros casos que pueda hacerse el diagnóstico) consiste en la extirpacion de la matriz.

MIXOMAS DE LA VULVA.

Afectan principalmente los labios mayores. Con frecuencia se pediculan y á veces el pedículo es bastante delgado. Aparece bajo la forma de una masa de lóbulos trasparentes debida á que, aunque desarrollado el tumor en el tejido subcutáneo, toma bien pronto parte la piel y el aspecto de un pólipo mucoso, del que se distingue por el sitio que ocupa, por su traslucencia, por los dolores que ocasiona, por las adenopatías simpáticas, ó mejor dicho, infecciosas que no tarda en determinar, y por su malignidad.

El diagnóstico, bastante difícil á veces, se funda en lo indicado; el pronóstico es gravísimo y el tratamiento la extirpacion.

MIXOMA DE LA MAMA.

Se desarrolla á expensas del tejido conjuntivo intersticial, aunque no tan frecuentemente como el fibroma, para cuya produccion parece notablemente predispuesto este tejido.

« Su desarrollo, dice Virchow, procede del tejido intersticial que separa unos de otros á los conductos galactóforos y en parte á sus vesículas terminales, y que consiste normalmente en un tejido bastante resistente y denso. Bajo el punto de vista del tejido madre, el myxoma es, pues, análogo al fibroma, pues se desarrolla en los mismos puntos. No es raro encontrar una trasformacion de este género invadiendo la totalidad del tejido intersticial de la glándula mamaria; la mama forma entónces un tumor difuso enorme. Otras veces no ataca más que

algunos segmentos ó lóbulos, resultando núcleos redondos aislados. Al mismo tiempo, el espacio comprendido entre los conductos galactóforos y los lóbulos glandulares, se llena de una masa de apariencia gelatinosa que adquiere, rara vez, es verdad, esa delicadeza y esa blandura que presentan los mixomas del cerebro, pero que en ocasiones se deja fácilmente aplastar, comprimiendo moderadamente una porcion debajo de los dedos. La disposicion interna de la masa pocas veces presenta mallas; de ordinario se ven porciones de tejido que tienen una disposicion radiada de dentro á fuera, y se puede dividir fácilmente el tejido en esta direccion en distintas subdivisiones. Cuando no existen más que núcleos aislados esta disposicion es ménos aparente; el todo aparece áun entónces como una vejetacion gelatinosa lobulada, cuyas relaciones con la glándula pueden estar limitadas á tan pequeñas partes, que no se sabe si el tumor se ha desarrollado en el tejido grasoso circunvecino, totalmente fuera de la glándula.

« Algunas veces, particularmente cuando se trata del desarrollo de núcleos aislados, ó de una consistencia muy blanda de la masa del tumor, la antigua extructura glandular desaparece por completo en la proliferacion. Por el contrario, es mucho más frecuente, al ménos en los mixomas difusos de la mama, ver resistir los conductos galactóforos, ó dilatarse. En ocasiones se ensanchan y se prolongan simplemente, de manera que se vuelven tortuosos y varicosos, y se ven aquí y allí, si se hace un corte, aparecer úna de sus partes como una cavidad abierta; otras veces se producen verdaderos quistes por la estrechez del conducto, por más que esto suceda tan rara vez, que no se admitia en la época en que se adoptó el nombre de cisto-sarcoma. Casi sin excepcion los quistes

antiguos son cavidades dilatadas y dislocadas de los senos y de los conductos galactóforos.

«Lo que habia de más embarazoso en el conocimiento de estos tumores, es que muy á menudo la masa mixomatosa, al aumentar de volúmen, penetra en los conductos galactóforos bajo la forma de escrecencias que llenan dichos conductos, formándose un mixoma poliposo proliferante, filloide ó arborescente, análogo á la forma del fibroma papilar intra-canalicular, al que se aproxima mucho. El mixoma intra-canalicular no se distingue más que porque sus proliferaciones tienen de ordinario un desarrollo mucho más considerable y más rápido. Los conductos glandulares se ensanchan entónces y se hacen tortuosos, de tal manera, que practicando un corte sobre la mama, no se llega nunca á ver allí todo el trayecto de estos. La repleccion completa en ciertos casos de las escavaciones por las masas desarrolladas por encima de la pared, dan lugar á unas formas muy variadas, tanto que á menudo se observa un tumor sólido con toda especie de hendiduras y resquebrajaciones curvilíneas. Incindiendo las hendiduras se llega á espacios sinuosos que se comunican entre sí, fuera de los cuales se pueden elevar grandes escrecencias, tan pronto redondeadas y unidas, como ramificadas y verrugosas ó villosas, que se fijan en algun punto de la pared, ya por un delgado pedículo, ya por una ancha superficie, continuándose en el tejido intersticial del tumor. Pero la masa que crece así hasta en los conductos, conserva siempre su carácter mucoso; éste aparece en ocasiones (precisamente en las escrecencias) con más claridad aún que en el tejido intersticial más fibroso.

«Cuando los conductos superficiales están atacados, no es raro verles formar eminencia al exterior bajo la

forma de tubérculos, particularmente en la proximidad del pezon. Si la excrecencia que parte de la pared aumenta cada vez más en la cavidad del conducto, lo sigue empujando hácia la superficie, crece la tumefaccion, se adelgazan los tegumentos por la tension que ejercen y pueden acabar por abrirse al exterior. Así se producen aberturas á través de las cuales las escrecencias aparecen á la simple vista, y por las que se puede hacer penetrar un estilete profundamente en el interior del tumor. »

Síntomas.—Tumefaccion circunscrita ó difusa de la mama. En el primer caso hay uno ó más pequeños tumores redondeados y de consistencia pastosa, pero embebidos en el tejido mismo de la mama, cuando ménos en su principio, pues más tarde acaba la degeneracion por invadir á la piel y entónces el tumor ó los tumores son polipiformes, traslúcidos, blandos, dejándose fácilmente aplastar entre los dedos. Cuando el mixoma es difuso parece que toda la glándula está como hipertrofiada y convertida en ese tejido blando que da al tacto una sensacion algo parecida á la del edema: otras veces se notan diferentes elevaciones, algunas de las cuales concluyen por adelgazar la piel y ulcerarla, y entónces comprimiendo el tumor se vé rezumar por la superficie de la úlcera un líquido mucoso, pero de color rojizo, tomando bien pronto la úlcera un color grisiento y manando una sanies rojiza abundante muy análoga á la de los cánceres ulcerados. Entónces es cuando sobrevienen dolores intensos, la nutricion de la enferma se resiente de un modo extraordinario y no tardan en aparecer tumores múltiples localmente y tumores metastáticos y la muerte.

Diagnóstico.—El mixoma de la mama puede confundirse con el sarcoma y el carcinoma, para cuyo diag-

nóstico diferencial me remito á la leccion siguiente.

El pronóstico es gravísimo.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico, debiendo sólo advertir que más vale en un caso de duda acerca de la extension de la lesion sacrificar por completo una mama entera, á dejar alguna pequeña porcion de ella en el período de granulacion ó en el estado indiferente de los cinco períodos del desarrollo de las neoplasias que indiqué en su lugar respectivo.

LECCION XCIII.

Sarcoma. Consideraciones generales.—Sarcomas del ovario, del útero, de la vagina y vulva y de la mama.

Bajo el nombre de sarcoma se han comprendido multitud de producciones tan diferentes entre sí, que esta confusion indujo á Burns á aconsejar que se prescindiese completamente de este nombre. Sin embargo, despues de los trabajos de Virchow se ha convenido en llamar sarcoma *al tumor de tejido conjuntivo compuesto principalmente de células que conservan los caractéres que al mismo corresponden.*

En el sarcoma existe, pues, el tipo del tejido conjuntivo, pero con un desarrollo excesivo en número y en volúmen de sus elementos celulares. El sarcoma rara vez es puro, con frecuencia está combinado con otros, así tenemos el sarcoma fibroso ó fibro-sarcoma, el mixo-sarcoma, el glio-sarcoma, el condro-sarcoma y el osteo-sarcoma.

El sarcoma se parece mucho por su orígen al mixoma,

pues así como éste procede del tejido conjuntivo embrionario, aquél lo es del mismo tejido conjuntivo en estado de irritacion.

Existiendo el tejido conjuntivo en todas las partes del cuerpo, en todas partes el sarcoma es homólogo, y hé aquí una razon en apoyo de la no sinonimia de heterología y malignidad, pues el sarcoma, tipo de los tumores malignos, es un tumor homólogo. Hay que advertir, respecto al sitio de esta produccion, que jamás se desarrolla en el tejido cartilaginoso.

En el sarcoma existen como en el tejido conjuntivo, cuyo tipo conserva siempre, como ya he dicho, las células y un tejido intercelular. Aquellas son más numerosas que en el estado normal y adquieren á veces un volúmen extraordinario (sarcoma giganto-celular ó de células gigantescas): la mayor parte de las veces son redondeadas y se parecen mucho á los corpúsculos purulentos y están dotadas de movimientos amiboideos; otras veces son fusiformes y entónces tienen diferente figura, pareciéndose mucho á las células epiteliales; en ocasiones parecen desprovistas de cubierta propia y formadas de una materia finamente granulosa con multitud de núcleos. Esta multiplicidad de núcleos existe siempre en todas las células del sarcoma, sea cualquiera su volúmen y forma y disposicion. A causa de esta diversidad en las células se han admitido sarcomas de células grandes, de células pequeñas, de células redondeadas, ó fusiformes, ó estrelladas, ó reticuladas.

La sustancia intercelular es idéntica á la del tejido conjuntivo (tanto que es la misma), pero á veces es muy abundante y el tumor parece fluido: rara vez existe tejido conjuntivo puro, pues contiene principios albuminosos ó mucosos.

El sarcoma carece de coloracion, pero alguna vez está más ó ménos pigmentado (sarcoma melánico ó pigmentado.)

Los vasos forman parte integrante del sarcoma. Pueden ser muy numerosos (sarcoma teleangiectásico) y áun dar lugar á hemorragias internas ó externas en el tumor (sarcoma hemorrágico), hemorragias que pueden ser el punto de partida de su pigmentacion (sarcoma melánico).

El sarcoma primitivo puede ser único (que es lo más frecuente) ó múltiple. La mayor parte de las veces es circunscrito y muy raras difuso.

Existe una predisposicion congénita á esta especie de producciones patológicas. Es más frecuente en la época de la pubertad y en la edad adulta que en los otros períodos de la vida. El estado de gestacion tiene una influencia evidente en su manifestacion y en su desarrollo. Su causa ocasional es casi siempre irritante, ya la irritacion obre sobre una parte sana, ya sobre una produccion de cualquiera otra clase.

El crecimiento es unas veces lento, otras rápido y se verifica ó desde el centro á la periferie por segmentacion de las células, ó por la degeneracion del tejido conjuntivo inmediato, siendo circunscrito y como envuelto en una cápsula si se verifica de aquella manera, y difuso si de ésta.

El sarcoma es esencialmente maligno. La infeccion se verifica ó por continuidad, extendiéndose cada vez más en superficie ó apareciendo núcleos á cierta distancia del tumor primitivo, permaneciendo sanos los tejidos intermedios cuyo último nudo parece debido á la emigracion de esas células que he dicho están dotadas de movimientos amiboides. Los tumores secundarios aparecen gene-

ralmente, aunque no siempre, en la direccion de la corriente sanguínea.

Hay, pues, en los sarcomas : primero, infeccion local; segundo, infeccion general y metástasis, las cuales se verifican principalmente y como órganos predilectos en el hígado y los pulmones.

El sarcoma puede sufrir la metamórfosis grasienta caseosa y la tuberculizacion. Puede tambien reblandecerse y ulcerarse, ó por el contrario, cretificarse ú osificarse. Se han visto casos en que un tumor sarcomatoso ha sido invadido por la gangrena que lo ha destruido por completo, verificándose la curacion. Poseo una notable observacion de esta alteracion.

Correspóndeme tratar en este sitio de los sarcomas del ovario, del útero, de la vagina y vulva y de la mama.

SARCOMA DEL OVARIO.

El sarcoma del ovario es una enfermedad bastante rara. No lo es tanto su combinacion con otras producciones, principalmente con el fibroma.

Cuando se halla en estado de pureza constituye un tumor sólido no quístico, de consistencia ordinariamente dura (aunque sin excluir la blanda en muchos casos) de color blanco más ó ménos rojizo, cuya seccion presenta un aspecto radiado. Su volúmen llega á veces al de la cabeza de un adulto, ataca generalmente á ambos ovarios á la vez, y suele estar infiltrado el tejido neoplásico en el del ovario, que por lo tanto degenera en su totalidad, áun desde el principio de la afeccion, aunque no es raro verlo circunscrito y alterando por lo tanto hasta una época avanzada, solo una porcion del ovario.

El exámen histológico del tumor hace ver un tejido fibroso denso, con numerosas células pequeñas multinucleadas, siendo á veces estos núcleos, así como las células, fusiformes, y estas de magnitud considerable, sin que sea extraño encontrar en un tumor una parte en que abundan mucho las células globulares pequeñas que corresponden el estado granuloso del tumor y hacen confundirlo con un carcinoma.

Para las causas me refiero á lo dicho en las consideraciones generales que anteceden.

Los síntomas son debidos en un principio á la compresion que el tumor ejerce sobre las partes vecinas (sensacion de peso á la pélvis, disuria, estreñimiento, edema de las extremidades inferiores, color rojo oscuro de la mucosa vulvo-vaginal, en ocasiones prolapsus de la matriz. Hay además trastornos menstruales que consisten en la amenorrea ó la dismenorrea.) En época más avanzada se nota el tumor á la palpacion abdominal y no es raro ver sobrevenir la hidropesía ascitis.

La falta de fluctuacion, la rapidez escesiva de su marcha, el trastorno sobrevenido más pronto en la salud general de la enferma y á su tiempo la aparicion de tumores metastáticos ó sea la repululacion distingue el sarcoma del quiste del ovario.

Sin embargo, si se trata de un quisto-sarcoma, el diagnóstico no suele hacerse hasta el momento de practicar la ovariotomía.

Respecto á diagnosticar un sarcoma de un carcinoma del ovario es muy difícil á veces despues de colocar una pequeña porcion del tumor en la platina del microscopio.

El pronóstico es gravísimo, pues exigiendo esta enfermedad urgentemente la ovariotomía, hay que correr to-

dos los riesgos de ésta, y teniendo la facultad de infeccionar el organismo, se unen á esos riesgos el muy probable de haber acudido tarde y que despues de creerse curada la enferma sobrevenga ó la repululacion local (es decir la reproduccion en la proximidad del tumor primitivo) ó la repululacion discontínua (la metastasis).

En cuanto al tratamiento, ya ha sido indicado. Toda la materia médica es impotente ante esta enfermedad y es preciso recurrir á la ovariotomía desde el momento en que se sospeche su existencia.

SARCOMA DEL ÚTERO.

Tambien es poco frecuente el sarcoma del útero, y segun Virchow, la mayor parte de las producciones descritas con este nombre han sido tumores hiperplásicos. Hay sin embargo, observaciones incontestables.

Empieza de ordinario por la membrana mucosa, aunque tambien se le ha visto hacerlo por la serosa.

Entónces tenemos el sarcoma retro-peritoneal que es un fibro-sarcoma solitario, cuyo crecimiento es muy lento, pero llegando á alcanzar proporciones enormes, comprimiendo entónces los vasos y nervios de las extremidades inferiores á su salida de la pélvis, ocasionando dolores neurálgicos muy intensos y edema de las dichas extremidades.

Cuando el sarcoma uterino empieza por la membrana mucosa, en la mayoría de ocasiones se presenta bajo la forma de ródulos al principio y masas sarcomatosas luégo que se infiltran en todo el tejido de la mucosa, pero tambien se le ha observado constituir tumores perfectamente circunscritos y áun pediculados, como en el caso descrito por Lebert, con el nombre de tumor fibro-plástico, nom-

bre con el que es sabido propuso designar este autor á los tumores sarcomatosos.

Generalmente la variedad que se presenta es la medular, que por su blandura y por lo redondo de sus células se confunde á menudo con el mixoma. No es raro, sin embargo, verlo adquirir cierta dureza hasta ser susceptible de confundirse con un fibroma. En el útero se observan tambien las formas mixtas y especialmente la combinacion del sarcoma con el carcinoma.

Los síntomas del sarcoma del útero son menorragias y en sus intervalos leucorrea abundante, presentando la reaccion propia de los flujos que proceden de la matriz. Durante las épocas menstruales existen tambien cólicos uterinos que pueden alcanzar bastante intensidad. Cuando la produccion ha adquirido cierto desarrollo se observan tambien síntomas de compresion en los órganos vecinos, presentándose por lo tanto y además de la sensacion de peso á la pélvis que es consiguiente, un extreñimiento rebelde, dificultad en la emision de la orina, calambres dolorosos y edema en las extremidades inferiores.

El tacto vaginal hecho en esta época nos hace apreciar la dilatacion del cuello uterino, entre cuyos labios suele aparecer un tumor redondeado de consistencia no muy dura, permitiéndonos ver al exámen especular el aspecto de este tumor que es de un color gris rojizo, é indicándonos el tacto anal y en ocasiones la palpacion abdominal, el aumento de volúmen que ha tenido la matriz. Si el sarcoma es difuso puede hacerse el cateterismo uterino, encontrándose entónces aumentada la capacidad del órgano, pero si el tumor es circunscrito y arranca como es de ordinario en el orificio interno del cuello uterino, sirve entónces como de tampon á éste y el referido cateterismo es muy difícil ó imposible.

Muy pronto sobrevienen trastornos digestivos en la mujer que paulatinamente va adelgazándose y siendo conducida á un estado caquéctico mucho más pronunciado en cuanto se declara la infeccion bien contínua y local, ó bien discontínua ó general, la que he dicho se verifica por los vasos sanguíneos ó por la emigracion celular.

El sarcoma de la mucosa uterina cuando es circunscrito puede confundirse con un pólipo mucoso ó un fibroma sub-mucoso, y en verdad que muchas veces sólo por la mayor rapidez en su marcha, por la más considerable alteracion en la salud general de la mujer, por la mayor intensidad y frecuencia de los dolores y por la infeccion que produce, es por lo que se puede distinguir el sarcoma de aquellas otras dos especies de tumores.

Pronóstico.—Es gravísimo. He repetido varias veces que el sarcoma es una produccion maligna, que no solo resiste á todo tratamiento farmacológico, sino tambien al quirúrgico, debiendo ser este intentado cuanto ántes si queremos prevenir la recidiva. La recidiva de un sarcoma es á veces un carcinoma.

Tratamiento.—Rara vez podrá hacerse la enucleacion de un sarcoma mucoso circunscrito del útero, pues generalmente su base adherente es bastante ancha y encontrándose en el interior de la matriz la operacion es con frecuencia imposible. En este caso como en el de sarcoma difuso ó infiltracion sarcomatosa, no queda otro recurso que la extirpacion de la matriz.

Ante el sarcoma retro-peritoneal, la ciencia es impotente.

SARCOMA DE LA VAGINA Y VULVA.

La neoplasia de que me estoy ocupando ha sido poco

estudiada en la vagina y en la vulva, adonde se la ha confundido con el carcinoma, error que por otra parte no tiene grande importancia para lo que respecta al pronóstico y al tratamiento.

SARCOMA DE LA MAMA.

Tambien esta afeccion ha sido frecuentemente confundida con el carcinoma. El sarcoma de la mama es el tumor adenoides de Velpeau, la hipertrofia verdadera de Forster, el escirro vesicular de Benedict, el carcinoma fasciculado de Muller.

Puede presentarse puro ó combinado y su combinacion ofrece dos tipos principales, á saber: el sarcoma gelatinoso ó mixo-sarcoma y el sarcoma duro ó fibro-sarcoma. Existen tambien quisto-sarcomas, que segun Virchow, unas veces son verdaderamente tales, pero otras merecen mejor el nombre de sarcomas con quistes ó alveolos, en cuya cavidad pueden encontrarse escrecencias, sarcomatosas tambien.

Las formas más frecuentes del sarcoma de la mama son la multi-celular y la teleangiectásica, predominando en el tumor las fuso-células ó células fusiformes, aunque tambien se encuentran y en partes diversas de uno mismo, células globulares y células reticuladas. Los vasos, á no ser en la forma teleangiectásica, son en corto número.

El punto de partida de la produccion es el tejido conjuntivo intersticial de la glándula mamaria. Empieza frecuentemente al rededor de los conductos galactóforos, á veces en la periferia de los lóbulos glandulares, y preséntase bajo el aspecto de un tumor redondeado de consistencia mayor ó menor, segun la forma de que se trate. Este tumor es único ó múltiple, siempre lobulado y mo-

vible al principio bajo la piel, que no ofrece alteracion alguna. Este tumor es asiento de dolores ligeros que se exacerban á cada época menstrual y durante ésta toda la mama se tumeface y al desaparecer la tumefaccion se encuentra aumentado el volúmen del tumor que de este modo crece á sacudidas. A medida que el tumor crece, va comprimiendo y atrofiando el tejido de la glándula que concluye por desaparecer, llegando á adquirir aquel á veces un volúmen extraordinario, adhiriéndose entónces á la piel, la que concluye por enrojecerse, adelgazarse y ulcerarse.

Cuando el sarcoma no es circunscrito como el que acabo de describir, la tumefaccion de la mama es difusa y entónces puede ir acompañada la produccion de una verdadera hipertrofia glandular.

Áun despues de ulcerado el tumor falta el infarto de los ganglios axilares, pero ya en esta época la produccion de tumores hijos próximos al tumor madre ó matriz, indican la infeccion contínua ó local; y la aparicion de trastornos en los órganos internos y á la cabeza de ellos el hígado y los pulmones, atestigua que se ha realizado la infeccion general ó discontínua.

Diagnóstico.—El crecimiento á sacudidas del tumor y la falta de infartos axilares, tienen mucha importancia para separar el sarcoma de la mama del carcinoma, con quien tan fácil es la confusion. El sarcoma es frecuente en la edad adulta. El carcinoma se observa en la edad madura.

Pronóstico.—Es gravísimo. La afeccion obedece sólo al tratamiento quirúrgico, pero *á tiempo*. Cuando en un tumor de esta especie está la piel adherida y máxime si existe alguna ulceracion, la infeccion local es segura y muy probable la general. Puede, sin embargo, intentarse

la operacion con alguna esperanza, si dicha adherencia es muy reciente, pues entónces es posible que si sólo existe la primera, es decir, la infeccion local, se agote, digámoslo así, al cabo de muchas operaciones sucesivas. Estos son los casos citados por los autores antiguos, de cánceres operados tercera ó cuarta vez, en los que despues de la última operacion la enfermedad no se reproducia. Tratábase en esos casos de sarcomas en que se agotó la infeccion local.

Tratamiento.—La enucleacion del tumor si está perfectamente circunscrito y la piel sana y sin la menor adherencia; la extirpacion del tumor, comprendiendo buena parte de tejidos sanos, si no se llenan las condiciones dichas; y en algunos casos la extirpacion de la totalidad de la mama, son los únicos medios en que se puede y debe fiar.

Para decidirnos á la operacion tendremos muy presentes los signos de la infeccion que quedan indicados en el pronóstico.

LECCION XCIV.

Continúa el órden tercero de las neoplasias propiamente dichas.—Papiloma. Consideraciones generales.—Tumores papilares del ovario, útero, vulva y mama.—Epitelioma. Su historia debe incluirse en la del carcinoma.

PAPILOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Se llama *papiloma* ó tumor papilar á la produccion neoplásica formada, á manera de las papilas de la piel y las villosidades intestinales, de una trama de tejido conjuntivo, abundante en nervios y sobre todo en vasos, y de una cubierta epitelial.

Se observa principalmente en el tejido areolar subcutáneo, en el sub-mucoso y en el sub-seroso, y su capa epitelial es diferente, segun la parte en que se presenta, así, si es en la piel aquella es epidérmica, si en el tejido sub-mucoso de epitelio mucoso y si en el sub-seroso de epitelio seroso. Cuando el papiloma aparece en puntos en que normalmente existen papilas, debe su orígen á una hipertrofia parcial de esas papilas; cuando no, va precedida su aparicion de una proliferacion de tejido conjuntivo y de vasos.

Los papilomas no suelen alcanzar gran volúmen y su crecimiento se verifica á veces por la agregacion de unos tumores á otros.

Las causas del tumor papilar son todas aquellas capaces de producir una irritacion local, suponiendo una pre-

disposicion en el individuo. Los papilomas de los labios mayores de la vulva y de la entrada de la vagina son debidos frecuentemente á la irritacion ocasionada por un flujo blenorrágico. En otros casos hay que apelar para explicar su aparicion á la existencia de flegmasías crónicas, cuya influencia es más notable en los papilomas de las mucosas.

Se consideran dos variedades: el papiloma duro *(tumor verrucoso, verruga)* y el blando *(coliflores)*.

El papiloma determina á menudo ulceraciones que tienen una tendencia considerable á las hemorragias; otras veces crecen con suma lentitud y permanecen un tiempo indefinido sin ocasionar graves trastornos; y en algunos casos se pediculan y se desprenden, verificándose la curacion.

La produccion de que trato no es maligna y sólo en determinadas ocasiones adquiere malignidad, influyendo entónces en ésta las hemorragias que produce.

PAPILOMA DEL OVARIO.

Gasseron y Eberth han observado y descrito un tumor papilar del ovario que se desarrollaba en la superficie de éste, pero las observaciones de esta clase son escasísimas é incapaces de servir para formar la historia de esta afeccion.

Sólo diré que en ella habrá que temer las hemorragias á que tanta tendencia tiene esta produccion patológica y que diagnosticada tendriamos que proceder á la ovariotomía para hacerla desaparecer, aunque con frecuencia ese diagnóstico se hace despues de la extirpacion del tumor ovárico.

Luecke cree que en los llamados papilomas del ovario se trata de un adenoma.

PAPILOMA DEL ÚTERO.

Sus sitios predilectos son la cavidad cervical y el orificio externo de ésta. La variedad más frecuente es el papiloma blando *(coliflor)*. Suele presentarse ó bajo la forma de tumores múltiples, pero pequeños, de figura irregular, de superficie desigual y como rizada y pediculado, ó constituyendo masas esféricas de apariencia poliposa, muy blandas y vasculares. En estas *coliflores* es sumamente abundante y gruesa la cubierta epitelial. Tiene suma tendencia á las hemorragias que pueden llegar á ser muy abundantes, determina alguna irritacion en la mucosa útero-vaginal, lo que produce alguna leucorrea, y los dolores que ocasiona son muy leves.

El aspecto del tumor papilar descubierto por el espéculum es característico, y su superficie desigual y rizada lo distingue suficientemente de los huevos de Naboth, cuya superficie es lisa, puesto que se trata de verdaderos quistes mucosos.

El pronóstico del papiloma del útero no es muy alhagüeño, pues aunque supongamos que nunca se maligne, las hemorragias que produce pueden tener fatales consecuencias en un período más ó ménos largo. Aumenta esta gravedad la circunstancia de que la amputacion del cuello del útero (único tratamiento que exige), es una operacion seria y, áun diré más, grave en grande escala.

PAPILOMA DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

Se presenta en los labios mayores; en los menores;

en la entrada de la vagina, continuando la produccion hácia el intestino recto; en el meatus urinario. Los de la cara cutánea de los labios mayores suelen ser de la variedad dura, los demás de la blanda, aunque ni una ni otra regla es constante.

Produce hemorragias y en el intervalo (si son submucosos) una abundante secrecion de un líquido puriforme ó claro y sanguinolento. No ocasiona dolores.

En ciertas mujeres se observa la produccion de estos tumores durante un embarazo.

La extirpacion es el único tratamiento eficaz de estas producciones.

No he hablado del papiloma de la vagina porque generalmente se produce en este conducto, por extension de los que existen en el cuello del útero ó en la vulva.

Las que se han llamado por los autores carúnculas ó escrecencias fungosas de la uretra de la mujer, deben incluirse en este lugar. Estas escrecencias que son unos tumores pequeños rojos ó rojos-azulados, de superficie lisa y pediculados generalmente, se radican en los labios del meato urinario, sobresaliendo en la vulva. A veces, sin embargo, su radicacion es mucho más profunda en el conducto uretral. Estos pequeños tumores sangran con facilidad y al revés de los papilomas de todas las otras partes, son muy sensibles.

Se desprenden alguna vez ocasionando hemorragias copiosas, pero ordinariamente crecen contínua é insensiblemente, constituyéndose en una fuente inagotable de sufrimientos para la mujer que rehuye emitir su orina y se resiente más ó ménos pronto en su salud general, aunque sólo fuera por la excitacion nerviosa permanente y áun la fiebre que le originan sus sufrimientos.

El tratamiento consiste en coger la escrecencia con

una pinza y cortarla en su base con unas tijeras, cohibiendo la hemorragia que se produce con la cauterizacion con el nitrato de plata, la aplicacion del percloruro de hierro ó el hierro candente si es necesario. A esta escision prefiero tanto en este caso como en aquellos en que el tumor nace en el fondo de la uretra, el arrancamiento por torsion como se hace con los pólipos mucosos.

PAPILOMA DE LA MAMA.

Se produce en el interior de los conductos galactóforos, donde forma numerosas vegetaciones, cuya multiplicacion llega á llenarlos completamente, dando lugar á tumefacciones lobulares de la mama, cuya figura es redonda ú oval y alguna vez irregular y rugosa, y que al tacto hecho sobre la piel que cubre el tumor, presenta éste una dureza considerable.

El papiloma de la mama pertenece á los papilomas intra-canaliculares.

Es sumamente difícil distinguir esta afeccion del fibroma circunscrito de la mama.

EPITELIOMA.

La historia del epitelioma tenia mucha importancia cuando se consideraba á esta produccion de naturaleza muy diferente á la del carcinoma. Designábasele con el nombre de cancroides y se le creia muy poco maligno, pero en la actualidad está plenamente demostrado: primero, que el epitelioma como el carcinoma son producciones del tejido epitelial; segundo, que en ambos existe la extructura alveolar y el jugo canceroso; tercero, que

el epitelioma es un tumor maligno y produce la infeccion local y la infeccion general y las metastasis; cuarto, que hay casos perfectamente comprobados en que extirpado un epitelioma se ha reproducido en otras regiones con los caractéres del carcinoma encefaloides. En la sesion de 2 de Diciembre de 1875 de la Real Academia de medicina de Madrid, el Dr. D. Federico Rubio ha presentado una notable observacion de esta clase. Yo operé en Junio de 1874 un epitelioma del prepucio del pene de un hombre de 76 años y á los siete meses largos se presentó en la ingle izquierda un tumor con todos los caractéres físicos y microscópicos del encefaloides, del cual sucumbió el enfermo á los tres meses escasos. ¡Tan rapidísima fué la marcha!

Convienen, pues, hoy los onkólogos en que el epitelioma es una de las variedades del carcinoma, designada con el nombre de carcinoma epitelial y esta opinion es la que adopto.

Pasemos, pues, al estudio del carcinoma.

LECCION XCV.

Continúa el órden tercero de las neoplasias propiamente dichas.—Carcinoma. Consideraciones generales.

CARCINOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Un profesor de cirugía, notable por más de un concepto, acostumbraba á empezar sus explicaciones sobre el cáncer, conjurando á los alumnos á su estudio en nombre de la religion. Yo, que no creo sea asunto religioso estudiar el cáncer, no puedo, sin embargo, ménos de llamar muy especialmente la atencion sobre una enfermedad que cada vez se vé más extendida y que tantas víctimas ocasiona en medio de tan terribles sufrimientos. Y mi excitacion me parece tanto más lógica cuanto que yo no creo en la incurabilidad absoluta de esta afeccion y fío á los adelantos de la ciencia ó á la casualidad tal vez, el descubrimiento de los medios terapéuticos capaces de remediarlo.

Una palabra tan sólo á los que me crean visionario por expresar tales ideas.

Supongamos que se desconocen las indicaciones de los mercuriales y de los yodurados, y dígaseme si hay una enfermedad más terrible que la sífilis y si ésta no se halla en la misma categoría cuando ménos que el cáncer. En efecto, en aquella como en éste la afeccion comienza localmente; en ambas la infeccion es contínua ó local y discontínua ó general y los conductores del veneno son

los vasos linfáticos. Y como en el cáncer despues que se ha verificado la infeccion local, si extirpamos un tumor, recidiva la afeccion en la misma region ó en otra muy próxima, así en la sífilis en las mismas circunstancias, cualquiera solucion de continuidad que se hace en la proximidad de la úlcera dura, toma un carácter marcadísimo que revela su especificidad. Y en ambas enfermedades las adenopatías siguen bien pronto al chancro indurado ó al cáncer local reblandecido. Y en una y en otra tiene lugar la infeccion discontínua y al llegar á ella, la mayor gravedad está por parte de la sífilis, pues no sólo sus manifestaciones aparecen más pronto, sino que son más generales y comprenden lesiones más variadas de mayor número de tejidos y órganos. En la sífilis y en el cáncer hay manifestaciones viscerales y las vísceras más predispuestas son (como se verifica en todas las metástasis) el hígado y los pulmones. Tambien las lesiones sifilíticas se caracterizan por un producto *sui generis* de nueva formacion, como le acontece á las cancerosas. Tambien ambas llevan á la caquexia y á la muerte.

Ahora bien; si la ciencia posee en el mercurio y en el yodo dos poderosísimos agentes que bien manejados bastan y sobran para la curacion de la sífilis, ¿por qué no admitir que en un dia más ó ménos lejano se descubra un poderoso específico contra la que hoy es la más terrible de todas las enfermedades ?

Por esto llamo la atencion de los prácticos sobre el estudio del cáncer y por esto es tambien que yo jamás he desechado ningun nuevo medicamento de la multitud inmensa que contínuamente se ha recomendado y recomienda en el tratamiento de esta enfermedad. A propósito de esto, recuerdo que cuando la reputacion del cundurango llenaba el mundo, en la imposibilidad de procu-

rármelo, recurrí al entónces ministro de la Gobernacion (1872) Excmo. Sr. D. Manuel Ruiz Zorrilla, el cual me contestó muy afablemente, pero no me lo proporcionó, y en cuanto pude hallarlo y cerciorarme de su identidad empecé á usarlo sin temor y sin ilusiones, emprendiendo mis experimentos (los primeros que tuvieron lugar en Cádiz) con mi conciencia tranquila y sin la menor idea preconcebida, como debe hacerse siempre que se experimenta algo que pueda redundar en beneficio de la ciencia y de la humanidad. Y cuando todos los periódicos de España y del extranjero se hacian lenguas alabando al nuevo medicamento, yo tuve el valor de oponerme á la corriente general refiriendo en el número de la *Crónica oftalmológica*, correspondiente á Octubre de 1871, y en una memoria remitida á la Habana con todos sus detalles, el resultado de mis experiencias, que venian á probar que el medicamento en cuestion era cuando ménos inútil y en algunos casos perjudicial, opinion que muy pronto fué la de todos los profesores españoles y tal vez del mundo.

A pesar de esto y de los miles fracasos obtenidos con otra multitud de medios farmacológicos, yo no desisto en mi empresa y acepto cuantos medios se aconsejaren con tal de que no puedan perjudicar á los enfermos, y los acepto de todo el mundo (compréndase que sólo aludo á los medios racionales) porque yo sé que no fué un médico ni siquiera un naturalista el que empezó á usar la corteza del Perú, y la verdad es que sin esta sustancia, cuya verdadera accion terapéutica está áun por demostrar, habria que rasgar el título de médico.

Pero hasta ahora nada he dicho acerca de la neoplasia que semejantes reflexiones y digresion me sugiere. Tratemos de subsanar esta falta.

La palabra cáncer significa etimológicamente cangrejo ó langosta de mar y parece que se aplicaba en un principio á ciertos tumores de las mamas de superficie desigual y que rodeados de venas gruesas asemejaban muy remotamente á dicho animal. Aún hoy en el vulgo subsiste la idea de que el cáncer es un animal que *come* y para detener los efectos de su supuesta voracidad, colocan sobre los cánceres ulcerados trozos de carne cruda.

Desde una fecha muy remota la palabra cáncer era sinónima de tumor maligno y tanto es así que un cirujano tan eminente como Boyer, aseguraba que sólo en la reproduccion de un tumor podia basarse su diagnóstico y que si ésta no tenia lugar, aquel no era canceroso.

Afortunadamente hoy ha pasado este exclusivismo porque se ha perfeccionado el estudio de los tumores y la histología nos ha señalado la extructura y caractéres de cada uno de ellos, habiéndonos enseñado que esa malignidad á que aludo no es patrimonio de esta ó de aquella especie onkológica, sino que por el contrario la mayoría de ellas puede adquirirla en determinadas circunstancias.

Pero si la malignidad no es atributo exclusivo del cáncer y éste tiene caractéres anatómicos especiales, veamos cuales sean éstos.

Waldeyer dice que el carcinoma (palabra con que se ha convenido en sustituir á la antigua de cáncer) *es un tumor epitelial atípico*, ó de otro modo una neoplasia de tejido epitelial desarrollada fuera del tipo normal ó fisiológico de semejante tejido. Esta definicion excluye la existencia del carcinoma del tejido conjuntivo que hasta hace muy poco tiempo se admitia y que Billroth ha tratado muy recientemente de resucitar. Ha desaparecido, pues, la division del carcinoma en epitelial y conjuntivo desde que Waldeyer, extendiendo las ideas de Tiersch

respecto al cáncer epitelial, ha demostrado que en todas las variedades existen células epiteliales depositadas en un estroma de tejido conjuntivo, que el cáncer toma orígen en el tejido epitelial y que no puede originarse este tejido de aquel ni vice-versa.

En el cáncer se observa una trama (estroma) y un contenido (jugo canceroso).

El estroma está formado de tejido conjuntivo y segun Waldeyer es debido á que penetrando las producciones epiteliales en los tejidos, obran en ellos como si fueran cuerpos extraños, los irritan y de esta irritacion inflamatoria se origina una proliferacion activa de células de tejido conjuntivo, formacion de nuevos vasos, y por lo tanto produccion del repetido tejido. En los ganglios linfáticos, su misma trama es la que sirve de estroma á los tumores secundarios que en ellos se desarrollan. Este estroma ofrece de ordinario la forma alveolar y en estos alveolos se deposita el jugo canceroso; pero esta forma falta en algunos tumores cancerosos que presentan una extructura glandular.

El estroma da la dureza á estos tumores, así como en él se encuentran los vasos numerosos que los nutren. Si el estroma es abundante, el tumor será duro (escirro), si escaso, blando (fungus medular, encefaloides). Hay casos en que la produccion del tejido conjuntivo es exageradísima, lo que origina, primero una dureza considerable del tumor, segundo la compresion de los vasos que lo nutren, y tercero y como consecuencia de esta compresion, cuando es muy exagerada la falta de jugos nutricios, la muerte de la neoplasia y por lo tanto la curacion expontánea. El estroma tiene tambien elementos celulares muy abundantes en las formaciones jóvenes, muy escasos en las antiguas.

El jugo canceroso es un líquido lactescente que fluye de los tumores de esa clase si cortados se les comprime. En ese jugo se encuentran las células cuya forma es diversa (fusiforme, ovoidea, esférica, poligonal), cuyo volúmen varia de 10 á 40 milésimos de milímetro, cuyo contenido se aclara por el ácido acético y se coagula por el nítrico y la potasa, encerrando tambien á veces sustancias melánica, coloidea ó grasienta y varios núcleos (de 15 á 20) de figura redondeada, de color oscuro y del volúmen de 3 á 30 milésimos de milímetro. Estos núcleos tienen tambien numerosos nucleolos y á veces desaparece la pared de la célula y los núcleos que se hipertrofian considerablemente aparecen libres.

Es completamente falso que exista una célula cancerosa especial ó específica, y está bien comprobado que las condiciones del terreno matriz ó en que se ha producido el tumor, son las que dan el carácter á las células.

En los carcinomas se encuentran vasos sanguíneos y Skroder van der Kolf ha demostrado la existencia de vasos linfáticos.

El cáncer se desarrolla en todos los tejidos ménos en el cartílago y en las membranas interna y media de las arterias. La vagina, el útero y la mama son quizás los órganos más expuestos á él, y por el contrario, es raro hallarlo en el ovario.

El carcinoma se presenta bajo la forma de tumor y la de infiltracion ; la primera es frecuente en la mama y la segunda en el útero. Puede ser único ó múltiple, pero cuando es secundario, casi siempre es múltiple.

Las causas del cáncer no están suficientemente estudiadas. Sin embargo, todos los autores convienen en que aunque los traumatismos son con más frecuencia los que producen esta enfermedad, se necesitan además ciertas

circunstancias especiales y entre éstas se da mucha importancia á la herencia y á una predisposicion particular, cuyos caractéres nadie se ha atrevido á indicar *á priori*. Uno de los datos que parecen más comprobados es el que el carcinoma rara vez se padece ántes de los 38 años de edad.

La propagacion del cáncer se hace generalmente por intermedio de los vasos linfáticos y por eso el infarto de los ganglios es uno de los caractéres de que la afeccion se ha generalizado y en rigor es una contraindicacion formalísima de la operacion, pues el tumor extirpado se reproduce al cabo de más ó ménos tiempo. Tambien se propaga por los vasos sanguíneos, en cuyo interior se forman trombus constituidos por la sustancia cancerosa, y esos trombus convertidos accidentalmente en émbolos, pueden llevar y llevan la materia cancerosa al torrente circulatorio y por ende á partes más ó ménos distantes del tumor primitivo ó matriz. Tanto en este caso como en el anterior, la afeccion se desarrolla en diversos puntos, pero siempre en el sentido de los vasos y principalmente en el de los vasos que salen del tumor. Pero en algunas ocasiones la propagacion se hace en sentido distinto y áun opuesto de dicha corriente, hechos que admiten una explicacion plausible en la doctrina de los émbolos y en la emigracion de las células cancerosas que tanto he repetido. El jugo canceroso puede llegar á los ganglios despues de atravesar los vasos linfáticos y seguir luégo su curso sin producir alteracion en aquellos, pero no está probado ni con mucho que, como pretendia Koster, las células cancerosas se acumulen en los vasos linfáticos. Sin embargo, parece incontestable que los dichos ganglios ofrecen un obstáculo á la pronta generalizacion del cáncer.

Alrededor del tumor primitivo suelen formarse otros llamados secundarios (1), los cuales por su crecimiento van aproximándose cada vez más hasta confundirse con aquel. Estos tumores secundarios aparecen por lo general rodeando en todas direcciones al tumor primitivo.

Se ha discutido mucho sobre la inoculabilidad del cáncer y modernamente Gaujon ha insistido mucho sobre este particular. Tambien Luecke asegura haber observado casos indudables de trasplantacion del cáncer, aunque en el mismo individuo. Dice que para llevar á cabo esta inoculacion sólo sirven los elementos más recientes del tumor ó sean las células jóvenes, pues las viejas mueren en cuanto se separan del terreno de donde proceden.

El tratamiento del cáncer ha ocupado la atencion de los médicos de todas las épocas y países. Prescindo desde luégo del tratamiento profiláctico que no se sujeta á más principios que al capricho impuesto por los diversos autores que lo han aconsejado y voy á ocuparme sólo del tratamiento curativo.

Divídese éste en médico y quirúrgico.

Entre los medicamentos, los más empleados y que mayor reputacion han adquirido han sido el extracto de cicuta, los arsenicales, las sales de cobre y el cloruro bárico.

Cuando yo publicaba la *Revista de ciencias médicas*, se insertaron en los números 17 y 18 del año 1866, varios casos prácticos de mi compañero de redaccion el distinguido profesor (hoy difunto) D. Antonio de Gracia y Alvarez, que tendian á probar la eficacia de la cicuta

(1) Tambien se llaman tumor madre ó matriz el primero y tumores hijos los segundos.

en la enfermedad de que trato. En una discusion habida en 17 de Abril de 1873 en la Real Academia de Medicina de Madrid, y á propósito del tema indicado por el Dr. Olavide de los medicamentos á dósis altas ó suficientes, se trajo tambien á colacion este medicamento, y el Dr. Castelo llegó á manifestar sospechas de si su eficacia tan preconizada en tiempos antiguos dependeria de que se le administrase á altas dósis, pues el Dr. Aguedo Pinilla llegaba á dar al dia hasta dos dracmas del extracto.

Respecto á este particular yo diré tan sólo que desconozco un solo caso que haya pasado á mi vista, de curacion del cáncer por la cicuta, si bien es verdad que jamás he llegado en su administracion á las dos dracmas, pero sí á un escrúpulo diario.

Otro tanto diré del arsénico, pues tambien lo he usado y á dósis prudentemente altas. La preparacion recomendada por Justamond, Hill, etc., de la que ningun fruto han sacado Acrel, Bell, Desgranges, etc., ha sido el ácido arsenioso. Yo he usado éste y los arseniatos de sosa y de potasa.

De las sales de cobre y principalmente el acetato, de quien Gerbier contaba prodigios, nadie se acuerda hoy. Solier dice que su eficacia se limita á ciertas afecciones malignas de la piel. No debe pasarse de la dósis de dos á tres decígramos (4 á 6 granos) al dia.

Crawfort preconizó el cloruro bárico, pero tampoco ha hecho prosélitos.

Hace cuatro años se conmovia el mundo ante la virtud específica de una corteza de América para la curacion del cáncer, y por aquel tiempo, y despues de mil gestiones hechas por mí para obtenerla, experimenté su accion, y el resultado de mis observaciones está consig-

nado en el número de la *Crónica oftalmológica* correspondiente á Octubre de 1871 y en el de los *Anales de la Academia de ciencias naturales, físicas y exactas* de la Habana.

El cundurango, que es el medicamento á que aludo, habia sido inútil, y tal vez perjudicial á mis enfermos, y este mismo resultado es el que han obtenido cuantos profesores lo usaron entónces y despues.

Existen tambien otros tratamientos médicos que convienen en su ineficacia y en la boga pasajera y absoluto descrédito consecutivo que han obtenido, y son el método de Valsalva ó de las sangrías repetidas, la *cura famis* de Pouteau que sujetaba á sus pobres enfermos á usar por toda alimentacion de *diez á doce cuartillos diarios de agua helada*, y esto por espacio de cinco semanas á dos meses, y el famoso remedio del médico goatemaleño Flores que le hacia comer á sus enfermos de uno á cuatro lagartos grises al dia, cogidos vivos y estando aún palpitantes, despues de cortarles la cabeza y la cola y quitarles la piel. Basfe asegura que dió cuatrocientos lagartos en dos meses á un hombre afectado de un cáncer de la cara, sin obtener el menor resultado.

A propósito del tratamiento del cáncer, deseo dejar sentada una opinion que he oido muchas veces desde hace más de diez años al Dr. D. Federico Benjumeda.

Habiendo visto este profesor en su práctica algunos enfermos con afecciones perfectamente diagnosticables de cáncer y que existiendo una imposibilidad absoluta de operarlos á causa de la region anatómica ó de la caquexia existente, y deshauciados por todos los profesores, han hecho uso por su cuenta y riesgo de las fricciones mercuriales, obteniendo una curacion casi increible, el Doctor Benjumeda raciocina así:

Yo no creo, dice, que el mercurio cura el cáncer, sino por el contrario, que apresura la caquexia, pero sí creo, que esos individuos á que se alude tenian una infeccion sifilítica y como la sífilis parece como que imprime carácter á todas las afecciones crónicas, en esos casos se trataba de cánceres sifilíticos, permítase la frase, y el mercurio curando la sífilis curó la otra afeccion. Ahora bien, siendo un canceroso en cierto período un hombre condenado indefectiblemente á muerte, pero á una muerte horrible ¿qué inconveniente hay en procurar la inoculacion de la sífilis en el tumor canceroso? Produzcase en buen hora la infeccion, vengan todos los síntomas secundarios que quieran, es muy probable que el enfermo sucumba del cáncer ántes que la sífilis haya hecho su evolucion, pero tampoco hay que aguardar ésta. Supóngase que hayamos obtenido por la inoculacion un chancro indurado y que la infeccion sea un hecho; déjense venir las adenopatías simpáticas, aguárdese la aparicion de alguna manifestacion secundaria de la sífilis y procédase entónces á administrar los mercuriales. No será posible que la sífilis haya impreso carácter al cáncer, que éste se haya convertido en un cáncer sifilítico y que desaparezca ante el mercurio?

Semejantes ideas confieso que me seducen algun tanto y aunque sin práctica alguna propia ó agena sobre este asunto, creo, sin embargo, un deber llamar sobre ellas la atencion de mis comprofesores y por mi parte aseguro que he de someterlas al crisol de la prueba.

Réstame hablar del tratamiento quirúrgico y en él están comprendidas la compresion, la cauterizacion y la extirpacion.

La compresion fué propuesta por Young, en Lóndres, para los cánceres de la mama y publicó en 1816 los

resultados que obtuvo, pero sin alcanzar extender sus aplicaciones hasta que en 1825 Recamier procuró resucitarla y dió reglas para verificarla. Parece, sin embargo, que no procedió con la mayor buena fé en la exposicion de los resultados que consiguió, pues muchos de sus enfermos curados sucumbieron á el mismo tumor canceroso que él pretendia haber hecho desaparecer, y este medio ha caido hoy en un absoluto descrédito.

La cauterizacion llegó á hacer muchos prosélitos, practicándose ya con el cauterio actual, ya con los cáusticos potenciales y entre éstos principalmente el ácido arsenioso con el sulfuro de mercurio (pastas de Rousselot y de Fray Cosme), la pasta de Viena, la de cloruro de zinc (pasta de Canquoin), pero hoy sus usos se han limitado extraordinariamente. Debo, sin embargo, hacer presente que he obtenido éxitos brillantísimos con el nitrato ácido de mercurio en los cánceres de la piel por muy antiguos que hayan sido, con tal de que no existieran señales evidentes de infeccion general.

La extirpacion del tumor canceroso, bien por medio de la ligadura, bien por la excision, ó la enucleacion, ó la extirpacion propiamente dicha, segun los casos y las circunstancias, constituyen el tratamiento verdaderamente eficaz y reconocido por todos del cáncer. Pero esta extirpacion no es ni con mucho aplicable á todos los casos, sino que tiene sus indicaciones precisas y sus contra-indicaciones evidentes, así como debe practicarse con ciertas reglas.

Las contra-indicaciones de la extirpacion son las siguientes:

1.ª Imposibilidad física de extirpar toda la produccion.

2.ª Existencias de tumores secundarios.

3.ª Infarto duro y voluminoso de los ganglios correspondientes.

4.ª Signos evidentes de caquexia ó de tumores de naturaleza sospechosa en órganos inaccesibles á los medios quirúrgicos.

5.ª Carcinoma reproducido.

De estas contra-indicaciones hay algunas que puede tal vez pasarse sobre ellas. Por ejemplo, la existencia de tumores secundarios, con tal de que sean accesibles y el estado general del enfermo satisfactorio, pueden operarse, lo mismo que los reproducidos, si bien en uno y otro caso las esperanzas de una curacion definitiva serán muy escasas.

Las reglas para practicar la operacion pueden reducirse á dos: primera, operar muy al principio; y segunda, extirpar más de lo que parezca sospechoso. El primer precepto se funda en que al principio de la afeccion ésta es muy limitada, y no existiendo siquiera la infeccion local podrá conseguirse la curacion definitiva. Aconsejo extirpar más tejidos que los sospechosos, precepto que el vulgo traduce con la frase *cortar por lo sano*, porque siendo el crecimiento ordinario del carcinoma por tumores hijos que se forman alrededor del primitivo, puede ocurrir que exista iniciada la produccion patológica en la vecindad de la que se extirpa, pero hallándose aún en el estado de granulacion ó en el indiferente, puede pasar completamente desapercibida y creerse cuando se presenta un nuevo tumor despues de la operacion, que se trata de una recidiva, cuando lo que verdaderamente ocurre es que se ha hecho una extirpacion incompleta.

Respecto á procederes operatorios no es este el lugar oportuno para tratar de ellos, ni se pueden dar reglas aplicables á todos y á todas las regiones.

No hablo de la ligadura de las arterias, ni de la escision de los nervios que van al tumor, ni de la acupun-

tura, ni de otra multitud de medios quirúrgicos aconsejados, porque no escribo un tratado de patología quirúrgica, y por lo tanto harto hago con mencionar los medios racionales de tratamiento, con especialidad aquellos cuya eficacia es reconocida.

Tratamiento paliativo.—Cuando por cualquiera de las circunstancias dichas la operacion es imposible, hay que limitarse á prolongar los dias del paciente y á calmar los síntomas que más le incomoden ó que á más riesgo le expongan. Estos síntomas son principalmente el dolor y las hemorragias, para cuyo alivio habrá que apelar respectivamente á los narcóticos (que llegan á hacerse insuficientes) y á los astringentes vejetales ó minerales.

Por lo demás, una buena higiene, un aseo esmerado, una alimentacion reparadora y el uso de los tónicos neurosténicos y aún el de los reconstituyentes serán indispensables en todos los casos.

En la leccion siguiente se tratará del carcinoma de los órganos cuyo estudio patológico nos está encomendado.

LECCION XCVI.

Continúa el asunto anterior.—Carcinoma del ovario, del útero, de la vagina y de la mama.

CARCINOMA DEL OVARIO.

Es sumamente raro hallar el carcinoma primitivo del ovario, aunque no lo es tanto observarlo como consecutivo al de otros órganos, y con especialidad el útero, segun Scanzoni. Sin embargo, Cruveilhier asegura que en muy pocos casos coincide con el de este último.

La rareza de esta afeccion ha hecho que las descripciones que traen los autores sean muy incompletas y por lo tanto que nada pueda decirse acerca de sus causas.

Tambien sus síntomas se confunden con los de otros tumores del ovario, pero atenderemos para distinguirla á los caractéres siguientes:

1.° *La edad de la enferma.*—Si la afeccion aparece hácia la época crítica hay muchas probabilidades de que sea un carcinoma.

2.° *La consistencia del tumor.*—El tumor canceroso del ovario es bastante duro en su principio y esta dureza podremos percibirla por la palpacion abdominal ó los tactos vaginal y rectal.

3.° *El desarrollo.*—Es bastante rápido el del carcinoma, aunque ménos que el del sarcoma, pero aquel no llega jamás á adquirir el volúmen de éste, y mucho ménos el de los quistes ováricos.

4.° *El dolor.*—Ántes que sea considerable el desarrollo del carcinoma, determina dolores expontáneos, casi siempre lancinantes, y estos dolores expontáneos van precedidos de otros que son perceptibles á la presion.

5.° *Rápida infeccion general.*—Cuando se trata del carcinoma del ovario aparecen pronto tumores secundarios en diversas partes, y aunque la naturaleza de éstos sea dudosa en un principio, basta su aparicion posterior á la del tumor ovárico y los síntomas del estado caquéctico que pronto sobrevienen, para ilustrar el diagnóstico.

Nada digo del infarto de los ganglios que no tarda en subseguir á la afeccion de que se trata, porque terminándose los vasos linfáticos del ovario en los ganglios lumbares, es imposible percibir si éstos se hallan ó no infartados.

El pronóstico del carcinoma del ovario es funesto siempre, pues siendo su diagnóstico dudoso en un principio, perdemos el *ocasio præceps* para operar; así es que la recidiva y la aparicion de tumores secundarios siguen de cerca á la operacion. A esto se une que la operacion indicada es la ovariotomía, y ya he dicho bastante de su gravedad.

Respecto al tratamiento tendremos que limitarnos en la inmensa mayoría de casos á los paliativos.

CARCINOMA DEL ÚTERO.

Es una afeccion frecuentísima y no parece sino que á medida que el mundo avanza en civilizacion y los adelantos en todos los ramos del saber humano son mayores, sobreviene como justa compensacion un aumento desolador en la frecuencia de las más terribles enfermedades que afectan á la especie humana. En apoyo de la exactitud de

esta proposicion tenemos lo que hoy ocurre con la tísis, lo que sucede con el cáncer.

Limitándome á esta última afeccion; ¿influirá algo en su produccion, además de la herencia que naturalmente se va marcando más, á medida que más generaciones trascurren, las excitaciones contínuas á que está sujeta la mujer, excitaciones más frecuentes y precoces hoy que en épocas en que era muy diversa la educacion que se le daba á ésta, y mucho más tardío el momento en que á causa de esta educacion se despertaba el instinto genésico? Tal vez pueda contestarse afirmativamente.

Además de las causas generales del cáncer, existe en este caso, como muy probable, la esterilidad y las frecuentes é intensas excitaciones generadoras.

El carcinoma uterino se observa más á menudo en el cuello que en el cuerpo, y tanto que no faltan autores que aseguran terminantemente este hecho como constante. Scanzoni dice que sólo cuando el carcinoma uterino es secundario afecta desde luégo el cuerpo, presentándose entónces tumores circunscritos subperitoneales, pero en los demás casos invade á esa porcion de la matriz por extension de la lesion desde el cuello.

El carcinoma primitivo del útero se observa generalmente bajo la forma de infiltracion, empezando á notarse ésta por lo general en el hocico de tenca y tardando un tiempo relativamente largo en traspasar el orificio interno del cuello. Rara vez se encuentra el tumor circunscrito. La variedad más frecuente es la encefaloides (cáncer medular) aunque tambien se presenta el escirro (cáncer fibroso).

Es interesante bajo el punto de vista clínico, la division que han hecho algunos autores de esta enfermedad en dos períodos, á saber: de induracion y de ulceracion.

El primer período pasa en la mayoría de casos completamente desapercibido, pues los trastornos menstruales y la leucorrea que lo caracterizan son ocultados por la mujer, máxime si se halla en la edad crítica, pues entónces tanto estos síntomas como cualquier otro que experimenta lo atribuye á la retirada de las reglas, y sólo cuando dichos trastornos son considerables ó cuando aparecen dolores es cuando nos consultan. Por esta razon el profesor debe siempre que se le llame para tratar una enfermedad cualquiera del sexo femenino, enterarse minuciosamente del estado de las funciones sexuales y en cuanto abrigue la menor sospecha proceder á un reconocimiento con el espéculum. Recuerdo algunas mujeres que sólo aquejaban una neuralgia lumbo-abdominal rebelde y se empeñaban en distraer completamente mi atencion del estado de la matriz, en las que dicha neuralgia era sólo un síntoma de una afeccion carcinomatosa de esta entraña.

Síntomas.—Varian en cada uno de los dos períodos indicados. En el de induracion lo primero que llama nuestra atencion es la irregularidad del flujo menstrual, irregularidad que consiste ordinariamente en la aparicion de alguna que otra metrorragia, aunque no muy abundante. Muchas mujeres que ya no menstruan creen ver en esta metrorragia la vuelta del período y se regocijan con ella. Otras veces es sólo la menorragia lo que se presenta y algunas, aunque raras, continúan menstruando regularmente. Existe además una leucorrea mucosa más ó ménos abundante, y la mujer acusa una sensacion de peso á la pélvis, deseos frecuentes de orinar, estreñimiento y una sensacion dolorosa que se extiende á los lomos y á la parte interna de los muslos. Si la enferma cohabita no puede hacerlo sin sufrir bastantes molestias y perder alguna corta cantidad de sangre. Experimenta tambien

malestar general, pérdida de apetito, calambres y tirantez en la region epigástrica, eructos ó vómitos frecuentes y poco á poco va languideciendo y perdiendo las fuerzas.

Si se practica el tacto vaginal, encuentra el dedo índice tumefacto y duro el cuello uterino y entreabierto su orificio externo. El espéculum confirma esta tumefaccion que es de color rojo oscuro y surcada de venas numerosas, si se trata del encefaloides, ó grisiento y sin percibirse los vasos, si del escirro.

En este período es posible la concepcion, aunque como es fácil comprender, el parto se hace distóxico en la mayoría de casos.

Aparece en el período de ulceracion un síntoma que no existia en el anterior ó era muy poco graduado y es el dolor expontáneo en la matriz, cuyo dolor tiene el carácter de pungitivo ó de lancinante, se extiende á los lomos, á la parte interna de los muslos y áun á las piernas, y que sobreviniendo al principio con poca intensidad y con intervalos más ó ménos largos, va muy luégo haciéndose contínuo y ocasionando á la mujer horribles sufrimientos. Se conocen, sin embargo, algunos casos en que no ha existido, á pesar de sucumbir la enferma á los progresos de la enfermedad.

En este segundo período las metrorragias son frecuentes y abundantes, la leucorrea copiosa y el líquido que la constituye está á menudo grisiento ó rojizo y escoria las partes con que se pone en contacto, desprendiendo al mismo tiempo un olor infecto que es característico. Tambien aumentan los trastornos en la emision de la orina y en la evacuacion de las heces ventrales, así como los síntomas del aparato digestivo, no tardando en aparecer la diarrea. La enferma enflaquece considerablemente al mismo tiempo que se abotaga algo su semblante y se po-

nen edematosas las extremidades inferiores y el color de la piel se vuelve amarillo sucio. Pierde el sueño y no descansa de dia ni de noche á causa de la intensidad de los dolores; aparece una fiebre contínua con exacerbaciones ordinariamente por la noche y la mujer sucumbe en medio de la consuncion y del marasmo, si alguna complicacion no viene á acelerar la funesta terminacion.

En este período de ulceracion, el tacto vaginal permite apreciar que la induracion no se limita al cuello uterino, sino que se extiende á los fondos de saco vaginales y áun á toda la vagina, cuya estrechez impide á veces la introduccion del dedo índice, viéndonos precisados entónces á practicar el tacto rectal por el que comprobamos las graves lesiones de la vagina y apreciamos la extension de la alteracion al cuerpo de la matriz. Por el tacto vaginal tambien podremos reconocer frecuentemente las ulceraciones, cuyos bordes son duros, irregulares y como cortados á pico.

Cuando la enfermedad está un tanto avanzada, es imposible practicar el exámen especular que ofrece graves riesgos. Entónces la palpacion abdominal percibe, á menudo, el abultamiento y la dureza del cuerpo de la matriz. Siguiendo la enfermedad adelante, sobrevienen perforaciones vésico y recto-vaginales y convertidas las partes genitales de la mujer en la más inmunda cloaca se aumentan, si cabe, sus sufrimientos físicos con el grave dolor moral que semejante suceso le produce.

Tambien pueden sobrevenir perforaciones del cuerpo de la matriz, cuyas consecuencias, si hay derrame de líquidos en la cavidad abdominal, son una peritonitis mortal.

En este estado caquéctico vienen como es natural los tumores cancerosos secundarios que aumentan los colores sombríos de tan triste cuadro.

Diagnóstico.—El carcinoma uterino puede confundirse con otros tumores como el fibroma ó los tubérculos, con un embarazo y con un simple estado hiperplásico. Cuando se ha ulcerado importa distinguir la úlcera carcinomatosa de la simple y de la sifilítica.

Para distinguir el carcinoma del fibroma hay que tener en cuenta que aquel casi nunca es circunscrito, presentándose infiltrado, que determina dolores expontáneos que no tienen el carácter de cólicos uterinos, que se extiende paulatinamente á las partes vecinas, que tiende á la ulceracion y que en igualdad de circunstancias ocasiona trastornos generales más graves.

Las cuatro últimas circunstancias y su dureza en un principio, su ulceracion más tarde, lo distinguen de los tubérculos, en cuya afeccion existen generalmente manifestaciones idénticas en otros puntos de la economía.

Para diferenciar la afeccion de que tratamos del embarazo, recordaremos que las metrorragias y la menorragia son síntomas casi constantes del carcinoma en su principio y que el estado de gestacion no produce la dureza considerable del escirro. Muy pronto la sucesion y la aparicion de los signos de probabilidad y de evidencia del embarazo, hacen disipar las dudas.

Una úlcera simple no tiene la superficie grisienta ni los bordes gruesos, duros, irregulares y tallados á pico de la úlcera carcinomatosa, ni mana la sanies que ésta, ni origina tumores secundarios, ni un estado caquéctico.

Las úlceras sifilíticas del cuello del útero (es decir el chancro indurado) son raras y en ellas, segun Pearson, este órgano conserva su movilidad, no hay ranversamiento de los labios del orificio externo, ni aumento en su abertura y no existe alteracion en la vagina.

Pero el diagnóstico de más interés es el de la hiperplasia del cuello del útero ó el infarto ó la induracion benigna. Estoy seguro que en la mayor parte de extirpaciones del cuello del útero, hechas sin recidiva, se trataba de un estado hiperplásico y no de una produccion neoplásica como el carcinoma. Los caractéres para distinguir el infarto, son la menor rubicundez y vascularizacion del tumor, su mayor dureza, la movilidad que permite al útero en su totalidad y la falta de tendencia á la ulceracion y á invadir las partes vecinas. Pero estos signos, como todos los que se fundan en el más y en el ménos, son muy equívocos y en casos de duda es mejor sacrificar por la escision un cuello uterino que el exámen microscópico nos diga luégo que era un tumor benigno, que dejar uno que pueda traer consigo la triste cohorte que el carcinoma.

Disculpo, pues, á Lisfranc escindiendo cuellos uterinos á diestro y siniestro, y lo disculpo con tanto más motivo cuanto que él para cohonestar su proceder creia, ó al ménos así lo aseguraba, que el infarto más benigno puede degenerar y confundirse en cáncer.

Pronóstico.—Es gravísimo, y tanto más, cuanto que existiendo sólo esperanzas de curacion tratando la enfermedad muy en su principio, este principio se nos oculta cuidadosamente en la inmensa mayoría de los casos.

Tratamiento.—Puede ser curativo y paliativo. Respecto al primero no repetiré lo dicho en las generalidades, agregando sólo ahora que la operacion aquí indicada, si somos llamados muy al principio y la lesion está por debajo del límite supra-vaginal del cuello, es la escision del cuello. Cuando excede de estos límites se ha propuesto y áun ejecutado la extirpacion de la matriz, pero esta operacion que describiré pronto, así como la

anterior, es de una gravedad excesiva para el éxito inmediato y una utilidad muy dudosa para el éxito definitivo, pues la misma extension de la lesion indica suficientemente que cuando se la va á practicar existe ya una infeccion general, y por lo tanto la recidiva no se hace esperar mucho.

Tratamiento paliativo.—Los dolores, las hemorragias, las lesiones de la vejiga y recto, los trastornos digestivos, llaman principalmente la atencion y exigen el uso de medios, que ya que no los hagan desaparecer, los alivien cuando ménos.

Y sin embargo ¡ qué pocas veces podemos hacer llevadera su triste situacion á las desgraciadas enfermas ! ¡ Cuántas infelices nos increpan para que les aliviemos *siquiera* los dolores y nuestros recursos no alcanzan á satisfacerlas ! He tenido enfermas á quienes he administrado doce granos al dia de cloruro mórfico sin conseguir hacerlas descansar ; en otras he usado la codeina, el hidrato de coral, el bromuro de potasio á alta dósis, el bromuro de calcio, el bromuro de alcanfor, la tintura y el extracto del cáñamo indio, el extracto de belladona y el de beleño, etc., etc., y lo único que he obtenido es un alivio pasajero y habituarse luégo las enfermas al medicamento empleado, cualquiera que haya sido. Sin embargo, esos son los medios que recomienda la ciencia y que yo debo indicar. Algunos agregan los semicupios templados y se ha asegurado que el zumo del limon calmaba los dolores del cáncer, pero en ninguno de los cánceres que yo he visto produjo ese resultado.

Para las hemorragias se recomienda los astringentes vejetales, como el tanino, el catecú, la ratania ; los minerales, como las limonadas sulfúrica y nítrica, el alumbre y el sesquicloruro de hierro ; los medicamentos que co-

mo el cornezuelo de centeno tiene una accion especial sobre la fibra lisa de los vasos (y no una accion electiva sobre la matriz); las aplicaciones frias al hipogastrio, la nieve al interior ó en saco sobre la columna lumbar. A veces necesitaremos apelar al tamponamiento y en ocasiones nos veremos precisados á usar la cauterizacion actual.

Es indispensable mantener la limpieza de los órganos genitales con lociones é inyecciones con una disolucion de ácido cítrico, ó de ácido fénico, ó de cloruro de sodio, ó de sulfato de alúmina; facilitar las evacuaciones ventrales con enemas emolientes y muchas veces colocar un aparato de goma para remediar un tanto los inconvenientes de la incontinencia de orina, si existe, aunque otras veces tendremos que practicar el cateterismo uretral, si hay retencion, ó prescribir los semi-cupios templados, si dolores en la emision de la orina.

Una alimentacion nutritiva, el uso de los amargos y los tónicos serán indispensable en todos los casos, así como en aquellos en que exista diarrea, se emplearán el subnitrato de bismuto, el agua de cal, los cocimientos blancos, los astringentes vegetales, algun narcótico y con especialidad el opio, etc.

Se aconsejará la tranquilidad del espíritu (aunque en la inmensa mayoría de casos es incompatible con los sufrimientos de la pobre enferma), la permanencia en el campo y se le prohibirá terminantemente el uso del coito y el de los baños minero-medicinales que con tanta imprudencia suelen recomendarse y que por la excitacion que produce el tratamiento hidroterápico en general y el uso de ciertas aguas en particular, ocasionan en la mayoría de casos una agravacion notable en la enfermedad de que se trata.

CARCINOMA DE LA VAGINA.

Muy rara vez es primitivo y en la inmensa mayoría de casos se desarrolla por extension, propagacion de la enfermedad del útero (que es lo más comun) ó del intestino recto ó del tejido celular de la pélvis.

Sea primitivo ó consecutivo, la variedad más frecuente es la encefaloides que aparece infiltrada en las paredes del conducto vaginal, estrechando notablemente su cavidad. Alguna vez se ha observado tambien el escirro y tanto esta variedad como aquella se han presentado en determinadas ocasiones, formando un tumor circunscrito, al que no tardan en agregarse otros tumores más pequeños que concurren así al crecimiento que puede llamarse por yuxta-posicion.

El carcinoma de la vagina al ulcerarse, determina á menudo fístulas vesicales ó rectales.

El pronóstico es gravísimo.

Respecto al tratamiento sólo diré que en casos muy limitados podrá hacerse la extirpacion completa de la produccion patológica, y cuando ésta no sea posible (como ocurre casi siempre) hay que limitarse al tratamiento paliativo que acabo de indicar con referencia al carcinoma del útero.

CARCINOMA DE LA VULVA.

Pocas veces es primitivo y entónces ataca con predileccion á los labios menores ó al clítoris.

Tiene mucha tendencia á las hemorragias, los dolores que ocasiona son intensos y se extienden hácia el interior de la pélvis, á las ingles y á los muslos.

Su pronóstico es el del cáncer en general.

Su tratamiento consiste en la extirpacion de las partes afectas, suponiendo que sea posible y que seamos consultados muy al principio de la enfermedad y cuando aún no sean probables ni la recidiva local, ni mucho ménos la metástasis.

CARCINOMA DE LA MAMA.

Despues del útero, la mama es el órgano del cuerpo de la mujer, que con más frecuencia se afecta de el cáncer.

El vulgo llama *zaratan* á esta afeccion, que en honor de la verdad sea dicho, es de la que más pronto se quejan las mujeres y acceden á la operacion, dependiendo los infinitos casos que ocurren de operaciones tardías, de la conducta de los mismos médicos, es decir, de algunos médicos que apegados á antiguas rutinas y á opiniones rancias, aconsejan contemporizar con una afeccion, en la que cada dia que se espera es un legítimo motivo de esperanza que desaparece para no volver jamás.

El carcinoma de la mama puede existir simple ó combinado con otras producciones y de estos tumores compuestos los más frecuentes son el cisto-carcinoma, el mixo-carcinoma ó cáncer coloides y el fibro-carcinoma.

Casi siempre es primitivo y entre sus causas figuran las indicadas en las generalidades. Hay que tener presente que casi todas las mujeres atribuyen á causas traumáticas su afeccion, pero sin que pueda negarse la influencia incontestable de estas causas, en muchos casos en vez de producir la enfermedad, dan sólo ocasion á que la enfermedad ya existente se demuestre, incitando á la mujer á que explore sus mamas.

Síntomas.—Se han considerado tres períodos en esta enfermedad, cuyos períodos se han llamado de crudeza, de reblandecimiento y de ulceracion, aunque en rigor pueden reducirse á dos : el de desarrollo del tumor y el de regresion.

El primer período pasa en gran parte desapercibido por la enferma que sólo por casualidad descubre en una de sus mamas un tumor pequeño, duro, circunscrito, movible bajo la piel y sin alteracion alguna de ésta. Otras veces la dureza no está bien circunscrita, pero de todos modos la piel se mueve fácilmente sobre ella. Bien pronto la tumefaccion aumenta, tanto por el desarrollo sucesivo del tumor madre, como por la aparicion y yuxta-posicion de tumores hijos : entónces empieza á notarse que ya la piel no se mueve fácilmente sobre el tumor y que sus venas aparecen como dilatadas por la sangre y que toma un color más ó ménos rojizo. El tumor presenta desigualdades en su superficie y es asiento de dolores expontáneos, que aunque no muy intensos ofrecen desde el principio el carácter de lancinantes; y todo esto causa vivas inquietudes á la enferma que se desmejora visiblemente y pierde el apetito y el sueño.

Segundo período.—Continúa el carcinoma su marcha destructora. En esta época ha adquirido un volúmen considerable que puede llegar hasta el de la cabeza de un adulto ; su superficie es irregular, la piel le está adherida y es de un color rojizo : profundamente tampoco se le encuentran límites, sino que parece como si se confundiera con el tejido de la glándula mamaria y ésta suele estar completamente comprimida y áun algo atrofiada ó toma parte en la afeccion, y ya porque las vegetaciones periféricas se elevan alrededor del pezon que no puede seguirlas á causa de sus adherencias á los conductos galactóforos, ya

por la distension ó separacion de estos conductos por la materia cancerosa, se retrae el pezon y comprimiéndolo deja rezumar un líquido seroso. Aparecen entónces infartos en los ganglios axilares como indicantes de que la afeccion se ha generalizado, es decir, que la economía se ha infectado.

Entónces y al mismo tiempo que ocurren estas alteraciones y que los dolores expontáneos son más frecuentes é intensos, empieza á disminuir por diversos puntos la consistencia del tumor, hasta el extremo que en ciertas partes se nota una verdadera fluctuacion, y adelgazándose cada vez más la piel, llega por fin á destruirse en una pequeña porcion y se forma una grieta lineal ó una úlcera que desprende un líquido seroso ó sanguinolento, y unas veces esta úlcera crece diariamente en extension y profundidad, otras alrededor de ella se producen varias que por su crecimiento se confunden, y de todas maneras la úlcera cancerosa tiene una coloracion gris, rojiza ó negruzca, anfractuosidades más ó ménos profundas é irregulares, sus bordes son gruesos, y mana el líquido seroso ó sero-purulento de que ántes hablé, cuyo líquido llamado *icor canceroso ó sanies cancerosa* es inodoro unas veces, fétido pero con una fetidez característica otras, é irrita y escoria las partes que toca. De esta úlcera sale sangre al menor contacto y otras veces expontáneamente, pudiendo ser considerables las hemorragias que son debidas á la corrosion y destruccion de las túnicas de los vasos.

A estos síntomas locales se agregan los que indiqué al tratar del carcinoma uterino, como reveladores del estado caquéctico de la pobre enferma y la aparicion de tumores ó secundarios ó metastásicos, pero de índole igualmente cancerosa.

Diagnóstico.—Es muy difícil á veces distinguir un carcinoma de la mama en su principio, de los muchos tumores que pueden invadir á este órgano, cuyo error es muy de lamentar para la cuestion de pronóstico, pero no tanto para la de tratamiento, si se siguen en éste los principios de la más sana cirujía. En efecto, en los casos de duda vale más la operacion que la espectacion y se sigue la línea de conducta formulada, aunque en otro sentido por el Dr. Boyer, á saber: « yo opero todos los tumores de la mama y el que se reproduce era un cáncer. »

De todos modos tendremos presente los datos siguientes:

1.° El carcinoma de la mama es más frecuente en la edad crítica que en otra cualquiera.

2.° Su desarrollo es más rápido que el de los otros tumores.

3.° Se presenta pronto en él el infarto de los ganglios axilares.

4.° Desde el principio presenta dolores expontáneos que muy pequeños van poco á poco aumentando de intensidad con el desarrollo de la enfermedad y su carácter es siempre el de ser pungitivos ó lancinantes.

5.° Al principio el tumor es movible, pero pronto se adhiere á la piel, cuya coloracion y estructura se alteran, no tardando en sobrevenir el reblandecimiento y la ulceracion acompañados de síntomas generales y de la aparicion de tumores secundarios ó metastásicos.

La produccion que más se puede confundir con el carcinoma de la mama es el sarcoma, que se diferencia porque su dureza no es tanta al principio, su desarrollo es ménos rápido, no crece por yuxta-posicion, y aunque existe la infeccion general ó discontínua, falta el infarto ganglionar.

Pronóstico.—Es gravísimo.

Tratamiento.—Se compone de los mismos medios indicados al tratar del carcinoma uterino. El único medio curativo verdaderamente eficaz consiste en extirpar *pronto y radicalmente* la produccion patológica, pues de esta suerte, aunque no podamos asegurar que no se verifique la recidiva, tendremos las mayores probabilidades para evitarla.

Cuando sea imposible este medio curativo hay que apelar al tratamiento paliativo.

En el carcinoma de la mama es donde más frecuentemente, aunque con constante mal éxito, se hace la compresion que tanto recomendaba en fecha no muy remota Recamier.

LECCION XCVII.

Continúa el órden 3.° de las neoplasias.—Angioma. Consideraciones generales.—Angioma de los órganos sexuales externos. — Neuroma. Consideraciones generales.—Neuroma de la mama.

ANGIOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Se ha dado el nombre de angiomas á las producciones patológicas caracterizadas esencialmente por el desarrollo de un tejido vascular de nueva produccion.

En los angiomas no hay sólo dilatacion de los vasos (lesion que se ha llamado ectasia capilar) sino que ó se producen nuevos vasos, ó como creen algunos, la sangre pasa desde sus capilares á otros capilares linfáticos por donde nunca debia circular.

Se admiten dos variedades de angioma, el angioma simple y el angioma cavernoso.

En el angioma simple la estructura de la produccion es puramente vascular, y tanto, que en la inmensa mayoría de casos los vasos están adosados unos á otros sin sustancia intermedia, aunque algunas veces existe esta sustancia que es tejido conjuntivo, ó papilas ó glándulas sebáceas, etc. Se presenta generalmente en la piel ó en las mucosas ó en el tejido subcutáneo, y su orígen está en el sistema capilar. A menudo está infiltrado, pero no es raro verlo constituir un tumor, pudiendo adquirir tanto en uno como en otro caso un volúmen extraordinario y transformándose con frecuencia al adquirir cierto volúmen en angioma cavernoso.

El angioma simple es una produccion benigna y cuando recidiva despues de la extirpacion, es porque han quedado algunos restos, cuyo desarrollo continúa.

Casi siempre es congénito, puede permanecer estacionario, lo cual es raro, ó curarse expontáneamente merced á un trabajo inflamatorio de que se hace asiento el tumor, ó seguir una marcha constantemente progresiva.

El angioma cavernoso tiene una estructura análoga á la de los cuerpos cavernosos del pene ó clítoris. Hay en él un estroma de tejido conjuntivo que forma una red cuyas mallas revestidas de una ligera capa epitelial se comunican entre sí y contienen sangre venosa, en cuyo caso el tumor tiene un color azulado, ó sangre arterial y el color es entónces rojo. La cantidad mayor ó menor de estroma es la que da la dureza al tumor y en la constitucion de éste entran tambien nervios, fibras musculares lisas y fibras elásticas.

Hay tres especies de angiomas cavernosos; el sim-

ple ó capilar, el arterial y el venoso, segun que estén formados por el sistema capilar propiamente dicho, por las últimas ramificaciones arteriales ó por las venosas. Hasta hace muy poco tiempo se creia que el angioma cavernoso era constantemente venoso y como tal está descrito por Wagner, pero Virchow ha probado su comunicacion evidente con las arterias en determinados casos y Luecke hace la division que queda indicada, caracterizando al angioma cavernoso arterial por su color rojo, la disminucion del tumor cuando se comprime entre él y el corazon en el trayecto de la arteria que concurre á formarlo y la existencia de pulsaciones. Estas faltan en el angioma cavernoso venoso, y es de color azulado, disminuyendo ó desapareciendo si se comprime el tumor mismo. Los angiomas cavernosos capilares tienen el color rojo, no presentan pulsaciones, ni desaparecen con la compresion directa ó sobre la arteria.

El angioma cavernoso puede ser ó difuso (infiltrado) ó circunscrito y en este caso casi siempre es capsular y la cápsula impide su excesivo crecimiento, y áun á veces es causa de la curacion expontánea, pues desarrollándose más y más el estroma, van comprimiéndose paulatinamente las celdillas, pudiendo llegar á perder su cavidad. Otras veces se cura por la naturaleza, merced á la trombosis, á la inflamacion y á la ulceracion.

Tanto el angioma simple como el cavernoso, dan lugar á hemorragias que no siempre son despreciables ni mucho ménos.

ANGIOMA DE LA VULVA.

Aunque los diversos órganos del aparato genital de la mujer son susceptibles de padecer el angioma, su historia

es todavía muy oscura y por eso y por carecer de datos propios, me limito á tratar del angioma de la vulva.

He visto varios casos de esta afeccion. Uno de ellos era congénito, los otros adquiridos y entre éstos unos (la mayor parte) eran debidos á violencias practicadas durante el coito, ó á éste mismo, hecho con demasiado ardor ó con órganos desproporcionados. En una jóven el orígen probable era la violencia de que bárbaramente habia sido objeto en su infancia. Sólo en un caso era expontáneo y en éste el tumor era difuso y se hallaban invadidos la parte posterior inferior del labio mayor derecho, caminando la alteracion hácia la vagina hasta casi los dos tercios de su longitud y un tercio de su circunferencia.

El lugar de preferencia para su produccion es en primer término el clítoris y luégo uno ú otro labio mayor: la variedad más frecuente es el angioma cavernoso, venoso, difuso y por lo tanto se presenta bajo el aspecto de una tumefaccion irregular de color azulado, blanda y susceptible de desaparecer casi del todo por la compresion.

Cuando el angioma camina hácia la vagina y máxime si ésta se halla afectada, pueden sobrevenir á consecuencia del coito, aunque sea con moderacion, hemorragias considerables, y se citan algunas que han sido mortales.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico, y consiste en la extirpacion, la cauterizacion, las inyecciones y la galvano-cáustica. La extirpacion está indicada sólo en los casos en que el tumor está circunscrito, es pequeño y completamente accesible al bisturí, circunstancias que sólo se reunen alguna vez en los angiomas capsulares de los labios mayores. Debe hacerse con el bisturí, con preferencia al *ecrasseur*, pues así podremos conservar alguna porcion de piel que mejore las condiciones de la herida resultante y de la cicatrizacion consecutiva.

La cauterizacion puede hacerse ó como quiere Nussbaum, introduciendo en el tumor varias agujas incandescentes, ó valiéndonos de la pasta de Viena. Tambien se han usado, aunque no son tan eficaces, los ácidos nítrico y sulfúrico y la pasta de cloruro de zinc.

Las inyecciones se hacen con materias coagulantes. El líquido usado más frecuentemente es una disolucion muy concentrada de percloruro de hierro llevada al interior del tumor por la cánula perforante de la jeringuilla de Pravaz. Este medio ha producido muchas curaciones, pero se le ha acumulado un inconveniente que yo jamás le he hallado en estos casos, aunque le creo muy posible. Se dice que puede producir la embolia del corazon.

Tambien se ha empleado con éxito la galvano-cáustica, haciendo pasar por dos agujas introducidas en el tumor á corta distancia una de otra, una corriente eléctrica constante. En ocasiones, basta una sesion para que se formen coágulos fibrinosos en todo el tumor, pero si transcurridas las cuarenta y ocho horas se ve que esta formacion es limitada al punto en que se pusieron las agujas, se repiten las sesiones cuantas veces se necesite.

De todos estos medios, el último es el que me parece reunir á su eficacia la mayor inocuidad y por lo tanto lo creo preferible.

NEUROMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

Los neuromas son los tumores cuya estructura es esencialmente nerviosa. No son neuromas, por lo tanto, todos los tumores que tienen más ó ménos conexiones con un filete nervioso, á no ser que el tejido de éste entre en su formacion.

En los neuromas hay un tejido conjuntivo intersticial

y células y fibras nerviosas. Virchow los divide en fibrilares y medulares; los primeros son formados de fibras nerviosas, los segundos de sustancia gris ó blanca. Los fibrilares se llaman myelínicos cuando las fibras nerviosas contienen sustancia medular y amyelínicos cuando no la contienen.

Las mujeres están más predispuestas á esta afeccion que los hombres. Con frecuencia es hereditaria y á veces congénita. Es más comun en la edad de la pubertad y en la vejez que en la infancia y en la edad adulta. La sífilis parece influir en su produccion. La causa ocasional en la mayoría de casos es un traumatismo cualquiera.

Los neuromas son únicos ó múltiples, simples ó complexos y sus combinaciones son con el fibroma, el mixoma y el sarcoma : rara vez adquieren un volúmen considerable, en muy contadas ocasiones se ulceran, no se le conocen metamórfosis ni terminaciones particulares y aunque suelen reproducirse despues de extirpados, no por eso tienen malignidad alguna y la tendencia á la recidiva desaparece despues de dos ó tres operaciones. Aunque se han encontrado neuromas en ciertas producciones teratoides del ovario, carecemos de datos suficientes para hacer la historia de ellos, así es que sólo me ocuparé en esta obra de los neuromas de la mama.

NEUROMA DE LA MAMA.

Con el nombre de tumor irritable de la mama han sido descritas por A. Cooper dos afecciones diversas, á saber : la neuralgia de la mama y el neuroma de la misma.

Dupuytren parece haber conocido tambien el neuroma mamario al hablar de *una especie particular de tumo-*

res fibro-celulosos enquistados, conocidos bajo el nombre de gangliones ó tubérculos nerviosos.

Hé aquí la descripcion que hace de esta enfermedad A. Berard, valiéndose para ello de los datos recogidos por A. Cooper:

«El tumor que se observa en esta afeccion es por lo comun bien circunscrito; su volúmen suele ser igual al de un guisante, excediendo rara vez al de una avellana. Es muy movible, ordinariamente único; algunas veces se suelen encontrar dos ó tres, y áun en mayor número. A. Cooper no indica cual sea su sitio habitual; pero es de presumir los haya encontrado en la superficie de la glándula, porque, en los detalles que nos ha dado sobre la anatomía patológica de estos tumores, dice que parecen ser un producto del tejido celular que rodea dicha glándula, más bien que del mismo tejido glandular. M. Velpeau, que tambien los ha descrito en un capítulo consagrado á las induraciones con neuralgia, dice haberlos reconocido alrededor de la glándula y debajo del borde del músculo gran pectoral. M. Marjolin los ha visto varias veces en el mismo sitio, y áun yo he tenido ocasion de observarlos.

El menor contacto provoca en estos tumores dolores lancinantes, extremadamente vivos, que se irradian á las regiones inmediatas, comunmente hácia la áxila, y áun á veces se propagan hasta el brazo, codo y dedos. Algunas enfermas manifiestan experimentar un dolor que ocupa el lado correspondiente del tronco, y desciende hasta la cadera. A. Cooper, en una de sus 487 observaciones, cita á una mujer que experimentaba un dolor que se hacia sentir en lo interior de la cavidad torácica del lado enfermo. Estos dolores aparecen por accesos, cuya duracion varia de algunos minutos á dos ó tres horas. En

tanto estos accesos se presentan sin causa apreciable, como, y es lo más frecuente, se desarrollan ya sea por un frotamiento algo áspero de los vestidos, ora por una ligera palpacion ejercida en la mama (como se observa al hacer el exámen indispensable para describir estas pequeñas induraciones), y es cosa digna de llamar la atencion que esta exacerbacion del dolor se prolonga mucho tiempo despues de la exploracion. Los dolores se exacerban ordinariamente al aproximarse cada época menstrual; disminuyen algo miéntras fluyen las reglas, y se hacen despues ménos intensos. En una de las mujeres observadas por el cirujano inglés eran más vivos cada vez que experimentaba la enferma alguna impresion desagradable. Cuando son muy violentos los dolores, se suelen observar desórdenes simpáticos del estómago y producir vómitos.

Aunque estos tumores duren ordinariamente muchos años, su volúmen es poco variable; jamás se inflaman, y la piel que los cubre conserva su coloracion normal y su flexibilidad.

Esta afeccion suele terminar felizmente sin recurrir á ninguna medicacion: en cuyo caso se ven cesar los dolores, aunque los tumores persistan, ó desaparecen éstos completamente. »

El tratamiento de esta afeccion consiste en el uso de los medios que puedan reconstituir á la mujer, si está clorohistérica, ó hacer desaparecer la sífilis constitucional ó el escrofulismo, si se encuentra influenciada por una de estas diátesis y usar de los narcóticos al interior ó en inyecciones hipodérmicas. Se ha recomendado hacer éstas con una disolucion de nitrato de plata.

Tambien se ha usado un vendaje compresivo; y cuando el tumor está accesible (lo cual es con frecuencia) se procede ó á enuclearlo, respetando la mayor parte del

nervio, á fin de que se conserve su continuidad, para lo que es preciso que el neuroma sea parcial, ó á extirparlo con la porcion de nervio que esté afectado. La cauterizacion con el hierro candente no es tan eficaz como la extirpacion, y aunque despues de ésta puede repulular el tumor en la extremidad cortada del nervio, no es esto una contraindicacion para la primera operacion, ni para la segunda ó la tercera si hubiese necesidad de practicarla, pues suele agotarse la tendencia á la recidiva despues de varias operaciones, como he dicho más arriba.

LECCION XCVIII.

Continúa el órden 3.º—Adenoma. Consideraciones generales.—Adenomas del ovario y de la mama.

ADENOMA. CONSIDERACIONES GENERALES.

El adenoma que como el neuroma y el angioma son producciones organoides, es decir, que consisten en la proliferacion, no de tejidos sino de órganos enteros, pues órganos son las glándulas, los nervios y los vasos : está formado por un tejido glandular nuevo, ó en otros términos, consiste en una hiperplasia glandular.

La alteracion adenoidea ocupa una porcion más ó ménos limitada de la glándula, con la que concurre unas veces á su funcion, pero otras se mantiene con cierta especie de independencia en el seno de ella, aunque conservando sus relaciones histológicas.

Los adenomas suelen ser hereditarios y congénitos, aparecen con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre y en la edad adulta que en las otras edades. El escrofulismo parece ser una condicion abonada para su produccion, así como la sífilis. Parece que las frecuentes irritaciones en las glándulas, favorecen la aparicion del adenoma.

Los adenomas pueden ser únicos ó múltiples, simples ó compuestos, y aunque por lo general son producciones benignas, hay en ellas en ciertos casos una gran tendencia á dar orígen al carcinoma. Entónces la masa epitelial morbosa penetra en el tejido próximo, al par que determina la formacion endógena de células, y existe una especie llamada *adenoma destructor*, en la que hay además una produccion secundaria de tejido conjuntivo, de lo que resulta un aumento considerable de la produccion celular y una vascularizacion rica. Este adenoma, ó mejor dicho, este carcinoma, presenta durante mucho tiempo su apariencia glandular.

Trataré á continuacion del adenoma del ovario, del vaginal y del de la mama.

ADENOMA DEL OVARIO.

A esta afeccion llamada por los ingleses tumor adenoides, se refieren ciertos quistomas y áun mixomas cuya extructura es idéntica á la que asigna Klebs á los adenomas ováricos.

Es una enfermedad no muy rara y en ocasiones congénita, pero no es muy conocida por la generalidad de los prácticos, razon que me induce á copiar á continuacion lo que sobre ella dice Luecke en su tratado de onkología :

«Indudablemente pueden desarrollarse tambien carcinomas en los adenomas ováricos. Segun Klebs, estos tumores ofrecen la siguiente estructura: libre de su contenido el quiste, presenta una superficie interior sembrada de vellosidades blancas, largas é insertas en unas pequeñas depresiones que presenta su propia túnica. La capa más interior del quiste es gelatinosa y contiene mucho epitelio cilíndrico.

La sustancia fundamental de estos tumores quísticos, que, segun el referido autor, forma los tabiques que separan las cavidades, consiste en un estroma hiperplásico del mismo ovario y los conductos glandulares y reconoce probablemente su orígen en la vida embrionaria. En cuanto al contenido, áun cuando ofrece la reaccion de la sustancia mucosa, debe considerarse como un producto de secrecion de los conductos glandulares.

Se requiere mayor número de observaciones de las hasta aquí reunidas para diagnosticar con precision los adenomas ováricos, cuyo contenido es duro, y no hacen ménos falta las investigaciones histológicas sobre este punto; sin embargo, cuando por la puncion exploradora se evacue un contenido blanco y pegajoso, debe presumirse la existencia de un adenoma de esta clase.»

El tratamiento que exije esta enfermedad consiste en un principio en el uso interno de los yodurados, y si aquella se confirma y éstos no dan resultado alguno, hay que proceder á la ovariotomía.

ADENOMA VAGINAL.

Algunos autores describen con el nombre de adenoma á los huevos de Naboth y á ciertas producciones de la mucosa vaginal, que como aquellas quedan descritas entre

los quistes. A donde verdaderamente puede encontrarse el adenoma es tratándose de las glándulas vulvo-vaginales, pero no habiendo hallado observaciones suficientes para hacer su historia, dejo únicamente consignada la posibilidad de esta produccion que exigiria un tratamiento quirúrgico.

ADENOMA DE LA MAMA.

Siendo bastante completa la descripcion que de esta enfermedad hace Luecke, la trascribo aquí:

« La experiencia ha demostrado que el adenoma de la glándula mamaria es más comun de lo que se creia, en términos que muchos de los tumores tenidos por carcinomas, no eran sino adenomas de este órgano. El adenoma de la glándula mamaria puede presentar dos formas: *difusa* y *circunscrita.*

En la forma *difusa* no se observa más que una hiperplasia glandular, y no hay alteracion notable en las funciones fisiológicas de la glándula y sus conductos. Hay, empero, casos en que el desarrollo es tan grande y hay tanta abundancia de tejido adiposo, que la afeccion merece el nombre de *hipertrofia general de la mama,* para distinguirla de la *hipertrofia parcial,* en que el desarrollo se limita á algunos puntos de la glándula. La forma difusa del adenoma mamario no tarda en dar lugar al adenoma propiamente dicho. Si á esto se agrega el desarrollo de los *acini* y la produccion epitelial del tejido vecino, con propagacion epitelial endógena y cesacion del tipo fisiológico del tejido, aparecerá el carcinoma. Si, al contrario, ocurre un desarrollo celular del estroma, tendremos un adeno-sarcoma ó un adeno-quisto-sarcoma. El tumor que más se parece al adenoma difuso es el fibro-

adenoma, puesto que todo desarrollo de partes puramente glandulares, supone cierta participacion irritativa del tejido conjuntivo inmediato.

El adenoma circunscrito de la glándula mamaria se diferencia de los demás, por los caractéres histológicos de la sustancia glandular, y por constituir un tumor circunscrito é independiente. Si conserva relaciones anatómicas, tiene débiles adherencias con la glándula; en caso contrario, se presenta separado de ésta.

El *adenoma circunscrito* consta de *acini* glandulares, que suelen presentar un aspecto grumoso—adenoma acinoso—ó de porciones de glándulas desarrolladas en sentido de su longitud—adenoma glandular.—En este punto los epitelios apénas se separan de su tipo fisiológico. La capacidad de los conductos glandulares es normal en algunos casos, pero frecuentemente aparecen distendidos de modo que remedan un quiste; cosa que es fácil comprender, puesto que á la larga suelen convertirse en verdaderos quistes, sencillos ó complicados. El tejido conjuntivo intersticial no se aparta mucho del estado fisiológico, pues sólo suele experimentar un estado hipertrófico.

Estos adenomas circunscritos de la mama ofrecen la particularidad de desarrollarse en mujeres recien casadas ó embarazadas. Estudiando los adenomas de esta clase y en particular los que aparecen en la axila, me ocurre la idea de que tal vez deban atribuirse á formaciones embrionarias análogas á los quistes dermoideos, pues no es raro hallar glándulas mamarias accesorias en la axila.

El mayor número de casos conocidos de esta enfermedad recae en jóvenes recien casadas; nosotros hemos visto un caso en una mujer de 40 años, tambien recien casada, en que el tumor, que apareció durante el embarazo, fué extirpado sin que hubiese despues recidiva.

No puede ofrecer dificultad el diagnóstico de los adenomas circunscritos de la mama, desde el punto en que se tienen en cuenta la edad de la enferma, las condiciones fisiológicas en que sobreviene y la forma redondeada y saliente que presenta el tumor. En tanto no se ha formado ningun quiste, su consistencia es dura y elástica. Estos tumores se desarrollan á veces con extraordinaria rapidez, pero pueden permanecer estacionarios, hasta que, por una influencia traumática ó una degeneracion quística, adquieren una marcha crónica y emprenden un desarrollo lento. Durante su crecimiento suelen ser dolorosos á la presion.

El diagnóstico de los adenomas difusos, y particularmente de los parciales, es muy difícil, pues frecuentemente se confunden con el carcinoma. Para el diagnóstico y pronóstico es preciso no perder de vista la edad de la paciente.

El tratamiento de los adenomas circunscritos se reduce á la extirpacion, la cual, como el tumor está de ordinario aislado, suele ser muy fácil.»

LECCION XCIX.

Operaciones que exigen algunas de las neoplasias descritas.—Escision del cuello uterino.—Extirpacion de la matriz.

Con el objeto por una parte de evitar repeticiones, y por otra de tratar el asunto con la extension debida, he aplazado para este lugar describir las operaciones que se citan en el epígrafe de esta leccion.

ESCISION DEL CUELLO UTERINO.

Sus indicaciones son las siguientes:

1.ª Tumor hiperplásico limitado al cuello.

2.ª Huevos de Naboth múltiples y voluminosos.

3.ª Tumor neoplásico perfectamente circunscrito, único en el organismo y sin trastornos considerables en la salud general.

Dos palabras acerca de cada una de estas indicaciones.

1.ª Es indudablemente la hiperplasia del cuello del útero la enfermedad que padecian los centenares de mujeres á quienes Lisfranc hacia dicha operacion, si bien trataba de cohonestar la necesidad de ella áun en los casos más benignos y sencillos, con sus teorías acerca de la metaplasia de esos tumores.

Por mi parte creo que la indicacion de la escision en la hiperplasia del cuello uterino sólo es evidente cuan-

do hallándose perfectamente limitada es considerable, ó cuando aunque extendiéndose algo al cuerpo de la entraña produce graves trastornos. Se recordará que Huguier creia que en todos los casos de prolapsus uterino, se trataba realmente de aquella otra lesion, y aunque tambien esta opinion es exageradísima, no deja de tener fundamento en algunos casos muy especiales. En éstos, ó no existe prolapsus, sino sólo la prolongacion hiperplásica del cuello, ó esta prolongacion es una poderosa causa de aquel, que cede en cuanto se hace la escision.

2.ª Dedico un párrafo aparte á esta indicacion, aunque parecia incluida en la siguiente, y hé aquí el motivo. Cuando sólo se trata de un quiste de esos que se llaman huevos de Naboth, basta con escindir una porcion de la bolsa ó con hacer una incision y cauterizar el fondo para que desaparezca; pero cuando esos quistes son numerosos y la alteracion del cuello del útero es considerable, importa poco sacrificar una pequeña porcion, sacrificio que tal vez ofrezca ménos inconvenientes que proceder á las diversas operaciones que esa multitud de quistes exigiria.

3.ª Al llegar aquí tengo que consignar una vez más los datos clínicos que se deducen de cuanto acabo de manifestar en la descripcion de las diversas neoplasias. La malignidad no es, como hemos visto, un atributo de esta ó aquella neoplasia, sino que la mayoría de ellas en cierto período de su evolucion producen la infeccion local y muchas de ellas la general. Hasta hace muy poco tiempo se creia que el condroma con el lipoma eran dos especies onkológicas, esencialmente benignas, y sin embargo, hoy se conviene en la posibilidad de que éste se combine con el mixoma ó dé por sí mismo origen á la variedad mixo-lipomatosa adquiriendo la malignidad, y en

el Congreso médico-andaluz (3 de Abril de 1876) el doctor D. Federico Rubio expuso la observacion de un enfermo que amputado de muslo por un condroma enorme, falleció más tarde de la metástasis á los pulmones, hecho á que yo agregué el de un condroma de la clavícula izquierda que adquirió proporciones colosales y produjo la muerte del enfermo por metástasis á los órganos anteriormente dichos. No es posible, pues, indicar terminantemente la índole benigna de una neoplasia, y en buena cirujía debe establecerse como precepto extirparlas todas lo más cerca posible del momento de su formacion, precepto que no alcanza á los quistes, en los que la extirpacion puede ser sustituida con la puncion, las inyecciones ó la escision en casos determinados.

Por eso he establecido como indicacion de la escision del cuello uterino la de todo tumor neoplásico, circunscrito y único. Tengo, sin embargo, que hacer una aclaracion. La frase de tumor único la empleo en el sentido de que no se trata ya de una infeccion general sino que el tumor ó tumores existentes, constituyen la primera y única expresion del mal.

Al tratarse de la escision del cuello uterino siempre se trae á la memoria la estadística de esta operacion presentada por Lisfranc y la acerba crítica que de ella hizo Pauly. No creo, sin embargo, que sea tan grave como aseguraba este último cirujano, y me fundo en algunos casos que poseo, pocos en verdad, pues sólo son tres, en ninguno de los cuales hubo el menor accidente durante ni despues de la operacion, curándose todas tres enfermas en muy poco tiempo. Sólo en la última que operé, quedó una incontinencia de orina que se corrigió bien pronto con el uso de los baños de mar. A estos tres casos, uno otros cuatro de que tengo noticia, en los cuales el resultado fué

idéntico, y reflexionando sobre la anatomía hígida y mórbida del cuello de la matriz, y fijándome en las indicaciones precisas que he señalado á la operacion, no encuentro, francamente, esos peligros de que habla Pauly. Se ha dicho que muchas veces se ha penetrado por los fondos de saco vagino-uterinos en la cavidad abdominal, desenvolviéndose una peritonitis mortal, pero esto, que yo no dudo, no pertenece esencialmente á la operacion, pertenece al cirujano ó á la casualidad ó á lo que se quiera decir, y yo conocí á un profesor que operando de talla no penetró en un caso en la vejiga y supuso la no existencia de un cálculo que al cabo de varios meses fué extraído sin inconveniente alguno por otro cirujano, y sin embargo de esto yo jamás he rechazado la operacion de la talla y he hecho todas las que se me han presentado y pienso seguir la misma marcha, aunque á mí mismo pudiera ocurrirme algun dia un caso análogo.

No creo, pues, que la escision del cuello uterino merezca el descrédito que hoy pesa sobre ella; lo que creo es, que ha sido practicada en muchos casos en que no habia la menor indicacion, es decir, en que la lesion excedia los límites del cuello, y de aquí tienen necesariamente que originarse ó accidentes graves durante la operacion, ó trastornos consecutivos de importancia suma, pues quitando sólo una porcion más ó ménos grande de la neoplasia, lo que se hace es activar considerablemente la marcha de ésta.

Pasemos ahora al mecanismo operatorio.

Se necesitan cinco ayudantes; uno que se encargue de la cloroformizacion; dos que mantengan colocados los depresores de Gerdy; uno dispuesto á lanzar sobre la herida un chorro constante de agua fria, y otro que dé á la mano los instrumentos y nos auxilie directamente.

El aparato instrumental se compone : de la camilla en que se haya de colocar la enferma ; de un uterotomo (yo uso en su lugar un bisturí botonado de hoja corta) ; de las pinzas de garfio de Musseux rectas y curvas; de unas pinzas para ligar de Fergusson ; de un par de cauterios actuales ; de una sonda de mujer ; de hilas, esponjas, cordonetes, agua estíptica y vinagre.

Se tendrá tambien preparada una funda de lienzo para hacer el tamponamiento.

Como preparacion preliminar la enferma se habrá puesto unas lavativas para desocupar el vientre y respecto á la mixion será lo primero de que nos cuidemos al empezar la operacion.

En efecto; colocada la enferma en la camilla en la postura que se indicó para los reconocimientos con el spéculum, y suponiéndola cloroformizada, se extrae por medio del cateterismo la orina de la vejiga y se introducen en la vagina los retractores de Gerdy que se confian á dos ayudantes que se sitúan uno á cada lado de la enferma. El profesor entónces hace presa del cuello del útero con una pinza de Musseux curva ó recta, acomodando en el primer caso su curvatura al eje de la pélvis, y tira de aquel al par que los ayudantes que tienen los retractores cuidan de no oponer con éstos resistencia alguna al prolápsus artificial del útero. Traido así hácia fuera el cuello, dejan los ayudantes los retractores y se ocupan de separar los labios de la vulva con sus manos y en algun caso con uno de dichos instrumentos en cada lado, y el profesor teniendo en la mano izquierda la pinza-erina comienza la escision propiamente dicha.

A fin de no perder las relaciones, acostumbro hacer una incision circular en el sitio de la escision, y así y siguiendo luégo esa señal, alejo el peligro de penetrar en

el abdómen rompiendo el fondo de saco, una vez que la sangre oculte algo de la vista el punto en que se trabaja. Para esta escision que debe hacerse lentamente, uso de un bisturí botonado, y durante ella un ayudante está lanzando constantemente sobre la herida el chorro de agua fria de una jeringa de inyecciones. Ántes de concluir la seccion del cuello, fio á uno de los ayudantes sugete con otra pinza la parte de la matriz correspondiente al cuerpo, á fin de que no se retraiga hácia arriba, y terminada la escision se procede á la hemostasia. Alguna vez sale uno que otro chorro de sangre á sacudidas, y es preciso, valiéndose de la pinza de Fergusson, ligar la arteriola que la suministra: en otros casos la sangre sale rastreando, y con agua estíptica ó con una disolucion de percloruro de hierro se contiene, siendo preciso en determinadas ocasiones cauterizar la herida con el hierro rusiente, y la mayoría de ellas es preciso, aunque sólo sea por precaucion, dejar colocado un tampon.

Terminada la operacion se traslada la mujer á su cama, sometiéndola al tratamiento de todos los heridos graves y combatiendo los accidentes (fiebre excesiva, fenómenos nerviosos, hemorragias, inflamaciones de la matriz ó del peritoneo, puohemia, septicemia, etc.) que puedan sobrevenir.

Cuando la mujer se levante de la cama, convendrá que use durante algun tiempo una faja abdominal ó un cinturon hipogástrico.

La operacion descrita puede tambien hacerse dejando la matriz en su sitio, lo cual es preferible siempre que se trate de tumores blandos y susceptibles de romperse con el bocado de la pinza. La modificacion del mecanismo operatorio consiste en suprimir el tiempo de prolapsus del útero y en valerse, ó bien de la guillotina ó círculo

cortante de Dupuytren, ó de unas tijeras curvas de ramas largas como queria Osiander.

EXTIRPACION DEL ÚTERO (1).

Encuentro á esta operacion poquísimas indicaciones, pues no creo puede ó debe practicarse para los tumores malignos del útero, pues cuando alcanzan ya el cuerpo de esta entraña, hay alteracion en las partes vecinas é infartos ganglionares, y aunque nada de esto exista, no tenemos medios para diagnosticarlo. Así es que rarísima vez podrá hacerse para un carcinoma ó un sarcoma y la gravedad de la operacion es tanta, que poquísimas veces nos encontraremos con valor para proponerla en casos de fibromas intra-parietales ó sub-peritoneales, etc.

Sin embargo de esto y una vez que es una operacion aceptada, fijaré sus indicaciones.

1.ª En las inversiones antiguas é irreductibles del útero y en los prolapsus de tercer grado irreductibles tambien y que producen alteraciones graves en la salud general de la mujer.

2.ª En las neoplasias, siempre que estén limitadas al cuerpo del útero y no sea presumible una infeccion contínua ni discontínua.

3.ª En los casos en que al hacer una ovariotomía encontremos que la lesion que motivó ésta se extiende al cuerpo de la matriz.

Dos palabras acerca de cada una de estas indicaciones.

1.ª Es la más general y tambien la que creo más

---

(1) El único caso de extirpacion del útero que se ha practicado en Cádiz lo fué por D. Ramon Otero en 1853. La enferma que era de 24 años de edad se curó. La matriz cancerosa se hallaba pendiente de la vulva.

racional y áun de mejor pronóstico. Pero entiéndase que se trata sólo de la inversion y el prolapsus en los casos en que sea ineficaz cualquiera otro tratamiento, y en que la afeccion amenace formalmente en un período más ó ménos largo la vida de la enferma.

2.ª Me refiero respecto á esta indicacion á lo dicho más arriba. En efecto; muy pocas veces tendremos conciencia de lo evidente de esta indicacion y por lo tanto muy pocas veces deberemos aconsejar la operacion.

3.ª Recuerdo entre otros casos uno del Dr. Rubio en que al practicar una ovariotomía encontró tan alterada la extructura del útero, que se vió precisado á hacer su extirpacion. Este caso consta en los *Apuntes de mi práctica sobre los tumores y quistes del ovario* del referido profesor.

En estos casos y otros análogos, por muchos que sean los riesgos de la operacion y gravísima ésta, ofrece una aunque remota esperanza, y de no hacerla, hay la absoluta seguridad de que la enferma sucumbe en un brevísimo plazo, si ha podido escapar con vida de la ovariotomía.

Mecanismo operatorio.—Es distinto segun que la matriz se halle al exterior ó no. En el primer caso podrá extirparse con el *ecrasseur* ó por ligadura, con preferencia al bisturí. Se coloca la mujer en decúbito dorsal y se cerciora el profesor de que en el tumor no existe asa alguna de intestino ni porcion de la vejiga urinaria, y en caso contrario se hace la táxis: en seguida se aplica la ligadura con un cordonete fuerte y lo que es preferible un hilo de plata al pedículo del tumor, cuya ligadura puede ser única ó doble, y en este último caso se atraviesa el pedículo de delante atrás con una aguja, en que vaya el hilo doble y se ligan separados cada uno de los

dos hilos, apretando la ligadura cada dos ó tres dias hasta que se elimina el tumor, lo cual se verifica en un período de tres semanas á dos meses, y para abreviar éste y alejar los inconvenientes que tiene dejar tanto tiempo una masa medio putrefacta, algunos aconsejan al cabo de cinco ó seis dias amputar el tumor por debajo de la ligadura por medio del bisturí ó con el *ecrasseur*.

La amputacion con el bisturí expone mucho á las hemorragias, y por esto se prefiere siempre la ligadura en estos casos.

Despues de hecha la operacion es indispensable administrar á la enferma el opio ó el hidrato de cloral, principalmente cada vez que se aprietan los hilos.

Cuando la matriz no está fuera de la vulva, su extirpacion casi merece el calificativo de irracional.

Hé aquí sus riesgos, segun Churchil:

« 1.° El primero es el que resulta del gravísimo trastorno impreso al organismo. Brundell cree que este trastorno es mucho mayor cuando se quita el útero del centro de la pélvis, que cuando está prolapsado.

2.° Cuando el útero está en su lugar es muy fácil que sobrevenga inmediatamente despues de la operacion una hemorragia terrible y áun mortal . . . . . .

3.° Son frecuentes las inflamaciones de los órganos vecinos y con especialidad del peritoneo. . . . . .

4.° Si la abertura superior de la vagina es considerable, los intestinos pasan por ella, siendo preciso recurrir al tamponamiento con esponjas. »

Gendrin dice respecto á ella, que en la mayoría de casos « la prudencia aconseja no practicarla. »

Nelaton se expresa así: « De la amputacion parcial del cuerpo del útero y de la extirpacion de la matriz cancerosa, nos basta decir que se han intentado; pero un re-

sultado feliz conseguido por casualidad, no puede legitimar semejante ensayo. »

Segun Marjolin, « nueve décimos de las mujeres operadas han muerto en los dias inmediatos á la operacion y el resto curadas en apariencia al principio, han quedado en un estado de languidez y no han sobrevivido más de un año, sucumbiendo todas á consecuencia de recidivas. »

Pero á qué multiplicar las citas?

En cuanto á la operacion, puede hacerse ó á través de una incision en las paredes abdominales, proceder rechazado completamente (á no ser en los casos que haya que combinarla con la ovariotomía) ó por la vagina. Para ésta ó se trae el útero á la vulva, lo cual facilita grandemente la operacion, ó se la deja en su sitio si se halla reblandecido su tejido.

En el primer caso se hace presa en el cuello con la pinza de Museux del modo ya indicado y cuando está fuera de la vulva se le confia á un ayudante, procediendo en seguida á hacer una incision semicircular en la vagina exactamente en el punto de su union con la matriz. Esta incision debe ser hecha en la parte anterior, é introduciendo el índice izquierdo en la herida para que sirva de conductor, se va disecando poco á poco con un bisturí botonado, conservando la mayor parte posible del peritoneo que cubre el útero, y cortando al fin ese así como los ligamentos redondos y los anchos, despues de ligar estos últimos.

Inviértese en seguida hácia atrás el útero y se le sigue separando del intestino recto y por fin del resto de la vagina.

Creo innecesario advertir que ántes de proceder á esta operacion hay que vaciar el recto y la vejiga y que un

dedo introducido en aquel y una sonda en ésta pueden servir de guia en los diferentes períodos de ella.

Terminada la operacion se introduce en la vagina una esponja empapada en glicerina, se obliga á juntar las piernas á la mujer, amarrándolas una á otra, y colocando la pélvis más alta que el resto del cuerpo. Se aconseja la más absoluta quietud y silencio, y para que no haga esfuerzo alguno se deja una sonda en la vejiga, cerrada con un tapon, á fin de que no se esté mojando la cama con la orina que saldria contínuamente sino se tomase esa precaucion.

Resta, pues, combatir los accidentes que se presenten.

LECCION C.

Operaciones que exigen los tumores de las mamas.—Enucleacion.—Extirpacion.

Las operaciones que exigen los tumores de la mama son además de la puncion é inyeccion de ciertos quistes y de la escision de parte de la bolsa de algunos, la enucleacion de otros tumores y la extirpacion de la mama.

ENUCLEACION DE TUMORES.

Se halla indicada en todos aquellos casos en que el tumor se encuentre perfectamente movible bajo la piel y que ésta no tenga la más insignificante alteracion.

Se procede haciendo una incision más ó ménos extensa, segun el volúmen del tumor que vaya á extirparse, so-

bre la piel que la cubre, siguiendo en cuanto sea posible la direccion oblícua de las fibras del músculo pectoral mayor. Se disecan los labios de la herida, y una vez descubierto el tumor, se le sujeta con los dedos ó con una pinza ó erina y se hace su separacion. En estos casos generalmente no se interesa vaso alguno importante y basta lavar la herida con agua fria y poner algunos puntos de sutura con hilo de plata, una planchuela de hilas y un vendaje de cuerpo.

Las consecuencias suelen ser insignificantes.

EXTIRPACION DE LA MAMA.

Algunas veces, á pesar de llamarse así la operacion, no es la mama empujada considerablemente por el tumor que la ha atrofiado, lo que se extirpa, pero en otras ocasiones esta extirpacion es real y efectiva.

Sus indicaciones son las siguientes:

1.ª Adenoma.

2.ª Neoplasias malignas de volúmen considerable, sin ó con alteraciones en la piel, sin ó con infartos axilares, pero sin signos de la existencia de otra produccion análoga en órganos inaccesibles y con un estado de salud general, siquiera mediano.

3.ª Quistes malignos (quisto-sarcoma ó quisto-carcinoma) voluminosos.

Dedicaré á cada indicacion brevísimos comentarios.

1.ª El adenoma es con frecuencia un tumor benigno, pero aparte de la variedad que he llamado adenoma destructor, tambien puede adquirir un carácter de malignidad, y de todas suertes en cuanto está bien caracterizado es imposible su desaparicion por el tratamiento médico, y por lo tanto, y para huir de estos riesgos, más vale ex-

tirpar la glándula mamaria que adormecernos en una confianza que puede ser y es á menudo, funesta para la enferma.

2.ª y 3.ª Bien pueden reducirse á una estas indicaciones, puesto que lo que obliga á hacer la extirpacion en un quiste es su combinacion con un sarcoma ó un carcinoma ó, en otros términos, esta otra neoplasia.

Cuando la neoplasia circunscrita ó difusa no ha producido aún alteraciones en la piel ni signos de infeccion general, la indicacion de extirparla es evidente y por nadie se ha puesto en duda; pero no ocurre lo mismo cuando existe un estado opuesto. De toda la doctrina expuesta en las lecciones anteriores, se deduce que por más que para la produccion de las neoplasias yo comprenda que se necesita una predisposicion especial que puede consistir, ora en una alteracion en los líquidos, ora en un estado especial de los sólidos, y tanto éste como aquella son congénitos ó adquiridos, he considerado y creo firmemente que todas las neoplasias (incluso el cáncer) son locales en su principio, y sólo cuando han llegado á su período de florescencia ó de virilidad y despues de éste, es cuando se verifica la infeccion contínua y la discontínua, ya se anuncie ésta con el infarto ganglionar, ya este infarto no exista. Con estas ideas llamará la atencion que yo proponga la extirpacion de esos tumores en un período en que la infeccion local y la general son evidentes, pero al hacerlo así es porque en estos casos yo no busco la curacion radical, pretendo sólo una tregua al padecimiento, prolongar la vida, detener, no la infeccion, sino las manifestaciones de ésta, y por eso agrego en las indicaciones dichas, siempre que exista infarto de los ganglios axilares, *no la produccion neoplásica en los ganglios* y que el estado de salud de la enferma sea más que mediano, es decir,

que no exista la caquexia, pues entónces la operacion léjos de retardar apresurará la funesta terminacion, lo mismo que cuando se hallan afectos órganos inaccesibles á la cirujía y que al extirparse la mama adquieren una actividad extraordinaria en su desarrollo.

Tratemos ahora del mecanismo operatorio.

Algunos profesores, y Dionis á su cabeza, aconsejaban la incision circular de la piel; otros, como Acrel, preferian la en T, y la mayoría ha adoptado con Pablo de Egina la incision elíptica, pero en direccion de las fibras del músculo pectoral mayor, es decir, de arriba abajo y de fuera adentro, como queria Pimperuell.

El aparato se compone de uno ó dos bisturíes convexos de mango fijo, una pinza de disecar, una ó dos de ligar, una aguja porta-suturas, agujas curvas ó semi-curvas, alfileres, cordonetes, hilo de plata, hilas formes é informes, trapos de hilo, un vendaje de cuerpo ó una venda de ocho varas de largo, una compresa cribada, cerato simple ó glicerina, esponjas, palanganas, vinagre, agua fria y caliente y además el cloroformo y el amoniaco.

Se opera estando acostada la enferma en un catre de viento con un colchon, dos almohadas y las cubiertas necesarias. Se coloca el catre de modo que hallándose frente á un balcon ó ventana, su direccion sea oblícua al plano de éste, á fin de que el profesor colocado en el lado que se va á operar, no se tape la luz con su cuerpo. Hace falta un ayudante para la cloroformizacion, otro para que esté al lado del cirujano y le auxilie en la retraccion de las carnes, en las ligaduras etc., y otro que le dé los instrumentos á mano. Este último puede suplirse situando una mesa cerca de la cama para colocar en ella los instrumentos necesarios.

Prevenido todo, se hace una incision elíptica con la

direccion indicada y comprendiendo en su centro la porcion de piel que debe eliminarse, pero si hay que extirpar la mama entera, las incisiones deben ser curvas, aunque de distinto radio de corvadura, correspondiendo la convexidad de la una á la concavidad de la otra, pero uniéndose en sus extremidades. Siempre debe hacerse primero la incision inferior, y una vez terminadas ambas, se las separa con una diseccion prolija que desprende la piel reforzada con algun tejido adiposo de cuanto se vaya á extirpar. Tómase entónces el tumor con la mano izquierda y empiézase su separacion de las partes profundas de arriba hácia abajo, siendo una buena práctica que yo he adoptado siempre, la de ligar los vasos arteriales apénas se corten. Estos vasos proceden de la arteria mamaria externa ó intercostal superior, de las torácicas superiores y áun algunos de la mamaria interna y de las intercostales aórticas. Una vez desprendido el tumor, si existen algunos ganglios axilares infartados, se prolonga hácia el áxila la union externa ó superior de las incisiones y se los aisla y extrae. Para esta parte de la operacion uso lo ménos posible el bisturí y con una espátula canalada que conservo de tiempo inmemorial y con pinzas de disecar voy separando poco á poco los tejidos, haciendo el aislamiento dicho y no cortando más que lo que verdaderamente es preciso y esto despues de cerciorarme bien de qué se trata ; esta es la razon porque despues de haber hecho multitud de extirpaciones en estas circunstancias, jamás he herido hasta el presente, ni nervio de importancia ni vaso de consideracion.

Terminada esta parte de la operacion, si ha habido que sacrificar mucha porcion de los tegumentos se los diseca á un lado y á otro hasta que alcanzan á cubrir la herida. Acto contínuo se reunen las ligaduras hácia la

parte más declive, se coloca en este punto un tubo de *drainage* de mediano calibre y se hacen los puntos de sutura necesarios, para los que prefiero el hilo de plata. Tres ó más tiras de esparadrapo completan la reunion; una pequeña compresa envuelve las ligaduras y sirve para indicar su situacion y evitar tracciones inconvenientes al levantar el apósito; una compresa cribosa enceratada cubre la herida; un plano de hilas se coloca sobre la compresa cribada; un trozo de lienzo cubre el plano de hilas y un vendaje de cuerpo con escapulario ó varias vueltas de venda con escapulario tambien, completan el apósito y hacen una compresion mediana.

Vuelta la enferma en sí, se la traslada á su lecho despues de vestirla de limpio y se le prescribe dieta animal, una tisana atemperante y un ligero hinóptico, aconsejando la mayor tranquilidad y quietud. Al tercero ó cuarto dia se levanta el apósito, se le conceden algunos alimentos á la operada, se quitan algunos de los puntos de sutura cruenta, se le renuevan los de la seca, y al sexto ó sétimo dia puede levantarse la enferma de la cama, y á los quince ó veinticinco, si no hay accidente alguno, se le puede dar de alta.

Aunque muy raros, se cuentan casos en que la herida se ha reunido por primera intencion, ó mejor dicho, supurando sólo y por corto tiempo en el punto en que se hallaban las ligaduras y el tubo de Chassaignac. Las ligaduras suelen caer del octavo al décimo dia.

Como quiera que esta operacion se practica con mucha frecuencia, he creido deber entrar en estos detalles que juzgo de interés para los prácticos noveles.

SECCION 5.ª

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MENOPAUSIA.

LECCION CI.

Menopausia. Fenómenos que la preceden, acompañan y siguen.

Despues de haberse llevado el ovario funcionando durante un espacio de tiempo variable entre los treinta y treinta y cinco años, llega el momento de su descanso. Ya las vesículas de Graaf no continuarán desarrollándose para por su rotura dejar escapar el óvulo susceptible de recibir la impresion vivificante del esperma y constituir el nuevo ser; ya los órganos generadores no se congestionarán periódicamente, ni se producirá la hemorragia crítica anunciadora del desprendimiento del óvulo; empieza un período de silencio para las excitaciones genésicas, de atrofia para los órganos generadores, y el cetro que despóticamente hasta aquí tenia la mujer saltará en pedazos, si las inclinaciones benévolas de su ánimo, si la educacion recibida ó los hábitos contraidos no le dan la resignacion suficiente para que comprendiendo que cerrado ya para ella el templo de Vénus y constituida en una pieza inútil del mecanismo de la reproduccion humana, debe renunciar tranquilamente á los estímulos del amor y de-

dicarse á una tarea tanto ó más importante que la de la reproduccion, cual es la conservacion de la especie reproducida, la tranquilidad del hogar y la dicha de la familia.

Esta época de la vida en que se suprime la ovulacion, ha sido llamada menopausia y edad crítica, debiendo este último nombre, á que segun muchos autores, es una edad muy expuesta á padecimientos graves.

La menopausia es más precoz en las mujeres que han estado regladas desde muy jóvenes, que en aquellas en que la menstruacion apareció más tarde. Las debilitadas por graves padecimientos ó por concepciones frecuentes y crianzas largas, las que han abusado de la Vénus, suelen terminar pronto su vida sexual.

Las alteraciones que en la edad crítica sobrevienen en la mujer son orgánicas unas, fisiológicas otras y psíquicas.

Los órganos que principalmente se alteran son los de la generacion, y en ellos se nota la desaparicion de las vesículas de Graaf en la capa ovígena del ovario, en la que sin embargo se conservan las cicatrices de las roturas que sucesivamente han tenido lugar; algo más tarde la existencia en la porcion bulbosa de restos de esas vesículas constituidos alguna vez por pequeños núcleos cretáceos ó colgajos membranosos. En época más lejana la extructura del ovario apénas puede hacer recordar la primitiva, habiéndose hallado en algunos casos estos órganos reemplazados por un cordon cartilaginoso y hasta reabsorvidos completamente.

Las trompas se atrofian y obliteran, la matriz disminuye de volúmen y en su extructura nada se encuentra que pueda recordar siquiera la existencia de fibras musculares; la cavidad del cuerpo disminuye considerable-

mente ó desaparece; el cuello tambien es menor así como su cavidad, y la circulacion útero-ovárica sufre tambien una modificacion notable, haciéndose ménos activa, disminuyéndose el calibre de los vasos arteriales y poniéndose varicosas muchas venas.

La vagina pierde su contractilidad, las mamas pierden parte de su volúmen y se ponen más péndulas, atrofiándose la glándula y obliterándose los conductos galactóforos.

La cara va perdiendo paulatinamente la frescura de su tez y el brillo de sus ojos, aparecen algunas imprudentes canas, sombréase de bozo el labio superior, al paso que se cae el cabello y que empiezan á vacilar los dientes, primeras ruinas de un edificio condenado á la destruccion.

En esta edad adquieren algunas mujeres una obesidad considerable y otras que estaban obesas pierden una parte considerable de su gordura, que no vuelven á adquirir, y en todas por lo general pierde la voz el timbre argentino que tenia para velarse y enronquecer más tarde.

Pero las modificaciones más notables son las psíquicas y en ellas hay notables diferencias segun los hábitos y la educacion anterior. Trátase de la mujer del gran mundo que engreida con el dominio que parecia ejercer en cuantos la rodeaban; que ofuscada por las inmensas columnas de incienso que ante sus aras quemaban sin cesar torpes aduladores; que acostumbrada á contar sus dias por sus triunfos, empieza á notar que el número de sus admiradores decrece, que las adulaciones disminuyen y á sus oidos llega tal vez un imprudente recuerdo de un ayer que para ella era aún hoy, y aunque negándose á ceder á la evidencia atribuye á estados patológi-

cos sus desarreglos menstruales y exige del médico un remedio á ellos, sin embargo, á cada momento encuentra una decepcion; su pecho ya no se agita con la idea del amor y del placer; el cruel espejo le revela que sus facciones se marchitan y una implacable cana cayendo entre sus manos no le deja ya duda de su desgracia. La vejez se aproxima y al convencerse de ello lucha con la energía de la desesperacion contra las leyes de la naturaleza. Y los cosméticos y los afeites y los adornos y las joyas y los trages forman la última trinchera á que se acoge para ser tambien desalojado de ella. Y cuando ya toda defensa es imposible, y cuando se ha desvanecido la última esperanza, se ha disipado la última ilusion y la palabra vejez resuena constantemente en su oido en todos los tonos posibles, refúgiase en la iglesia, acógese á las sociedades caritativas y la que en un tiempo amó á su perro ó á su gato, luégo gustó de un galanteo, despues se deleitó con un trage, más tarde deliró por el trato de los hombres, en fecha más lejana se rindió á sí misma culto, necesita hoy otro cariño, otra pasion que ocupe su alma, le es indispensable otra cohorte de admiradores que aunque en distinto tono y de diverso modo conserven el culto á su persona.

Hé aquí el bosquejo de la mujer en que más riesgos ofrece la menopausia. No se trata sólo en ella de las modificaciones que naturalmente produce la supresion de la vida sexual; trátase tambien y principalmente del trastorno inmenso que su sistema nervioso tan sin cesar conmovido, por ello sufre y hace sufrir á todo el organismo. ¿Qué extraño es observar en estos casos los vapores y las convulsiones del histerismo, los desórdenes circulatorios y digestivos de la clorosis, y tras ellos muy pronto las lesiones de los centros cerebral y cardiaco, los cambios

de textura de ciertos órganos? Crítica en efecto es esta edad para estas mujeres, pero de tantos riesgos no se culpe á la naturaleza.

Vamos á otra mujer, á la que me hago la ilusion de creer que es el tipo más frecuente.

La que cuando niña se ocupaba en coser su ropa y la de sus muñecas, cerca de la pubertad no comprendia otro amor que el de sus padres, jóven amó á su esposo, adulta idolatró á sus hijos y ante tan sagrados objetos jamás titubeó en género alguno de privaciones y sacrificios, vé acercarse sin placer pero sin temor la edad en que la razon fria posee cuantos elementos son necesarios para vencer á las pasiones. Y la que se contentaba con la tranquilidad de su hogar, las dulzuras de la familia y el amor de sus deudos, no tiene que temer que estos goces desaparezcan porque su rostro se arrugue, su cabeza blanquee. Ella ha visto envejecer á sus padres, sintiendo aumentarse cada año su cariño hácia ellos; ella ha soñado al par que su compañero esos sueños de ambicion y de ilusiones, y al despertar entrambos no han cruzado la más mínima reconvencion, no han encontrado uno en otro la menor diferencia; ella se ha considerado recompensada en exceso de todos los sufrimientos de su estado, al oir el primer llanto de su primer hijo, se ha conmovido en su ser al colocar el pecho en su pequeña boca y ha creido delirar al verlo echarle al cuello sus manecillas y llamarla por primera vez mamá. Cómo ha de concebir siquiera que le falte el cariño de los que ella amó y ama tanto porque haya visto una vez más en su vida cubrirse de flores los árboles y desnudarse luégo de sus hojas? Esta mujer de que hablo, esta ideal compañera del hombre, no sentirá la pérdida de sus encantos, no llorará la terminacion de su vida sexual y tanto ó más respetable y respetada hoy qué ayer

no necesita buscar nuevos amores, no habiendo perdido los que se anidaban en su corazon.

En este otro tipo la menopausia no es una edad crítica, es sólo uno de los períodos de la vida, tal vez el más inofensivo.

Entre estos dos modelos que he presentado intencionalmente tan opuestos, pero cada uno de los cuales trae sin querer á nuestra mente más de un nombre propio, hay mil gradaciones en el mundo y en todas ellas se observa que miéntras más se aproxima la mujer al primer tipo, más borrascosa es su edad crítica y mejor merece este nombre, al paso que aquellas que se parecen al segundo pasan sin el menor inconveniente este período de la vida.

Los síntomas que han descrito los autores como caracterizando á la menopausia no la pertenecen, y lo que revelan es la *plétora nerviosa* de Raciborski, el histerismo. Por otra parte, yo no comprendo la propiedad de lenguaje que existe al decir *síntomas de una edad*. Así, pues, prescindiré de la descripcion de esos *síntomas* que no existen y pasaré á describir á continuacion los estados patológicos que la menopausia produce á veces, terminando con decir dos palabras acerca de su influencia en las enfermedades comunes á ambos sexos ó especiales de la mujer.

Esto será hecho en la leccion siguiente.

LECCION CII.

Fenómenos de la menopausia. Influencia de esta edad sobre las enfermedades de la mujer.

En la leccion anterior se han indicado las modificaciones que durante la edad crítica se producen en la economía de la mujer, modificaciones completamente diversas á las que tienen lugar en la pubertad edad de la mujer que tampoco puede ni debe considerarse como un estado patológico, y por lo tanto tambien carece de síntomas, y en la misma leccion he manifestado que sólo en ocasiones determinadas puede la menopausia influir desfavorablemente en la salud de la mujer. Voy ahora á detallar la manera cómo se verifica la cesacion de las reglas.

En unas mujeres la funcion menstrual cesa de repente sin fenómeno precursor alguno; en otras va cada vez haciéndose menor la pérdida sanguínea y retardándose la época de su aparicion hasta la extincion completa; en algunas es sustituido el flujo sanguíneo en sus épocas y con los pródromos acostumbrados por un flujo leucorreico; en determinados casos falta la menstruacion dos ó tres veces, aparece luégo, vuelve á desaparecer, y por último falta del todo; y en no pocas ocasiones los últimos *períodos* van acompañados de dismenorrea ó son verdaderas metrorragias. Estas diferencias en el modo de sobrevenir la menopausia están íntimamente relacionadas con el temperamento y constitucion de la mujer, su educacion,

su género de vida, etc., y respecto á este particular ya queda dicho bastante en la leccion precedente.

Los fenómenos generales presentan tambien mucha variedad y son debidos, segun Raciborski, en primer lugar á la plétora nerviosa, y secundariamente á la plétora sanguínea que necesariamente ha de resultar de la supresion de una pérdida habitual y frecuente. Dichos fenómenos se reducen á vapores, vértigos, cefalalgia, calambres de estómago y gastralgias, modificaciones en el carácter, etc., cuyos fenómenos si se graduan llegan á terminar en el histerismo, pero que si se mantienen en un justo límite apénas constituyen sino ligeras indisposiciones sin resultados desagradables.

Pero cuando la supresion de las reglas recae en mujeres de temperamento nervioso, de pasiones vivas, de imaginacion exaltada, de vida muelle ó en otras que padecen enfermedades crónicas, con especialidad en los órganos torácicos, no es extraño ver aparecer el histerismo con toda su cohorte, y lo que es peor, alteraciones graves en la textura de ciertos órganos y epistaxis, hematemesis, hemotisis, etc.

En este punto viene expontáneamente la cuestion de la influencia de la menopausia en las enfermedades.

Los antiguos creian que la mayoría de las lesiones orgánicas de la matriz y de la mama se presentaba en las mujeres á los 40 ó 50 años, así como las afecciones cutáneas, las reumáticas y ciertas neurosis como el histerismo y la epilepsia, deduciendo de aquí la influencia que ha sido reconocida hasta una fecha muy reciente y aún en la actualidad se defiende por muchos.

Por mi parte diré sólo que no puedo ménos de conceder algo á esta influencia, pues no considero cosa insignificante suprimir de pronto una evacuacion mensual de

150 gramos de sangre cuando diariamente vemos que la cicatrizacion de una úlcera atónica y antigua de una pierna, la supresion de una otorrea crónica, de un sudor habitual, de un flujo hemorroidal, ocasiona los más graves accidentes; ni me parece tampoco grano de anis la desaparicion repentina de las funciones de un aparato compuesto de distintos órganos y diversamente dispuestos y con múltiples simpatías, que han gozado de una actividad extraordinaria durante 30 ó 32 años y que luégo caen en el sueño más profundo, en el sueño de la muerte, pues que los lleva á la atrofia.

En el trascurso de esta obra creo haber demostrado que no soy sectario de ninguna escuela, que para mí son igualmente respetables las teorías antiguas y las modernas cuando en unas ó en otras reside la verdad; pues bien, rindiendo como siempre culto á ésta, ni admito la influencia absoluta y desmedida de la menopausia en las enfermedades, ni tampoco la rechazo. Si simplemente una profesion por la actividad que imprime á determinados órganos sujeta á ciertas enfermedades; si tan sólo un cambio de género de vida induce una modificacion trascendental á veces en el modo de ser patológico de un individuo, ¿cómo no ha de inducirlo una serie de fenómenos que cambia esencialmente las condiciones del organismo, hasta el punto que borra casi del todo el modo de ser fisiológico de la mujer que despues de la edad crítica pierde los caractéres que le distinguian del hombre?

En la introduccion de este «Programa» rechacé el pretendido aforismo de *propter uterum solum mulier est id quod est*, defiriendo sólo á la idea de que *mulier est id quod est propter generationem et quamvis sine utero*, y ahora que me encuentro con que la generacion falta en la mujer al faltar la ovulacion y que cuanto despues le

ocurre no es como ántes de la pubertad una preparacion indispensable para la generacion, sino la muerte y para siempre de la generacion misma, es preciso que reconozca la influencia anteriormente dicha.

En efecto, para mí la mujer despues de su edad crítica está más predispuesta y padece más de ciertas lesiones orgánicas, y con especialidad del cáncer, y se vé más atacada de las afecciones cutáneas y del reumatismo, porque la mujer despues de la edad crítica es cuando empieza á parecerse al hombre, y en el hombre esos estados patológicos son más frecuentes desde los 45 años en adelante, no por la menopausia que en ellos no existe, sino porque esa época y terminado con exceso el desarrollo del individuo empieza la muerte del organismo en general y de cada uno de sus partes en particular. Y las partes membranosas del cuerpo se hacen casi cartilaginosas, y los cartílagos se osifican y los huesos pierden sus jugos y se hacen muy friables, y la circulacion sanguínea se torna más lenta, y los nervios pierden su exquisita sensibilidad y todas las vísceras de la admirable máquina humana se resienten considerablemente.

Creo, pues, en esa predisposicion por las razones indicadas.

Respecto á el histerismo me sorprende que al paso que muchos autores lo crean más comun en la edad crítica, otros como Vigaroux y Hardy y Behier, etc., etc., aseguren que esa neurosis es modificada favorablemente por la cesacion de las reglas, de lo que deduzco que cuando ménos nada se puede dar como cierto en este punto, y esta opinion se refuerza con lo asegurado por los autores que tambien en esta edad padece más frecuentemente la mujer la epilepsia, y aunque no separa un abismo ni mucho ménos esta neurosis de la otra, es preciso no

olvidar que la epilepsia (sino se cree como tal á la eclampsia) es rarísima en la mujer que viene á padecerla con más frecuencia en cuanto pierde sus caractéres distintivos y empieza á parecerse al hombre.

Lo que principalmente se deduce de lo expuesto es que la mujer en su edad crítica debe seguir una higiene esmerada. A los preceptos generales de ésta deben agregarse todo género de distracciones, los ejercicios activos llevados á veces hasta el cansancio muscular, y la prohibicion absoluta de todo cuanto pueda excitar el sentido genital y sacarlo violentamente de su sueño fisiológico. Se recomienda tambien mantener excitadas las funciones de la piel y administrar á menudo un purgante salino. Convendrá tambien el uso de los tónicos neurosténicos y áun los reconstituyentes más enérgicos en determinados casos.

SECCION 6.ª

LECCION CIII.

Influencia que el sexo ejerce sobre ciertas y determinadas enfermedades.

El objeto de esta leccion es reasumir en pocas palabras cuanto queda dicho y exponer los corolarios que se deducen de la doctrina expuesta en las ciento dos lecciones anteriores.

« Pero no vaya á creerse, decia yo en la página IX de la Introduccion, que para nosotros hay sólo diferencias de detalle, digámoslo así, entre los dos sexos, y que aseguremos que en lo único que se distinguen es en que la mujer tiene colocados hácia adentro los órganos que el hombre hácia afuera; para nosotros la distincion es mucho más profunda, mucho más radical que para los sostenedores de la opinion que combatimos. La organizacion de la mujer la creemos muy distinta de la del hombre, etc.»

Y en efecto; desde los primeros tiempos de la vida y ántes que se desarrolle el aparato genital, la diferencia entre los dos sexos es profundísima y en vano han querido borrarlas los partidarios de las ideas utópicas de absoluta igualdad de deberes y de derechos en uno y otro sexo; los que buscan la igualdad no en el libre cumpli-

miento del destino de cada ser con arreglo á su organizacion física y á sus facultades morales, sino creando un tipo anómalo é imaginario, al cual tienen que ajustarse todos los otros séres, como ajustaba Procusto á sus prisioneros al lecho construido por él de antemano. Esta igualdad que áun entre hombre y hombre no existe en la naturaleza, es un verdadero delirio entre el hombre y la mujer.

La mujer, dice el Dr. Cortejarena, « por su organizacion física no puede dedicarse al trabajo incesante que al hombre corresponde; por sus facultades intelectuales no tiene inclinacion á los estudios científicos y cuando más podrá tener cierta aptitud para las bellas artes; por la ternura de sus afectos y delicadeza de sus sentimientos, ha de huir de las luchas políticas y de todo lo que pueda ser gérmen de odios y venganzas. »

Ántes de nacer el fétus, ya en la frecuencia de sus pulsaciones, pretenden distinguir los parteros cual es su sexo: durante el parto expone el varon á su madre á mayores riesgos que la hembra; en el primer año de la vida sucumben más niños que niñas (20 y 16 por 100 respectivamente): desde los primeros tiempos dan éstas pruebas más evidentes de la vivacidad de su imaginacion que aquellos: sus formas son más delicadas, sus contornos mejor delineados: el varon en su primera infancia todo lo atropella, corre, salta, busca los caballos y las armas, interin la hembra en un rincon de la casa viste su muñeca, dirígele las palabras más cariñosas y la rodea de los mismos cuidados que ha de dar luégo á sus propios hijos: llegan á la época de la pubertad, á esa edad feliz en que la naturaleza, al modo que en la florescencia de las plantas viste á éstas de sus mejores galas, reviste á los dos sexos de los mayores

atractivos y en esta edad en que tanto el hombre como la mujer adquieren la aptitud necesaria para traspasar á un nuevo ser su exhuberancia de vida, ya están separados por un abismo el uno y el otro sexo, abismo que casi se ciega, como acabamos de ver, en la edad crítica.

Durante el espacio de tiempo de su vida sexual, y áun ántes y despues de ella, hallamos siempre en la mujer más finura en sus sentidos, más impresionabilidad en sus nervios y por lo tanto un predominio considerable de sus facultades afectivas; más prontitud pero ménos profundidad en sus concepciones intelectuales; irresolucion y volubilidad en sus determinaciones. Sus huesos son más pequeños que en el hombre, sus eminencias están ménos marcadas, lo cual induce á creer en el poco desarrollo de la fibra muscular que en efecto existe, escaso desarrollo que no sólo explica su falta de fuerza muscular, sino que ocasiona una debilidad considerable en todos aquellos órganos en cuya estructura entra semejante tejido. Tambien es más pequeño el corazon y más delicados los vasos sanguíneos, ménos abundante su fibrina y más rica en glóbulos blancos su sangre, y mejor y mayor perfeccionamiento del sistema vascular linfático.

Dedúcese de aquí, y sin apelar á otros datos, que en la mujer cuyo organismo está caracterizado por un desarrollo considerable del sistema sensitivo y del sistema linfático poco contrabalanceados ambos por el sistema sanguíneo, deben predominar los temperamentos nervioso y linfático combinados muy á menudo, y rara vez puros, y por lo tanto debe estar sujeta en grado superlativo á las afecciones de estos dos aparatos, tanto más fáciles de presentarse, cuanto que la hemorragia mensual que hay en ella no puede permitir al sistema sanguíneo, moderador de los otros, contrabalancear su accion á causa de las

pérdidas que con tanta frecuencia sufre. El histerismo y la clórosis deben, pues, predominar en la patología de la mujer, ya que las observaciones modernas nos llevan á no considerar estas enfermedades como exclusivas de este sexo.

No deben tampoco las mujeres hallarse muy predispuestas á las congestiones sanguíneas, ni hemorragias por plétora, aunque esa misma esquisita sensibilidad suya haga que sean frecuentes las inflamaciones, con especialidad de los órganos membranosos. Por el contrario de esto las infiltraciones serosas, las hidropesías, no deben ser raras en la mujer, así como tampoco todas las enfermedades por atonia orgánica.

Pero hijas de esa organizacion, debe suponerse en ellas más facilidad á la resolucion de las flegmasías agudas, á la desaparicion de las crónicas; más fuerza medicatriz, como decian los antiguos, y mayor susceptibilidad á los efectos de los medicamentos.

Cuando llevamos á la práctica todas estas conclusiones teóricas, las vemos perfectamente comprobadas y confirmado una vez más el aforismo de que la organizacion de una parte revela su fisiología y el estudio de un órgano funcionando nos pone al corriente de cuantas alteraciones es susceptible éste en su estado patológico.

Pero debemos considerar á la mujer no sólo como fué creada *ab-initio*, sino como la ha llegado á constituir la sociedad, y esta consideracion nos dará la clave de ciertos trastornos que sobrevienen preferentemente en determinadas edades. Entre éstos no los hay más notables que los que constituyen la tísis pulmonal tan frecuente en las púberes, en las que concurren para producir esta frecuencia, además de la vida sedentaria que llevan y las excitaciones demasiado vivas en un cérebro que aún no pue-

de raciocinar con juicio, ciertas condiciones determinadas por una costumbre (que respetamos por ser costumbre, pero que no deja de ser altamente censurable) y hasta por falsas ideas concebidas acerca de la belleza de la mujer, cuyo talle debe ser esbelto y su cintura estrecha por más que la naturaleza proteste contra este error formando el pecho más ancho en su base que en su vértice, y amenace con la tísis y con las afecciones de corazon á quienes se atrevan á contrariar sus miras. Sin embargo, estas miras se contrarian y la tísis sobreviene especialmente en la pubertad, tísis que no siempre es la tuberculosa, que á menudo es la caseosa, pero que en la mayoría de casos no reconoce por causa la herencia, sino ese género de vida indicado, ese deseo de considerar como mujer á la que áun no lo es y ese cambio impuesto á fuerza de corsées y de ballenas á la estructura natural del cuerpo humano. Esta tísis desarrollada en la época de la pubertad y que impide á menudo que se verifique la ovulacion, tiene además de éste, el carácter casi constante de seguir una marcha rápida. Esta *tísis florida* es la tísis aguda de Andral, si no existia una predisposicion considerable, y la agudísima ó galopante de Trousseau ó la miliar de Niemeyer, si esta predisposicion era evidente.

Prescindo de las enfermedades especiales de la mujer de que me he ocupado, y en estas generalidades tampoco aludo á las de la menopausia de que acabo de tratar, bastándome ahora para mi objeto dejar consignados los principios indicados más arriba y que pueden servirnos suficientemente de norma para concebir y explicar muchos padecimientos de la mujer, ciertas aparentes anomalías de estos padecimientos, algunas complicaciones raras, y sobre todo, guiarnos en la ciencia de las indicaciones que es la más interesante para el médico práctico.

Pero hasta aquí para nada he hablado del aparato generador y podria suponerse un olvido imperdonable; razon es que diga algo de este aparato como causa patogénica.

Sin hablar de la autocracia del útero que tantas veces he negado, sin insistir en mi afirmacion de que la mujer no lo es tal por el útero ni por la generacion, sino para la generacion, como las aves no lo son por sus alas ni los peces por sus escamas, y descartando lo que en este asunto es puramente hipotético de lo evidente, voy á tratar tan sólo de lo que la observacion ha demostrado y la práctica diaria confirma.

Hoy se conviene por todos en que ni la clórosis ni el histerismo, ni la ninfomanía, son enfermedades del útero ó producidas por lesiones de este órgano, pero hay que convenir tambien en la certeza de determinadas lesiones en que la vida sexual influye poderosamente.

Desde tiempo inmemorial se conviene por los autores de más nota en la existencia de hemorragias supletorias de la menstruacion, y aunque los casos evidentes de éstas son raros y en pocos se reunen las circunstancias que se expresan en la página 119 del primer tomo de esta obra, no por eso dejan de ser más ciertos y por lo tanto debo llamar la atencion sobre ellos. La época en que aparecen con más frecuencia estas desviaciones menstruales, es la próxima á la menopausia, y segun Stahl, basta en ciertas ocasiones una indigestion ó un catarro pulmonal durante las reglas, para suprimirlas y determinar una hematemesis ó una hemotisis supletoria. Segun Gardien, ántes y durante la pubertad las epistaxis y hemotisis son las que sobrevienen; en la edad adulta sólo las hemotisis y cerca de la época crítica las hematemesis y las hemorroides.

La amenorrea puede tambien ser causa de otras enfermedades; y ciertas toses secas y difíciles de curar, ataques de asma, diferentes espasmos y neurosis, cólicos abdominales, son debidas única y exclusivamente á la supresion de los ménstruos. A propósito de esto, debo desvanecer un error que he visto cometer á menudo. En algunas jóvenes se desarrolla la tísis en la época de la pubertad, y entónces si la menstruacion no se ha establecido suele no presentarse y si ya existia se suprime, y alarmada la familia de la púbere quiere que á todo trance se provoque el flujo menstrual, haciendo para ello los mayores desatinos sin que consiga realizar su deseo, pues entónces la amenorrea, ó mejor dicho, la amenofanio está bajo la dependencia de la tísis y no vice-versa como ellos creen.

Respecto á los trastornos que la cesacion fisiológica de las reglas produce en ocasiones, ya he tratado en la leccion anterior, agregando sólo ahora y como corolario á lo allí expuesto, que la mujer que respete las miras de la naturaleza, sin oponerse en lo más mínimo á ellas, y comprenda resignada que con la menstruacion ha concluido su vida sexual, no sufrirá en la inmensísima mayoría de los casos ningun trastorno en la menopausia que le pueda lógicamente ser atribuido.

El estado de gestacion influye poderosamente sobre muchas enfermedades, curando unas, agravando otras, produciendo algunas, suspendiendo la marcha de ciertas otras. Cúranse á veces las neurosis; agrávanse y áun exponen á una funesta terminacion las hidropesías, los aneurismas, las hernias de las vísceras abdominales, las afecciones febriles y con especialidad las fiebres eruptivas, los contagios exóticos; prodúcense las que he descrito en la patología del embarazo, y suele suspender su marcha la tísis.

Durante el parto se producen á veces lesiones que persisten toda la vida, como la rotura del periné, las fístulas vagino-vesicales y vagino-rectales, las dislocaciones del útero. En el puerperio adquieren bastante gravedad cualquier lesion traumática, la fiebre más insignificante, la erupcion más benigna.

La lactancia influye favorablemente en la salud de muchas mujeres, haciendo desaparecer una clórosis, un histerismo; pero en aquellas que se hallan predispuestas á la tísis suele ser una causa poderosa de tan terrible enfermedad, y en las que se habia suspendido ésta con el embarazo, el parto es el anuncio de una muerte más ó ménos próxima.

Estos últimos puntos han sido tratados con más extension en las lecciones 25 y 63, y por lo tanto termino aquí cuanto, segun el plan que me habia propuesto, hace relacion con la mujer fisio-patológicamente considerada.

PARTE SEGUNDA.

DEL NIÑO FISIO-PATOLÓGICAMENTE CONSIDERADO.

SECCION 1.ª

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

LECCION I.

Consideraciones generales.—Division de esta seccion.—A. Fenómenos que se observan en el óvulo desde su impregnacion hasta la época del nacimiento.— Modificaciones sufridas por el óvulo hasta su llegada al útero.—Corion primitivo.

CONSIDERACIONES GENERALES.

El tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el fin del primer año constituye, segun Huffeland, la segunda mitad de una creacion que habia empezado en el cláustro materno á la impregnacion del óvulo. Durante este primer año, se producen infinitas modificaciones en todo el organismo. La sangre ya no es llevada procedente de la madre por la vena umbilical á sufrir una importante elaboracion en el hígado, ni en su circulacion se comunican directamente entre sí el corazon derecho y el izquierdo, ni el cuerpo tiroides y las cápsulas suprenales desempeñan el importante papel que en la vida intra-ute-

rina, ni el timus toma la más mínima parte en las funciones.

Los órganos digestivos han entrado en actividad, suministrando al aparato circulatorio los materiales para el líquido nutritivo y formador que ya tiene que producirse en el organismo del niño y experimentar su depuracion en unos órganos que plegados hasta entónces en el fondo del pecho, empiezan con el nacimiento una actividad funcional que sólo ha de terminar con la muerte. Nuevos humores se elaboran, reteniéndose ó escretándose, segun su naturaleza, y los movimientos orgánicos se encuentran tan acelerados que el exceso de vida que por todas partes se revela en el nuevo ser y que tan necesario le es para subvenir á su crecimiento y desarrollo, imprime un sello especial á los padecimientos del niño, de los que áun los comunes á otras edades muy diferentes, presentan caractéres diferenciales marcadísimos.

Para comprender, pues, la patología especial del niño es preciso un conocimiento bastante profundo de su anatomía y de su fisiología, ántes y despues del nacimiento, y de las modificaciones que en ellas se induce desde que comienza la vida exterior.

En atencion á esto, trataré sucesivamente en esta seccion, aunque con la brevedad posible:

A. De los fenómenos que se observan en el óvulo desde su impregnacion hasta la época del nacimiento.

B. De la anatomía-fisiológica del fétus á término.

C. De los fenómenos anatomo-fisiológicos que en el fétus se producen por el acto del nacimiento y de las modificaciones que se observan en el niño hasta la época de la pubertad ó sea hasta el fin de la segunda infancia.

A.—FENÓMENOS QUE SE OBSERVAN EN EL ÓVULO DESDE SU IMPREGNACION HASTA LA ÉPOCA DEL NACIMIENTO.—MODIFICACIONES SUFRIDAS POR EL ÓVULO HASTA SU LLEGADA AL ÚTERO. CORION PRIMITIVO.

En la incesante actividad del ovario durante la vida sexual, hay constantemente unas 16 ó 20 vesículas de Graaf en períodos muy avanzados de su desarrollo, y mensualmente una de ellas (algunas veces más) se dehisce y deja escapar un óvulo que ó cae en la cavidad abdominal y llega á reabsorverse desapareciendo por completo, ó es conducido por la trompa correspondiente á la cavidad uterina, siendo probable entónces que sea arrojado al exterior por la sangre que se derrama como fenómeno crítico de la congestion útero-ovárica que acompaña á cada ovulacion.

Pero si inmediatamente ántes, ó en el momento, ó poco despues de desprenderse el óvulo, recibe el influjo vivificante del esperma humano, ya este influjo consista en recibir el aura seminalis (doctrina completamente desechada), ya en el contacto inmediato del sémen (como todo hace creer), ya en la penetracion de los espermatozoarios por el micrópylo del óvulo (no probada aún esperimentalmente) producese un fenómeno cuya esencia se desconoce y que consiste en la adquisicion por ese óvulo de una actividad *per se* especialísima y que tiene por objeto final la produccion y desarrollo del nuevo ser.

Recordemos, aunque brevemente, cómo se verifican estos fenómenos, ya que se desconoce el por qué de ellos.

Al romperse la vesícula de Graaf, el pabellon de la trompa, ó dicho con exactitud, uno de sus pétalos, se ha aplicado contra el ovario á causa de la contraccion de las fibras musculares lisas de los ligamentos anchos, deter-

minada por el eretismo que experimentan durante la *postura periódica* todas las partes del aparato sexual. En virtud de esto, es recogido el óvulo, y por ciertos movimientos ejecutados por la trompa, es llevado á el útero, tardando esta conduccion un espacio de tiempo calculado en unos ocho dias. Desde que la vesícula está próxima á romperse y máxime desde que se rompe hasta que el óvulo recorre el tercio externo de la trompa, es susceptible de ser fecundado, y esta fecundacion está hoy completamente probado que es debida al contacto con el sémen en sustancia. Aquí, sin embargo, divídense los fisiólogos en animaculistas y ovulistas, creyendo los primeros que los espermatozoarios constituyen propiamente el gérmen, el *homóculo*, y los segundos asegurando que el esperma hace las veces de un fermento. Lo que es indudable es la necesidad del contacto inmediato, y lo que por analogía sabemos es que en los óvulos de algunos animales existe una abertura pequeña ó micrópylo por donde penetra el espermatozoario, cuya presencia en el interior de aquellos ha sido comprobada por Meissner en 1854, que vió en una coneja dentro de la membrana vitelina y en contacto con el vitellus á un espermatozoario. Wagner, Henle y otros han visto este mismo fenómeno, observando que los dichos animalillos en contacto del vitellus desaparecen por liquefaccion, hecho que tal vez sirva de apoyo á las ideas de los ovulistas, pero que los animaculistas interpretan, diciendo que al desaparecer los zoospermos se transforman en granulaciones que forman el blastodermo de cuyas dos hojas (ó tres, segun los más modernos) proceden todos ó casi todos los órganos del nuevo ser. Entendida de esta última manera la doctrina de los animaculistas, es muy admisible y no se halla en abierta oposicion con la del fermento.

Esto sentado, veamos qué modificaciones sufre el óvulo desde que abandonó al ovario, hasta su llegada al útero, ó sea durante los ocho primeros dias.

El óvulo está formado por una membrana de cubierta llamada vitelina y un contenido semilíquido, amarillento y granuloso que es el vitellus. Está encerrado en la vesícula de Graaf ó cápsula ovárica, la cual tiene una membrana de estructura laminosa íntimamente adherida á los elementos de la capa ovárica y que contiene en su interior, además del óvulo, multitud de células de epitelium nuclear esférico. Cuando se aproxima la época de la rotura de la vesícula, sus paredes se vascularizan notablemente, su interior se llena de líquido que rechaza á las células epiteliales hácia la periferie, á donde se ha dirigido tambien el óvulo (que ántes se hallaba centralmente situado) y forma al rededor de éste una capa especial llamada membrana granulosa, constituida por esas células epiteliales amontonadas y reunidas entre sí por un líquido viscoso; cuya membrana granulosa ó, mejor dicho, grupo de células epiteliales, llega á revestir completamente al óvulo tomando el nombre de disco prolíjero, cuyo disco le acompaña á su salida de la vesícula. Ántes de salir el óvulo de la cápsula ovárica, se presenta en su interior un núcleo escéntrico, esférico y transparente que es la vesícula germinativa, el cual tiene un nucleolo ó granulacion, escéntrica tambien y muy refringente, que es la mancha germinativa. Tanto la mancha como la vesícula germinativa desaparecen cuando el óvulo sale de la cápsula y entónces las granulaciones del vitelus se agrupan hácia su centro, en cuyo punto aparece el glóbulo polar, cuyo papel posterior se desconoce y en el centro de este glóbulo se presenta el núcleo vitelino ó glóbulo oleaginoso que no tarda en prolongarse y extrangularse en su cen-

tro dividiéndose en dos partes, cada una de las cuales sirve de núcleo á otras dos porciones, haciéndose cada porcion como un centro de atraccion de las células vitelinas ambientes y continuando la segmentacion de una manera casi indefinida hasta que concluyen por formarse multitud de esferitas de núcleo central y que sin cubierta al principio, concluye por formársele por la condensacion del líquido ambiente, tomando entónces la masa el nombre de *cuerpo muriforme* ó núcleos embrio-plásticos. Miéntras tanto el óvulo ha alcanzado la trompa desproveyéndose poco á poco del disco prolíjero y cubriéndose en cambio, al llegar al tercio de aquel conducto, de una capa de sustancia albuminosa á expensas de la cual parece nutrirse el óvulo.

Hemos llegado al octavo dia de la fecundacion, época en que el óvulo penetra en el útero. Este órgano ha participado de la congestion ovárica mensual y su mucosa á consecuencia de esto se encontraba turgente y como hipertrofiada, turgencia ó estado hipertrófico que no desaparece por la fecundacion, sino que por el contrario aumenta á términos que parece como que la cavidad uterina (que se ha ensanchado algo) no basta á contenerla. En semejante estado llega el óvulo por el orificio interno de la trompa y empujado por las contracciones de las fibras musculares lisas que se encuentran en el espesor de los ligamentos anchos, y una vez en el útero y á mayor ó menor distancia del orificio dicho, pero siempre muy cerca de él, se encuentra alguno de los numerosos pliegues que la membrana mucosa forma, deteniéndose allí, cubriéndose por lo tanto la membrana vitelina de villosidades y formando la mucosa al rededor de la base del óvulo un rodete circular que poco á poco lo va cubriendo completamente, dejando una pequeña depresion en la úl-

tima parte que cubre, depresion que ha sido llamada ombligo y que tarda segun Coste 20 á 25 dias en desaparecer. Hé aquí cómo se produce, segun el autor que acabo de citar, la caduca refleja constituyendo la hoja uterina de la misma la membrana mucosa y existiendo en un principio una separacion notable entre ambas hojas llena de un líquido mucoso llamado hidroperion ú otras veces sólo de un poco de humedad. Esta separacion va poco á poco disminuyendo, y al cuarto mes de embarazo desaparece.

Sigamos ahora en la leccion siguiente, á el óvulo en su desarrollo desde que pasados los ocho dias penetró en el útero.

LECCION II.

Continúa el asunto anterior.—Division del blastodermo en tres hojas. Formacion de las cubiertas del huevo y de la placenta.

La agregacion de las células esferoidales del cuerpo muriforme empujadas hácia la periferie por el líquido albuminoso que contiene el huevo, llegan á constituir un revestimiento interior de la membrana vitelina que lleva el nombre de blastodermos ó membrana blastodérmica, la cual no contrae adherencia alguna con la anterior. Apénas organizado el blastodermo aparece en él una pequeña mancha circular que es la mancha embrionaria ó área germinativa, en la que las células están más apretadas que en el resto de la membrana y son pálidas y transparentes, conteniendo uno ó dos núcleos aislados y rara vez

nucleolos. Coincide la aparicion de esta mancha con la division del blastodermo en dos hojas interna y externa, cuya division empieza al rededor de la mancha, y muy pronto aparece otra nueva hoja intermedia á las otras dos, procedente de la interna y que no traspasa los límites de la área germinativa.

Crece rápidamente la mancha, tórnase en elíptica, elévase sobre el blastodermo á manera de tirabuzon, pónese completamente opaca, pero transparéntase notablemente en su centro (área lúcida) en el que aparece el delineamiento del embrion (línea primitiva) bajo la forma de un tirabuzon prolongado, extrangulado en su parte media, en el que se dibuja una línea que se convierte en canal (canal primitivo), bajo el que se presenta un cordon (cuerda dorsal) y cuyos bordes se prolongan y se aproximan uno á otro, circunscribiendo una especie de arco en una de las extremidades que corresponde á la cabeza y reuniéndose en ángulo agudo en la extremidad caudal, al paso que todo el embrion se incurva hácia el centro del huevo y el contorno exterior del área lúcida se levanta formando dos placas (láminas ventrales) que han de cerrar anteriormente el cuerpo del embrion. Miéntras éste se incurva, la hoja externa del blastodermo con la que estaba en continuidad la mancha embrionaria, va reflejándose sobre él, cubriendo sus partes laterales y sus extremidades, convergiendo hácia atrás y formando un pedículo (ligamento dorsal) que luégo desaparece, haciéndose completa la cubierta por la parte dorsal del embrion, pero que por la parte abdominal deja una abertura ú ombligo bastante considerable, en un principio, pero que aunque se estrecha luégo no desaparece, y esa abertura da paso á los pedículos de las vesículas umbilical y alantoides. De este modo la hoja externa del blastodermo

se ha duplicado (digámoslo así) y con la desaparicion del ligamento dorsal queda una de las láminas de esta duplicacion envolviendo el embrion por todas partes ménos por donde pasan los pedículos de las dos vesículas dichas y tomando el nombre de amnios; y la otra lámina continúa en relacion con la membrana vitelina que miéntras tanto se habia provisto de villosidades adherentes á la caduca, pero que desde que dicha separacion en dos láminas se ha verificado, empieza á disminuir gradualmente en espesor hasta que desaparece del todo hácia los doce dias de la fecundacion. Ántes que desaparezca la membrana vitelina ó primer corion, se han formado en la superficie externa de la lámina de la hoja externa del blastodermo (que ha de sustituirla con el nombre de segundo corion ó corion definitivo), multitud de villosidades huecas desprovistas de vasos, que formando una especie de tubos cerrados penetran en el espesor de la mucosa uterina en busca de materiales de nutricion, y que luégo hácia la sexta semana, á causa de la confusion de las células que las forman, ofrecen como el resto del corion el aspecto de una masa amorfa, resistente, agrisada, estirada por unos puntos, granulosa y sembrada de núcleos.

Tenemos, pues, ya explicadas la formacion de la caduca suministrada por la mucosa uterina, del primer corion constituido por la membrana vitelina, del segundo corion ó definitivo procedente de la hoja externa del blastodermo, y del amnios suministrada por esta misma hoja externa, como acabamos de ver. Ántes de pasar adelante debo dejar sentado que la hoja media del blastodermo unida á la externa, aunque sin exceder jamás de los límites de la mancha embrionaria, ha contribuido á formar el área lúcida y el área opaca y luégo ha de constituir toda la masa del embrion, ménos las partes centrales del siste-

ma nervioso y las cubiertas cutánea y mucosa, y constituirá tambien la parte fibrosa de las vesículas umbilical y alantoides, así como sirve de refuerzo á el amnios.

Apénas formada la membrana amnios se produce una materia albuminosa que la separa del corion definitivo (y es el magma reticulado), pero bien pronto desaparece llegando á unirse ambas membranas hácia el fin del tercer mes, á causa de que empieza muy pronto á derramarse una cantidad pequeña de líquido entre el amnios y el embrion, líquido llamado agua del amnios, abundante en albúmina y sales alcalinas, que al fin del segundo mes ha aumentado considerablemente en cantidad y que en el tercero ya ha aproximado el amnios al corion del que sólo llega á separarle en un período más avanzado una membrana resistente descrita por Bischoff con el nombre de membrana media y que son restos del magma reticulado. El máximun de su cantidad es de un kilógramo hácia el sexto mes, disminuyendo luégo al final del embarazo.

Cuando la hoja externa del blastodermo se ha reflejado sobre el embrion cubriéndolo por todas partes, ha dejado en su cara cóncava una abertura circular por donde dije entrarian las vesículas alantoides y umbilical. Muy pronto una parte de esa hoja externa se insinúa por los límites de esta abertura, dividiéndola en dos de la que la mayor es la que corresponde á la extremidad cefálica y es la de la vesícula umbilical, y la otra está destinada á la vesícula alantoides. Estas dos vesículas, la alantoides y la umbilical, están formadas por la hoja interna del blastodermo que cubriendo en su principio la cara cóncava del embrion, ha sido arrollada en cierto modo por la hoja externa cuando ésta se reflejó sobre aquel, pero dejándole siempre en íntimo contacto con esa cara cón-

cava y sin interseccion alguna, pues para que se comunique con el resto de la hoja ha dejado la abertura umbilical.

Viene, pues, aquí de molde hablar de la hoja interna del blastodermo. Hemos dejado mas arriba al embrion encorvado á manera de barca con la concavidad hácia el centro del huevo, y teniendo en el fondo de esta concavidad á la hoja interna. Ésta, á medida que las partes periféricas del area embrionaria se prolongan hácia delante toma la figura de una calabaza de peregrino, cuya capacidad menor es la que corresponde al embrion, y constituye el canal intestinal; y la capacidad mayor forma al principio la vesícula umbilical y más adelante la vesícula alantoides, desapareciendo aquella en época más avanzada y sufriendo ésta las modificaciones que en seguida indicaré. Ese canal intestinal termina en dos extremidades cerradas, la una llamada céfalo-intestinal que formará luégo la laringe y el esófago y la otra cavidad pelvi-intestinal que contribuirá á formar los intestinos. Así, pues, la vesícula umbilical primero, la alantoides luégo, comunicarán y tomarán orígen en esta cavidad abdominal.

La primera en desarrollarse alcanzando entónces un gran volúmen, es la umbilical, que como he dicho, desaparece hácia el cuarto mes y que á la cuarta ó quinta semana ha adquirido su completo desarrollo. En este momento está constituida por dos membranas: una interna epitélica procedente de la hoja interna del blastodermo, otra externa fibro-vascular producida por la hoja media del mismo blastodermo que al principio se limitaba á la region de la mancha embrionaria, pero que luégo se ha extendido cubriendo en su totalidad á la vesícula. El pedículo de ésta que lleva miéntras existe el nombre de con-

ducto omfalo-mesentérico, se comunica en la cavidad abdominal con un asa del intestino delgado (ya formado en la cuarta semana) y encierra los vasos que tambien llevan el nombre de ómfalo-mesentéricos y son al principio cuatro, dos arterias y dos venas, pero pronto quedan reducidos á un vaso de cada especie, de los que la vena toma su orígen en un pequeño espacio circular escéntrico al área transparente que es el área vasculosa, y ya formada sigue hasta terminar en el corazon, y cuando el aparato circulatorio está más complexo sigue á el duodeno y se abre en la vena umbilical despues de abandonar ésta á el hígado (subsiste luégo con el nombre de vena-hepática). La arteria procede de la aorta y dando ramos al intestino y al mesenterio va á terminarse en el pedículo de la vesícula umbilical. Esta vesícula contiene un líquido claro que luégo se vuelve amarillento. Despues de alcanzar la vesícula el máximun de su desarrollo hácia la cuarta ó quinta semana, empieza á disminuir de volúmen empujada por el amnios hácia el magma reticulado, no tardando en atrofiarse y desapareciendo al cuarto mes.

La vesícula alantoides no aparece probablemente hasta los veinte dias, siendo esférica, aunque no tarda en hacerse piriforme y en pedicularse. Este pedículo corresponde á la extremidad caudal del embrion y su orígen en el interior de éste es en la porcion terminal del intestino, en un punto en que éste se halla confundido todavía con la vejiga de la orina y de tal modo, que en su principio se continúa con ésta por un conducto llamado alantoideo, que luégo cuando va cerrándose la vejiga toma el nombre de uraco, el cual obliterado al fin, subsiste toda la vida extra-uterina, constituyendo ese cordon ligamentoso que desde la cara superior de la vejiga se extiende por

la parte posterior de la pared abdominal hasta el ombligo. La parte extra-embrionaria de la vesícula alantoides, ó sea la verdadera vesícula de este nombre, va desarrollándose con rapidez suma, comprimiendo y atrofiando á la vesícula umbilical, llega á ponerse en contacto con el corion, y desde este momento se extiende por toda la cara interna de éste bajo la forma de magma reticulado, despues de insinuar en el espesor de las villosidades de aquella membrana, vasos sanguíneos que ántes no tenia y en que ella abunda. Estos vasos sanguíneos de la alantoides son dos arterias que nacen de las dos aortas inferiores y suministran los ramos arteriales de las villosidades del corion, recibiendo en época más adelantada el nombre de arterias umbilicales, y dos venas que originándose en las villosidades penetran en el abdómen del fétus, distribuyéndose luégo en las paredes de éste y en las torácicas, abriéndose por último en la vena omfalo-mesentérica y desapareciendo la del lado izquierdo á los treinta ó cuarenta dias, persistiendo entónces la derecha con el nombre de vena umbilical.

El magma reticulado forma como una masa de paredes transparentes que contiene una sustancia semi-líquida envuelta en tejido laminoso. Al principio tiene una rica vascularizacion que se trasmite á las villosidades del corion, pero al fin del tercer mes desaparece esa vascularizacion de todas estas, con exclusion de las que se relacionan con la mucosa inter-útero-placentaria. Desde los dos meses disminuye el magma hasta que desaparece, aunque persistiendo en el cordon umbilical con el nombre de gelatina de Warthon.

He descrito hasta ahora la formacion de las tres envolturas del huevo, de las que una suministra el útero (la caduca) y las otras dos (corion y amnios) proceden de

la hoja externa del blastodermo : he indicado la formacion del embrion en la mancha embrionaria ; he enunciado los órganos que ha de formar la hoja media del blastodermo; he dicho cómo la hoja interna de esta membrana es el orígen de la mayor parte de los órganos internos y el papel tan importante que desempeña en la nutricion del huevo, formando las vesículas umbilical y alantoides; quédame que tratar del desarrollo sucesivo de los órganos del nuevo ser, que se verifica de este modo ; el sistema nervioso central y los tegumentos á expensas de la hoja externa ; el epitelio intestinal con las glándulas anejas; el de la vejiga y riñones y el árbol aéreo, de la hoja interna ; y el resto, de la hoja media. Pero ántes voy á decir dos palabras de la placenta.

Al colocarse el óvulo como queda dicho en un repliegue de la mucosa uterina, y cuando en su crecimiento va envolviéndose por esta porcion de mucosa, formándose la hoja refleja de la caduca que más tarde se confunde con la hoja uterina, llega al cabo de un mes á hallarse en contacto con la pared del útero por un punto limitado que se aumenta luégo de extension, y este punto es en el que se formará la placenta. Esta pequeña porcion de mucosa que separa el huevo del útero, es la membrana útero-placentaria cuya vascularizacion se hace muy activa, escavándose el tejido muscular subyacente, formándose senos sanguíneos á causa de la dilatacion considerable de los vasos capilares y su fusion por reabsorcion de sus paredes. En este sitio tambien la mucosa hipertrofiada constituye una capa blanda glutinosa y grisácea, en cuyo espesor penetra la membrana laminosa, cuya capa se adhiere íntimamente á las villosidades del corion primitivo ó del permanente cuando aquel desaparece. Esta es la porcion materna como se ha llamado (aunque no rigorosamente) de la placenta.

El resto de ésta es debido á que cuando los vasos de la alantoides distribuidos en las villosidades del corion definitivo se obstruyen, no les ocurre esto sino que continúan permeables y áun en mayor actividad, á los correspondientes á las villosidades de la porcion de corion que se relaciona con la membrana útero-placentaria y los senos, formándose de este modo la placenta frondosa. En la placenta hay, pues, estos vasos á que aludo; además una membrana laminosa, en la que se convierte en este punto el magma reticulado, una capa membranosa procedente de la mucosa útero-placentaria y las villosidades. No hay comunicacion sanguínea directa entre la madre y el fétus por intermedio de la placenta. Este órgano empieza á formarse hácia el mes y medio. El cordon umbilical aparece desde el fin del primer mes y constituido al principio por los pedículos de las dos vesículas contiene los cuatro vasos omfalo-mesentéricos de la umbilical y los cuatro umbilicales de la alantoides, y además un asa de intestino delgado y porcion del uraco, pero en el tercer mes queda sólo formado por la vena y las dos arterias umbilicales y la gelatina de Warton.

LECCION III.

Continúa el asunto anterior.—Formacion de los diferentes órganos.

No pudiendo entrar en minuciosos detalles acerca de la formacion y desarrollo de cada una de las partes del fétus, dada la índole de este trabajo, voy á indicar sumariamente de qué hoja del blastodermo procede cada una y cuál es el órden de su sucesion.

Partes suministradas por la hoja externa del blastodermo.—Ya se ha hablado de las partes extra-fetales que esta hoja produce, por lo que sólo me ocuparé ahora de las fetales. Estas son el sistema nervioso central, la retina, el laberinto y la cubierta cutánea con sus anexos.

La hoja externa se desprende de la media á nivel del canal primitivo, y la parte de ella que corresponde á este canal se ha llamado láminas medulares, así como las laterales láminas epidérmicas.

Las láminas medulares van á constituir los centros nerviosos. El canal primitivo se agranda formando un surco (canal medular) limitado á cada lado por dos crestas (crestas dorsales), las cuales van poco á poco aproximándose hasta reunirse en la línea media, circunscribiendo el conducto medular. Este conducto presenta dos abultamientos, uno cefálico, en el que aparecen tres células (la primera que formará los hemisferios cerebrales, los tálamos ópticos, los cuerpos callosos, los ventrículos y sus dependencias; la segunda que producirá los tubércu-

los cuadrigéminos y los pedúnculos cerebrales y la tercera que originará el cerebelo y el bulbo raquídeo). El abultamiento caudal del conducto medular se ha llamado seno romboidal, del que nacen los nervios de los miembros inferiores.

Las láminas epidérmicas soldadas en su orígen con las medulares en las crestas dorsales, se separan de ellas despues de suministrar la cubierta cutánea del conducto medular, constituyen la epidermis del dorso, la del pecho, la de las partes laterales del vientre, penetran en el fondo de éste y constituyen la superficie de cubierta del tubo digestivo. Al encontrar en el exterior los mamelones que han de formar los miembros, se engruesa considerablemente. No tarda en deprimirse esta cubierta á nivel de la boca y del ano y á perforarse de modo que constituye tambien la superficie epidérmica de estas dos aberturas. En estas láminas epidérmicas se forman en la porcion cefálica cuatro hendiduras llamadas viscerales que separan cuatro arcos que llevan el mismo nombre, del primero de los cuales procede la cara, de los otros tres el cuello inclusa la laringe, y entre los dos primeros producen los huesos del oido. Las tres hendiduras inferiores se obliteran pronto, no así la primera destinada á formar el conducto auditivo externo y la caja del tímpano.

Partes que produce la hoja interna ó mucosa del blastodermo. — Las extra-fetales son las vesículas umbilical y alantoides: las fetales el epitelium intestinal, el de la vejiga y los riñones, y el árbol aéreo. A medida que el embrion se encorva y que la hoja externa del blastodermo va doblándose sobre él y formándole los capuchones, la hoja interna se replega, quedando reducida á la concavidad del embrion y sufriendo un estrechamiento en el

punto en que la otra hoja ha formado el ombligo. La parte que ha quedado por debajo del ombligo va á constituir el conducto intestinal que al principio es un canal, pero que luégo se cierra transformándose en un verdadero conducto. Ántes de sufrir esta transformacion, el canal intestinal presenta dos extremidades cerradas, una llamada cavidad céfalo-intestinal que constituirá el árbol aéreo y el exófago, y la otra que es la cavidad pelvi-intestinal contribuirá á formar la parte más inferior del tubo digestivo. Estas dos cavidades se perforan más adelante por la boca y el ano y en cada una de las dos aberturas se confundirá la hoja interna que va revistiéndolas con la hoja externa, como he dicho más arriba. Cuando todavía la cavidad intestinal está muy abierta y no hay conducto intestinal propiamente dicho, sino un canal, sufre la hoja de que hablo una depresion hácia su extremidad caudal, constituyéndose una pequeña vesícula que poco á poco se agranda, se sale en parte del embrion, llegando bien pronto á ser muy considerable esta porcion extra-embrionaria que llega á aislarse por completo de la porcion intra-embrionaria, aunque conservándose á modo de cordon la parte obliterada. Esta parte inferior de la vesícula es la vejiga de la orina de la que procede en un principio la otra porcion exterior ó vesícula alantoides: la porcion estrechada luégo y obliterada más tarde, es el uraco.

A todos estos órganos no les da la hoja interna del blastodermo más que la cubierta epitélica con sus glándulas anejas, pues la tegumentaria la proporciona la hoja externa ó serosa del mismo blastodermo. Por los agujeros que se producen en la superficie interior de los órganos ya formados, se introduce tambien la hoja mucosa revistiendo los conductos que se producen y los otros ór-

ganos. Así es como constituye tambien el epitelio de los riñones y los demás epitelios.

Partes originadas de la hoja media del blastodermo. —Las partes fetales nacidas de la hoja media son, casi toda la masa del embrion, excepcion hecha del sistema nervioso central y de las cubiertas tegumentarias externa é interna con sus anexos. Forma la parte fibrosa del amnios y de la vesícula alantoides.

Una vez formado el canal primitivo aparece en el espesor de la hoja media y en el eje de aquel, un cordon cilíndrico que es la cuerda dorsal. Las partes laterales de ésta forman las láminas vertebrales, las partes más periféricas, las láminas laterales, y tanto éstas como aquellas marchan separadamente á su destino en la region del tronco, pero en la cefálica subsisten reunidas y se les ha llamado láminas cefálicas.

La cuerda dorsal que aparece con la forma de una línea delgada compuesta de células, debajo del canal primitivo, es el eje del tronco y se termina por delante en una extremidad puntiaguda ántes de llegar á la mitad del canal medular, y por detrás en una extremidad fusiforme. Es el centro de la formacion de las láminas vertebrales que se dividen en secciones por pares situados al lado de la cuerda, correspondiendo el primer par á la parte anterior del cuello. Estos pares adquieren la forma de pequeñas manchas oscuras cuadrangulares que son las proto-vértebras, las cuales dividen la cavidad que existe en cada seccion (cavidad proto-vertebral) en dos partes, una dorsal que es la lámina muscular correspondiente (todas las cuales contribuyen por la parte posterior á formar los músculos de los canales vertebrales y tal vez la piel, y por la parte anterior á formar los músculos intercostales, los abdominales y tal vez las extremidades) y la

otra ventral ó proto-vértebras propiamente dichas, que forman la columna vertebral, cartilaginosa en su principio y sin que se señalen en ella las divisiones de las vértebras.

Las láminas laterales se dividen en dos hojas, una interna ó lámina fibro-intestinal que tapiza la cara interna de la hoja interna del blastodermo y en los primeros tiempos no se extiende más allá de la área embrionaria aunque luégo se prolonga considerablemente llegando á formar una cubierta fibrosa completa al conducto intestinal y á las dos vesículas, reuniéndose luégo á la otra hoja externa de la lámina lateral ó sea la lámina cutánea, sirviendo de parte intermedia para esta reunion otra hoja llamada lámina media. Las hojas externas ó cutáneas de las láminas laterales forman en el dorso el dermis soldándose en la línea media, y en el lado ventral del embrion se subdividen en otras dos hojas, entre las que se interponen las láminas musculares y las proto-vértebras, y de las que la externa reviste la cara anterior del tronco y la interna forma la hoja parietal del peritoneo. Estas láminas cutáneas salen por el anillo umbilical para formar la hoja fibrosa del amnios.

De la union de las hojas fibro-intestinal y cutánea de las láminas laterales, union que se verifica en la línea media, resulta otra lámina media ó mesentérica que rodea la cuerda dorsal y contribuye á formar el mesenterio y además los cuerpos de Wolff, la arteria aorta, las venas cardiacas, etc.

Cuando hablé de la formacion de las láminas vertebrales y de las laterales, dije que éstas se encontraban separadas en la region del tronco á donde verdaderamente recibian este nombre, pero que en la region cefálica estaban reunidas y se habian llamado láminas cefálicas. Éstas se encorvan hácia adelante con el embrion, contribuyen á cer-

rar la extremidad superior de la cavidad intestinal (cuya cavidad se divide en una subcavidad faríngea y otra esofaríngea) y por la parte posterior se conducen á la manera de las proto-vértebras, rodeando la parte anterior del conducto medular, dividiéndose luégo en dos hojas, una que forma el dermis del cráneo y otra que constituye la cápsula membranosa craneal.

Habiendo manifestado el modo como las tres hojas del blastodermo (externa ó serosa, media ó fibrosa, é interna ó mucosa) forman el embrion, voy á indicar someramente tanto la procedencia de cada uno de los órganos más importantes, como las épocas de su aparicion y desarrollo.

Sistema nervioso.—Este sistema formado por la hoja externa del blastodermo, se delinea muy al principio y en la tercera semana ya presenta el canal medular tres dilataciones separadas por dos depresiones en su parte cefálica y en la caudal una prolongacion llamada seno romboidal. Las tres dilataciones del abultamiento cefálico darán nacimiento á la masa cerebral; del seno romboidal nacerán los nervios de los miembros inferiores. En el encéfalo la sustancia blanca es la primera que se forma. La dura madre y la pia madre no aparecen hasta las siete ú ocho semanas y la aracnoides hasta el quinto mes. Los nervios cerebrales se observan ya en la décima y oncena semana, el simpático mayor se ha visto desarrollado en un embrion de once ó doce semanas, y la médula aparece simultáneamente con el conducto medular. Las vesículas oculares primitivas que son los primeros indicios del ojo, existen ya en la tercera semana: muy poco despues aparecen las vesículas auditivas de las que procede el laberinto (que se encuentra ya formado en el tercer mes), los conductos semicirculares, el caracol y el vestíbulo, cons-

tituyendo su pedículo el nervio auditivo independiente al principio del cerebro, pero que se le une luégo; hácia la cuarta semana se presenta el aparato olfatorio que procede de una prolongacion vesicular de la primera célula cerebral; el órgano del gusto ó sea la lengua, se desarrolla en la quinta semana; la piel, órgano del tacto, está formada por las hojas externa y media del blastodermo y en la quinta semana ya la epidermis tiene dos capas de células correspondientes á la capa cornea y á la red de Malpigio.

Sistema circulatorio.—Al llegar el óvulo al útero no tiene sangre ni vasos: su primera nutricion se hace á expensas de la capa albuminosa que le envuelve: poco despues por las villosidades del corion primitivo. Al décimo quinto dia aparece la circulacion de la vesícula umbilical que dura muy poco y entónces el corazon es un tubo simple, pero en la quinta semana existe ya la circulacion placentaria. En esta época nacen de la parte superior del corazon los dos arcos aórticos que ascienden primero y luégo descienden para reunirse en un tronco único que es la aorta impar, de la que proceden dos ramas que marchan paralelamente hácia la extremidad caudal del embrion y son las arterias vertebrales posteriores ó aortas primitivas, de cada una de las cuales salen cuatro ó cinco arterias omfalo-mesentéricas, y éstas y aquellas salen del embrion y se pierden ramificándose en el area germinativa á donde confluye una red venosa limitada por una vena que es la vena terminal que circunscribe el area germinativa, ménos por la parte cefálica, punto en que se reune con otra vena de la extremidad caudal para formar en cada lado una vena omfalo-mesentérica que entra en el corazon por su parte inferior. Cuando está formada la vesícula umbilical á ella van los vasos indicados en vez de hacerlo al area germi-

nativa. El corazon que se forma del décimo al duodécimo dia, procede de la hoja media del blastodermo, es al principio un tubo rectilíneo y se dobla luégo en S presentando tres dilataciones, la anterior ó bulbo aórtico, la media ó cavidad ventricular y la posterior ó cavidad auricular. Esta última presenta dos dilataciones laterales que son el vestigio de las dos aurículas, y en la cavidad ventricular pronto se dibuja un surco que es el indicio de la division de los dos ventrículos. Desde la sexta semana, las aurículas y los ventrículos están muy marcados; la aurícula derecha recibe tres venas (cava inferior y dos cavas superiores) y el tronco arterial ó aórtico presenta indicios de su division en arteria aorta y arteria pulmonal.

Miéntras existe la primera circulacion, nacen del bulbo aórtico dos vasos ó arcos aórticos que, como queda indicado más arriba, se dirigen hácia abajo y se reunen formando una aorta impar de la que nacen dos arterias vertebrales posteriores. Prodúcense luégo otros cuatro pares de arcos aórticos y de todos cinco los dos primeros desaparecen, el tercero forma las carótidas, el cuarto derecho el tronco braquio-cefálico y la subclavia; el cuarto izquierdo el báculo de la aorta y la subclavia de este lado; el quinto derecho desaparece y el quinto izquierdo forma la arteria pulmonal, el conducto arterial y la parte superior de la aorta descendente. En cuanto á las arterias periféricas, proceden de la misma hoja media del blastodermo y en su orígen son cordones celulares que luégo se ahuecan para recibir la sangre. Ya he hablado de los vasos arteriales de las dos vesículas, así como de los venosos y de la vena circular, de donde proceden las venas omfalo-mesentéricas. En cuanto á las venas del cuerpo del embrion que se presentan despues de éstas y ántes que la alantoides

y que los vasos umbilicales, forman cuatro troncos; dos anteriores que son las venas cardinales anteriores ó yugulares y dos posteriores ó venas cardinales posteriores, reuniéndose las de cada lado para formar los dos conductos de Cuvier, que se abren en la aurícula por el tronco comun de las omfalo-mesentéricas que tambien recibe á las umbilicales y á la cava inferior, ó por el intermedio de la umbilical cuando las venas omfalo-mesentéricas han desaparecido. Poco á poco se aumenta el calibre de la cava inferior, y la vena umbilical parece sólo una rama suya. Ese tronco formado por los conductos de Cuvier y la cava inferior, desaparece luégo, penetrando entónces directamente en la aurícula estos tres vasos venosos, de los que los dos primeros van á constituir las dos venas cavas superiores.

Desde el principio del tercer mes aparece la circulacion placentaria y en el cuarto ya es perfecta, estando entónces dispuesto el sistema circulatorio de la manera que indicaré al tratar de la parte fisiológica y que no expongo ahora tambien por evitarme repeticiones.

Respecto al desarrollo de los vasos linfáticos se tienen escasísimos datos.

Aparato respiratorio.—Los pulmones aparecen al fin de la tercera semana, siendo formados por la parte anterior del intestino. Del vigésimo al vigésimo octavo dia existen ya encima del corazon dos sacos piriformes que se abren en la parte posterior de la faringe por un pedículo comun, y á la octava semana ya existen en estos sacos vestigios de los lóbulos pulmonales. La laringe se presenta en la sexta semana, la tráquea en la novena, y al final del primer mes ya hay indicios del diafragma representado por una membrana muy fina que separa los sacos pulmonales de los cuerpos de Wolff, del hígado y

del estómago. La pleura es distinta desde la segunda semana, pero su desarrollo es poco conocido.

Aparato digestivo.—Se ha hablado muchas veces de la formacion del canal digestivo y de sus relaciones con la vesícula umbilical, de la parte que toma en la produccion de la alantoides y de la vejiga urinaria, así como de la época en que ese canal se cierra convirtiéndose en conducto. Tambien he dicho cómo la hoja externa del blastodermo constituia la cubierta epitélica de ese conducto, y cómo pasaba por cima de las extremidades del mismo, deprimiéndose luégo y formando despues dos aberturas, la bucal y la anal, por cuyos puntos se confundia ó mezclaba la hoja externa del blastodermo con la interna que habia venido formando al intestino su cubierta mucosa. La cavidad bucal, comun en un principio con las fosas nasales, empieza á delinearse del décimo quinto al décimo octavo dia, presentándose la lengua en la quinta semana: las dos mitades de la bóveda palatina se sueldan en la novena semana, aunque completamente no lo están hasta fin del tercer mes, época en que se hallan reunidos los labios; la faringe y el exófago formados por la cavidad céfalo-intestinal (véase pág. 339, tomo 2.°) se ignora cómo se desarrollan, aunque lo harán ántes ó simultáneamente á la cavidad bucal. El estómago, intestinos delgados, ciego, colon y mitad superior del recto, son suministrados por la parte media del conducto alimenticio y empiezan á desarrollarse hácia la tercera semana; el resto del intestino recto lo forma la cavidad pelvi-intestinal.

Los primeros gérmenes de los dientes de leche aparecen en la sexta semana y los de los dientes permanentes desde el quinto mes. Las glándulas salivares empiezan en la segunda mitad del segundo mes.

Sistema óseo-muscular.—La cuerda dorsal es el pri-

mer rudimento de la columna vertebral. Tiene el aspecto de un cilindro gelatinoso y se compone de una vaina transparente y de un eje de células embrionarias. A cada lado empiezan pronto á formarse, comenzando por el cuello, dos láminas cuadriláteras que son las placas proto-vertebrales, las cuales no tardan en rodear la cuerda dorsal, uniéndose por pares, formando anillos en los que se encierra aquella, y engrosándose estos poco á poco van extrangulando la cuerda que por último no existe sino entre uno y otro anillo, formando los ligamentos intervertebrales. A este tiempo los anillos constituyen el cuerpo de las vértebras, haciéndose entónces manifiestas sus láminas, apófisis espinosas, trasversas y articulares, así como las costillas y el esternon. Esta columna vertebral deja de ser membranosa y empieza á hacerse cartilaginosa de la sexta á la sétima semana, y la osificacion comienza á fines del segundo ó principios del tercer mes, siendo sabido de todos que esta osificacion no es completa sino á los 20 años.

El cráneo que tambien pasa por ser membranoso, cartilaginoso y óseo al fin, es una continuacion de la columna vertebral y se forma á expensas de las láminas proto-vertebrales. En el tercer mes ya es cartilaginoso y á fines del mismo empieza la osificacion y el trabajo de ésta no se termina hasta los 40 ó 50 años en que desaparecen las suturas y el cráneo constituye una caja ósea que parece formada de una sola pieza.

De los huesos de las extremidades, la clavícula, es el primero que aparece y lo verifica á los 30 dias por un punto de osificacion en el cartílago que ha de constituirlo.

Los músculos se encuentran ya de la sexta á la sétima semana, los vertebrales y los viscerales se forman á ex-

pensas de las láminas musculares de las proto-vértebras; los cutáneos proceden de las láminas cutáneas de la hoja media del blastodermo, y no se ha fijado aún satisfactoriamente el desarrollo de los de las extremidades y del diafragma.

Aparato génito-urinario.—Al hablar de la vesícula alantoides, ya indiqué su comunicacion con el uraco. Éste empieza á ensancharse inferiormente al segundo mes para formar la vejiga que entónces se comunica superiormente y por medio del uraco con la vesícula dicha y por abajo por intermedio de un conducto, que será luégo la uretra, con el intestino recto. Los riñones aparecen á la sétima semana bajo la forma de dos tubos ciegos situados, primero por detrás de los cuerpos de Wolff (de que hablaré enseguida), y luégo por cima de eoss cuerpos. Los riñones tienen en la octava semana la figura de una judía seca y los tubos que los forman producirán los uréteres. Las cápsulas supra-renales parece que nacen de los cuerpos de Wolff, y hasta la undécima ú duodécima semana tienen más volúmen que los riñones, á los cuales parecen yuxtapuestos, pero sin relacion de dependencia alguna.

Los cuerpos do Wolff ó de Oken se los cree procedentes de las láminas laterales de la hoja media del blastodermo. Aparecen á los treinta dias ó quizás ántes; al principio amorfos, pronto se distingue en ellos un conducto que se extiende á toda la longitud del órgano, en el que terminan otros conductos trasversales y se abre él á su vez en la cloaca. Cuando han llegado al máximum de su desarrollo, son dos órganos glandulares situados á los lados de la columna vertebral, cubiertos por delante por el peritoneo que le forma dos repliegues, uno superior ó diafragmático y otro inferior. Créese que suplen á los riñones y en cuanto éstos aparecen empiezan á desaparecer

rápidamente, tanto que al segundo mes son muy pequeños y al tercero no existen.

Los órganos genitales están constituidos al principio por la glándula genital y el conducto genital. La primera se forma á expensas de la hoja media del blastodermo y aparece á la quinta ó sexta semana al lado interno de los cuerpos de Wolff: á la novena ó décima semana ya se puede reconocer el ovario ó el testículo que, á medida que esos cuerpos desaparecen, va bajando á la pélvis mayor y en los últimos tiempos de la vida fetal desciende á la escavacion de la pélvis. El conducto genital ó conducto de Muller se desarrolla al mismo tiempo que la glándula y de él proceden la trompa, el útero y la vagina en el sexo femenino y el utrículo prostático en el masculino. En este sexo contribuye tambien á la formacion del epidídimo, conducto deferente y conducto eyaculador, el cuerpo de Wolff correspondiente. Á fines del tercer mes se puede distinguir bien el sexo.

En cuanto á los órganos genitales externos, ya al final de la segunda semana hay un ligero indicio en un tuberculito situado por delante de la cloaca; este tubérculo crece á fines del segundo mes, presentando en su parte inferior un surco llamado surco genital que constituirá la uretra y los pequeños labios, así como el tubérculo, el pene ó el clítoris; se forman luégo dos repliegues á partir desde el tubérculo cuyos repliegues darán orígen al escroto ó á los labios mayores. Al fin del tercer mes ó á principios del cuarto se pueden distinguir perfectamente los órganos genitales externos masculinos de los femeninos.

Desconociendo sus funciones no he incluido al cuerpo tiroides, al timo ni al bazo entre ninguno de los aparatos indicados. Tampoco su desarrollo se conoce muy perfectamente; sábese sí, que el primero tiene ya en la sétima

ú octava semana su estructura normal, el segundo aparece en la octava, segun Hangsted, y en el noveno mes ha adquirido el máximum de su perfeccionamiento, y el tercero se presenta al segundo mes y su desarrollo es muy lento.

De las cápsulas supra-renales que se hallan en el mismo caso que estos órganos, ya me ocupé al tratar de los riñones.

LECCION IV.

B.—Anatomía y fisiología del fétus á término.

Despues de las nociones de embriología que me he visto precisado á recopilar en las lecciones anteriores, ante el deseo de que este trabajo sea lo más completo posible, paso ya á describir el fétus tal como se encuentra al término natural de la gestacion y ántes que su expulsion del útero haya empezado á determinar en él la multitud de cambios anatómicos y fisiológicos que expondré en otra leccion.

En el tomo I de esta obra, págs. 282 y 283, tuve necesidad de ocuparme de los diámetros del fétus á término, y como quiera que al componerse esa parte sacó alguna notable errata, voy á indicarlos de nuevo haciendo las correcciones necesarias.

El fétus á término tiene de longitud de veintidos á veintiseis pulgadas (cincuenta á sesenta centímetros), y de peso seis y media á siete y media libras (tres á tres y medio kilógramos. Su piel es blanca y cubierta de un unto sebáceo, observándose algun vello sobre los hombros; los cabellos son oscuros y de media á tres cuartas pulgadas (un

centímetro á uno y medio) de largo. El anillo umbilical corresponde á una pulgada ó una y media (dos ó tres centímetros) por bajo de la mitad de la longitud total.

Su diámetro sacro-coccígeo mide trece pulgadas (0,^{m} 302), el bi-acromial cuatro y medias pulgadas (0,^{m}105), el bi-iliaco cuatro pulgadas (0,^{m}093) y el antero-posterior del torax cuatro y media pulgadas (0,^{m}105).

Los cartílagos de la nariz y de la oreja están duros al tacto, los huesos de la cabeza son sólidos cabalgando fácilmente unos sobre otros en las suturas, siendo bien perceptibles las fontanelas. Los sexos son muy distintos. El hígado baja hasta el ombligo; los miembros torácicos son proporcionalmente más largos que los inferiores; existe un punto de osificacion en la epífisis inferior del fémur entre los cóndilos.

Los diámetros de la cabeza se dividen en tres antero-posteriores, dos trasversos y dos verticales.

Los antero-posteriores son: el occipito-frontal de cinco pulgadas (0,^{m}116), el occipito-mental de seis pulgadas escasas (0,^{m}135), y el sub-occipito-bregmático de cuatro pulgadas largas (0,^{m}095).

Los trasversales son el bi-parietal de cuatro pulgadas (0,^{m}093 á 0,^{m}095) y el bi-temporal de tres y media pulgadas (0,^{m}082).

Los verticales son: el traqueo-bregmático de cuatro pulgadas (0,^{m}093) y el mento-frontal de tres pulgadas y cinco líneas (0,^{m}080).

Moreau agrega el cervico-bregmático, cuya extension es de cuatro pulgadas largas (0,^{m}095).

Respecto á las funciones del fétus, no existe respiracion si se cree que ésta sólo consiste en la entrada y salida del aire en los pulmones, pero es evidente que se produce alguna modificacion en su sangre que puede llamar-

se y se llama respiracion, y por esta razon me ocuparé de ella, así como de la nutricion, la circulacion, la inervacion y las secreciones, empezando por la

NUTRICION.

Al romperse la vesícula de Graaf arrastra el óvulo delante de sí las granulaciones que forman el disco prolígero que son indudablemente las que le sirven de nutricion miéntras que recorre la mitad externa de la trompa. Desde que ha llegado á este punto se encuentra envuelto en un líquido albuminoso que le suministra los materiales necesarios, y una vez en el útero é ínterin no se forma la placenta, son las villosidades del primer corion las que ejerciendo una especie de aspiracion en los líquidos segregados por la superficie interna del útero, los llevan por endósmosis á la cavidad que separa el corion del amnios, y de aquí á la cavidad amniótica. A esta endósmosis contribuye tambien la vesícula umbilical.

Cuando aparece la placenta, y una vez establecidas las relaciones vasculares entre la placenta materna y la fetal, las villosidades del corion se atrofian y desaparecen, no pudiendo entónces contribuir á la nutricion del nuevo ser. ¿Cómo, pues, se ejercerá ésta?

No entraré á discutir detenidamente las diversas hipótesis establecidas para explicar la nutricion; expondré tan sólo las conclusiones que hoy admiten los fisiólogos de más nota. Es indudable que el líquido amniótico encierra principios que pueden servir para la nutricion y que este líquido se absorve por la superficie cutánea y se introduce por la boca, pudiendo sufrir alguna modificacion en el tubo digestivo como se deduce de los experimentos hechos por Brugmans, Heister y Trow, pero esto

no basta entre otras razones, porque la composicion química de ese líquido, averiguada por Vauquelin, demuestra en él la existencia de los elementos plásticos en muy corta cantidad. La placenta, pues, es el órgano encargado principalmente de procurar los materiales nutritivos al fétus y en ella tambien sufre la sangre de éste una modificacion que puede suplir en cierto modo á la respiracion, y si esta verdad hoy reconocida no lo ha sido en todo tiempo, es porque no existe comunicacion directa entre la madre y el fétus por intermedio de la placenta. Lo que ocurre es que las villosidades de ésta no se implantan en el útero sobre un plano uniforme, sino que están dirigidas en todos sentidos, teniendo algunas su extremidad terminal vuelta hácia la superficie fetal de ese órgano y la base hácia los senos uterinos; están tambien rodeadas de una sustancia amorfa elástica agrisada, que parece ser un producto del epitelium de la mucosa útero-placentaria, cuya sustancia, segun Joulin, sirve para establecer una corriente endosmósica nutritiva de la madre al fétus y exosmósica del fétus á la madre para descartarse de ciertos principios.

En la nutricion del fétus ejercen probablemente un papel importante el timo y el bazo, pero la verdad es que sobre este punto sólo hay hipótesis más ó ménos aventuradas.

La produccion de la glucosa ó la funcion glucogénica parece que se verifica por la placenta, miéntras no se ha desarrollado suficientemente el hígado, es decir, hasta la mitad del embarazo. Parece que tambien en aquel tiempo la piel y las mucosas contienen materia glucogénica bajo distintas formas.

CIRCULACION.

Se han considerado dos circulaciones diferentes en el nuevo ser y son la primera ú ónfalo-mesentérica de la que se conservan vestigios hasta los 45 dias, y la segunda ó placentaria que aparece con la vesícula alantoides y dura hasta el nacimiento. Hay tambien otra tercera circulacion ó pulmonal que empieza en el momento de nacer el fétus, de la cual me ocuparé más adelante.

La primera circulacion es muy imperfecta y rudimentaria, modificándose con frecuencia por las exigencias del desarrollo del sistema vascular. El corazon que en un principio es un cilindro macizo, se ahueca muy luégo, llenándose de un líquido incoloro y más tarde rojo y tiene cuatro vasos, dos superiores ó arcos aórticos que darán en seguida (despues de reunirse en un tronco y dividirse de nuevo) á las arterias omfalo-mesentéricas de que tantas veces he hablado, y dos inferiores ó venas omfalo-mesentéricas, cuyo punto de orígen es el seno terminal, vaso venoso que rodea casi del todo á el área transparente. En cuanto este sistema vascular está formado, el corazon se encorva en S y empieza á moverse lentamente y á empujar por los arcos aórticos el líquido que contiene, aspirando el que llevan las venas omfalo-mesentéricas.

La segunda circulacion es bastante más complexa. Poco á poco se han formado las cuatro cavidades del corazon, las cuales además de tener la comunicacion que en el adulto, se comunican tambien las dos aurículas entre sí por el agujero de Botal y en el momento en que el aparato circulatorio está completo, su disposicion considerada en globo es la siguiente. El orígen y la terminacion de los vasos en el corazon es la misma que en el adulto. A

poco de salir la arteria pulmonal del ventrículo derecho da un tronco voluminoso que termina en el cayado de la aorta y los ramos que envia á los pulmones son bastante pequeños. La arteria aorta termina dividiéndose en las dos ilíacas primitivas que se dividen en ilíacas externa é interna, y el tronco de ésta, despues de dar los ramos que en el adulto, se dirige por la parte inferior de la cara interna de la pared abdominal anterior á buscar el anillo umbilical por el que se sale del fétus rodeando entre las dos (una de cada lado) á la vena umbilical por todo el cordon de este nombre hasta llegar á la placenta, dividiéndose entónces en multitud de ramificaciones que llegan hasta las villosidades. De estas villosidades arrancan los ramitos más pequeños de la vena umbilical que formada ya recorre el cordon, penetra en el abdómen por el anillo umbilical y se dirige por el surco antero-posterior de la cara cóncava del hígado y al llegar cerca de su parte posterior se divide en dos ramos, uno que va á encontrar la vena cava-inferior, reuniéndose con ella bajo el nombre de conducto venoso, y otro que viene á buscar el tronco de la vena porta, con la que forma el conducto de reunion confundiéndose con ella. La vena porta se ramifica entónces á manera de arteria y sus últimas ramificaciones van por fin á las primeras de las venas supra-hepáticas que se abren á su vez en la cava inferior algo por cima del conducto venoso. Esta vena cava inferior, así como la superior, se terminan en la aurícula derecha del corazon. En la aurícula izquierda se abren las cuatro venas pulmonales.

Sigamos ahora el curso de la sangre por este aparato circulatorio así formado. La que lleva la vena umbilical va á la cava inferior, una parte directamente por el conducto venoso, otra por las venas supra-hepáticas

que la han recogido del hígado á donde se esparció mezclada con la de la vena porta. Por la cava inferior sigue la sangre á la aurícula derecha y allí á causa de la disposicion de la válvula de Eustaquio que se encuentra en el agujero de Botal, penetra en la aurícula izquierda y por ende en el ventrículo del mismo lado, recogiéndola de aquí la arteria aorta para llevarla á todas las partes del cuerpo, y una parte de esta sangre es conducida de nuevo á la placenta por las dos arterias umbilicales. La sangre de las partes superiores del cuerpo recogida por la vena cava superior llega á la aurícula derecha y de aquí al ventrículo recibiéndola la arteria pulmonal que conduce la mayor parte á la arteria aorta por el conducto arterial y el resto á los pulmones por las arterias pulmonales, recogiendo á ésta las venas pulmonales para traerla á la aurícula izquierda de donde pasa al ventrículo y á la aorta.

RESPIRACION.

Se ha atribuido al líquido amniótico la propiedad de vivificar la sangre del fétus, aunque asegurando unos, como Beclard, que es en los pulmones donde se verifica esta modificacion, y otros, como Geoffroy de Saint-Hilaire, que por unas especies de fisuras bronquiales; pero ambas teorías están destruidas al considerar que nadie puede dar lo que no tiene, y por lo tanto el agua del amnios no puede dar gases libres porque carece de ellos. Serna aseguraba que entre las villosidades del corion hay algunas llamadas bronquiales que penetran en el hidroperion á través de la caduca refleja y sirven para la respiracion ínterin no se ha perfeccionado el desarrollo de la placenta. Segun Cazeaux, despues de formada la alantoides, las villosidades coriales vascularizadas ya, están en contacto

con los vasos hipertrofiados de la mucosa uterina y de este contacto puede originarse y se origina un cambio de elementos entre la sangre del feto y la de la madre.

Una vez formada la placenta, es indudable que ésta sirva para la respiracion á pesar de la opinion de Joulin que asegura que el feto no respira sino que recibe á título de órgano de la madre (como dice que es) elaborados ya los elementos que han de nutrirlo y desarrollarlo. En efecto; entre los argumentos que se pueden oponer á Joulin hay dos de mucha fuerza á mi modo de ver y son: 1.° el antagonismo que existe entre la placenta y los pulmones, antagonismo que llega al punto de que un recien-nacido puede permanecer vivo sin respirar fuera del claustro materno ínterin no está interrumpida su circulacion placentaria, siendo indispensable esa respiracion pulmonal en el momento mismo en que esta interrupcion tiene lugar; 2.° que aunque á primera vista hay poca diferencia entre la sangre de las arterias y la de la vena umbilical, esta diferencia existe realmente como se ha comprobado por experiencias físicas y químicas.

Parece pues, indudable que en la placenta, hallándose la sangre del fétus y la de la madre separadas tan sólo por membranas muy finas, adquiera aquella, merced á este contacto, principios vivificantes. A pesar de esto, y aún adquiriendo la sangre estos principios, no se descarta en la placenta de otros que serian nocivos, y para esto, es decir, para completar la mision de la placenta, la sangre que viene por la vena umbilical, se desprende en el hígado del carbono y del hidrógeno que contiene en exceso. Debe por lo tanto, establecerse que la placenta y el hígado son los órganos encargados de la respiracion del fétus.

La produccion de calor en el fétus es muy débil.

INERVACION.

Segun Jacquemier, la mayoría de las facultades cerebrales están inactivas en el fétus. Sin embargo, éste duerme y vela, experimenta dolor y se mueve. Estos dos últimos fenómenos pueden referirse á una accion refleja, pues segun Bischoff, Marchal, etc., los acéfalos y anencéfalos ejecutan tambien estos movimientos y dan señales de sensibilidad aunque muy obtusa.

SECRECIONES.

La más importante de todas es la secrecion biliar, que empieza á verificarse del cuarto al quinto mes. En el sétimo se halla la vejiga de la hiel llena de bilis y se encuentra alguna en el tubo intestinal. Ya he dicho que con la secrecion biliar se descarta la sangre de gran parte del carbono é hidrógeno que contiene despues de recorrer todas las partes del cuerpo del fétus y de carbonizarse considerablemente en este trayecto.

La secrecion intestinal empieza con la existencia del intestino, pero al tercer mes es muy abundante. El meconio parece ser una mezcla de la bilis y del producto de la secrecion del intestino, y en el sexto mes ya es moreno verdoso, viscoso y tenaz.

Desde que se forman los riñones empieza la secrecion urinaria, aunque en muy corta cantidad, vertiéndose al principio en la cloaca y luégo cuando existe, en la vejiga. Respecto á si esta orina se vierte ó no por la uretra en la cavidad amniótica, las opiniones de los fisiólogos están discordes.

La secrecion sebácea aparece á la mitad del embara-

zo, aumentando progresivamente, aunque en unos fétus mucho más que en otros.

Algunos fétus traen al nacer tumefactas las glándulas mamarias y conteniendo alguna leche, fenómeno que designan las mujeres diciendo que el niño *roba la leche* á su madre. Esta irritacion secretoria de las mamas que es comun á los dos sexos, desaparece expontáneamente á los quince ó veinte dias del nacimiento.

LECCION V.

C.—Fenómenos anatomo-fisiológicos que se producen en el fétus por el acto del nacimiento y modificaciones que se observan en el niño hasta la edad de la pubertad ó sea el fin de la segunda infancia.—Clasificacion de las edades.—Diferentes épocas que comprende la primera infancia.

CLASIFICACION DE LAS EDADES.

Hallé ha dividido todo el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte natural en cinco épocas ó edades que son la primera infancia, la segunda infancia, la virilidad y la vejez, y como quiera que nuestro objeto es tratar de las afecciones especiales de las dos primeras edades, natural es que ante todo se expongan sus caractéres, siguiendo por lo tanto el crecimiento y desarrollo del individuo desde el momento en que empieza el aire á entrar en su aparato respiratorio hasta que adquieren los órganos genitales su aptitud funcional.

La primera infancia, segun Hallé, comprende desde el nacimiento hasta que aparece la segunda denticion, lo cual tiene lugar del sexto al octavo año. La erupcion dentaria sirve tambien al profesor dicho para subdividir esta primera infancia en tres épocas que abrazan : la primera hasta la primera erupcion de los dientes (sétimo mes), la segunda todo el tiempo que dura la primera denticion (del sétimo mes al vigésimo cuarto) y la tercera desde que ésta termina hasta que aparece la segunda denticion (del segundo año al sexto ú octavo).

De estas distintas épocas, la primera es sin duda la que ofrece más cambios, más modificaciones en el organismo y estas modificaciones se observan en todos los órganos, aparatos y sistemas. Voy, pues, á indicarlos áun con la brevedad que desde el principio me he impuesto, y para ello hablaré de las funciones que en el fétus he descrito y con el mismo órden allí expuesto.

NUTRICION.

Si la nutricion propiamente dicha es idéntica en todos los animales, sea cualquiera la época de su vida, la manera de verificarse la nutricion individual (no orgánica) y las fuentes de donde salen los materiales para esa misma nutricion son diferentes en muchas especies y más áun en la humana, segun se considere al individuo en su vida fetal ó en su vida extra-uterina. Desde que esta última empieza, deja de recibir el niño directamente de su madre la sangre y en cambio le suministra ésta el producto de la secrecion mamaria, producto que tiene aquel que elaborar en su aparato digestivo para hacerlo completamente asimilable. Entran, pues, en accion á las pocas horas del nacimiento todos los órganos que forman

el aparato digestivo, y de los diversos actos que componen la funcion de la digestion sólo la masticacion no se verifica y la insalivacion se hace incompletamente. En cambio, uno de los órganos accesorios de el tubo digestivo, el hígado, que tan gran papel hacia durante la vida intra-uterina como depurativo de la sangre, como órgano respiratorio en cierto grado, cesa en esta última funcion, disminuyendo al mismo tiempo su volúmen.

La leche materna muy serosa en los primeros dias va poco á poco adquiriendo más densidad y haciéndose más nutritiva á medida que el estómago del nuevo ser va teniendo mayor fuerza digestiva y hácia el fin de esta primera época ya necesita alimentos algo más nutritivos. El niño practica la succion desde que nace de una manera instintiva y debe experimentar alguna sensacion agradable al mamar, cuando tanto quiere repetir este acto. La digestion en esta edad se termina con extraordinaria rapidez.

CIRCULACION Y RESPIRACION.

Voy á hablar de estas dos funciones reunidas, porque como no debo hacer una descripcion minuciosa de ella y sí sólo exponer las variaciones que en ellas se verifican durante el período que vengo describiendo, de este modo evito repeticiones en que tendria que incurrir con frecuencia suma, dados los lazos que existen entre estas dos funciones.

El niño al nacer debe experimentar una sensacion desagradable que le obliga á contraer la mayor parte de sus músculos, y de esta contraccion nace probablemente la primera inspiracion que lleva el aire á sus pulmones desplegándolos, haciéndolos entrar en actividad é inaugu-

rando así la respiracion y alguna otra que esté bajo la dependencia de ella, como es la fonacion. Esta primera inspiracion es mucho mas transcendental de lo que á primera vista pudiera parecer, y no aludo al aspecto moral de la cuestion ni á los derechos que de repente adquiere el niño en la sociedad con sólo respirar, sino me limito á los fenómenos del órden físico. En virtud de esa inspiracion y esa dilatacion de los pulmones, acude á éstos por la arteria pulmonal mucha mayor cantidad de sangre que de ordinario, y producto de esta actividad que adquiere la circulacion pulmonal es el rápido desarrollo y engruesamiento de la arteria y la obstruccion consecutiva del conducto arterial por el que marchaba á la aorta toda aquella sangre para la que la pulmonal no tenia aplicacion alguna. Despues de esa inspiracion é interrumpida la comunicacion de los vasos umbilicales con la placenta, fórmase en ellos trombus obliterantes que destruyen su luz y los convierten más tarde en cordones ligamentosos. No viniendo sangre por la vena umbilical está de más el conducto venoso por donde llevaba aquella á la cava inferior la sangre que no iba á depurarse en el hígado, y obstrúyese tambien aquel conducto.

Esta misma vena cava no derrama su sangre por el agujero de Botal en la aurícula izquierda, sino que toda ella, así como la de la cava superior, pasan desde la aurícula derecha al ventrículo de su mismo lado desde donde es conducida por la arteria pulmonal á sufrir en los pulmones su revivificacion, y llevada despues por las cuatro venas pulmonales á la aurícula izquierda y de aquí al ventrículo de este lado para que la arteria aorta la distribuya en todas las partes del cuerpo. Queda, pues, inútil el agujero de Botal y se cierra, y separado así completamente el corazon derecho del izquierdo, contiene

aquel una sangre negra, carbonizada, y éste una rutilante, oxigenada que excita perfectamente todos los órganos y los hace gozar de una vida nueva y exhuberante.

Al tiempo que esto ocurre y á partir desde estos momentos, ciertos órganos vasculares (el cuerpo tiroides, el timo y las cápsulas supra-renales) decaen en su desconocida funcion, como lo prueba el que el primero y las últimas disminuyen de volúmen y el segundo emprende lentamente su camino hácia la atrofia más absoluta y su total desaparicion.

INERVACION.

Dudosa la influencia de la inervacion durante la vida intra-uterina, se hace cada vez más evidente y más perfecta desde el instante del nacimiento. El cérebro, aunque conservando mucho tiempo una blandura notable, progresa en su desarrollo, con especialidad en sus circunvoluciones anteriores é inferiores, así como tambien se perfeccionan la médula y los nervios, y entre éstos los de los sentidos.

El niño se mueve voluntariamente, ya en busca de su alimento, ya obedeciendo á una necesidad especial de moverse y más tarde en solicitud de cuanto le impresiona agradablemente ó huyendo de lo que le disgusta. Los gritos que lanza unas veces y la sonrisa que agita sus labios en otras ocasiones, indican que experimenta sensaciones: el modo como toca las cosas con las manos, quedándose con unas y arrojando otras, es un indicio de que el sentido del tacto se ejercita; el ansia que demuestra por unos alimentos y su repugnancia por otros, revelan que existe en él el sentido del gusto: al fijar sus ojos en un objeto brillante y tender hácia él sus manos,

demuestra que empieza á educar su vista (educacion que es tal vez lo más difícil que en su nueva vida tiene que efectuar); y cuando se vuelve sobresaltado por un ruido es porque las ondas sonoras han impresionado su nervio acústico y éste ha conducido la impresion al cérebro, apto ya para recibirla: respecto al olfato es de todos los sentidos el que más tarde se perfecciona y del que ménos datos tenemos para apreciarlo. No hay duda de que el niño experimenta desde muy pronto sensaciones internas aunque sólo sea la del hambre, la de la sed, la de evacuar su vejiga, etc. En cuanto á las facultades intelectuales y afectivas poco se puede asegurar, y es muy probable que sólo hácia el fin de esta primera época sea cuando comienzan á entrar en actividad.

SECRECIONES.

Si en el último período de la vida intra-uterina no se puede asegurar si existe ó no la secrecion urinaria, en cuanto el niño vé la luz, no sólo es evidente, sino que con mucha frecuencia tiene un carácter especialísimo que empieza á observarse en el segundo dia del nacimiento y que consiste en la presencia de un polvo rojo de carmin que mancha las ropas de los recien nacidos y que parece formado de urato de amoniaco amorfo, células epiteliales y algunos cristales romboédricos de ácido úrico. La presencia de este polvo en la orina parece debida á la precipitacion de los uratos de la orina en los tubos uriníferos rectos á causa de su gran acumulacion en una cantidad corta de líquido, y miéntras se observa, los niños están disgustados é incómodos. Esto, sin embargo, es un fenómeno fisiológico que ha sido llamado infarto úrico de los recien nacidos.

Las glándulas sudoríparas apénas funcionan en las primeras semanas, pero en cambio hay una verdadera seborrea en los folículos del cuero cabelludo.

Las glándulas anexas al aparato digestivo funcionan desde los primeros momentos, aunque todavía tarde mucho la saliva en transformar el almidon en azúcar; el jugo gástrico es sólo un líquido capaz de disolver la caseina; la bilis y el jugo pancreático no podrian llenar las funciones que en el adulto y el jugo intestinal es sólo un mucus, cuya secrecion si está aumentada, produce la diarrea tan frecuente en los niños y tan poderosa causa de muchas de sus dolencias.

SEGUNDA ÉPOCA DE LA PRIMERA INFANCIA.

La primera denticion, que comienza como he dicho á los siete meses de la vida extra-uterina y termina á los veinticuatro á treinta y seis meses, caracteriza esta segunda época.

Durante ella ninguna modificacion notable se presenta en la respiracion, en la circulacion, en la nutricion y en las secreciones. Sólo sí llama la atencion el desarrollo progresivo, ó mejor dicho, la perfeccion de desarrollo que van adquiriendo todos los órganos y el crecimiento de éstos en particular y del individuo en general. A los tres meses ya el tubo digestivo puede soportar otros alimentos que el líquido materno y cerca de los seis meses ya el niño puede ponerse de pié, aunque sostenido por su madre ó nodriza.

La inervacion es en la que se encuentran más considerables modificaciones en esta época, en la cual ya es absolutamente imposible poner en duda que todos los sentidos funcionan y *se saben usar* y que el niño discur-

re, aunque con poquísima profundidez, y tiene afecciones. Durante este espacio de tiempo hay una facultad intelectual que funciona activísimamente y es la memoria. En efecto ; entre uno y tres años aprende el niño á conocer la inmensidad de objetos que existen en el mundo exterior, y aunque él se vale de sus recursos nemoténicos y generaliza los conocimientos individuales, como lo comprueba el que llame papá á todos los hombres, agua á todos los líquidos, etc., no por eso deja de ser extraordinario el trabajo que se complica con agregar al conocimiento dicho, el de los nombres con que cada objeto se designa.

En esta época empieza á hacerse posible la progresion y á verificarse.

Pero he dicho ántes que la erupcion dentaria imprimia carácter á esta época de la vida, y razon es por lo tanto que le dedique algunas palabras.

Segun Goodsir en la sexta semana de la vida intra-uterina comienzan á aparecer los gérmenes de los dientes de leche y en la décima semana existen ya todos. Estos gérmenes están compuestos cada uno de una cubierta exterior ú órgano del esmalte, una sustancia contenida en aquella que es la pulpa dentaria y lo que se ha llamado capuchon del órgano del esmalte que se une á la cresta dentaria por un pedículo que es el *gubernaculum dentis*. La osificacion de estos dientes de leche tiene lugar del quinto al sétimo mes de la vida intra-uterina y en esta fecha es cuando se forman los gérmenes de los dientes permanentes que en la época del nacimiento existen todos ménos los segundos, cuartos y quintos molares, aunque éstos lo verifican pocos meses despues.

La osificacion de los dientes permanentes se verifica así ; en el último mes de la vida fetal tiene lugar la del

tercer molar, los incisivos en el primer año de vida extra-uterina, los caninos en el segundo, el primero y segundo molar en el tercero, el cuarto molar en el quinto, y el último molar ó muela del juicio no se osifica muchas veces hasta el octavo ó décimo año.

Formados los gérmenes de los dientes de leche y osificados éstos, van aproximándose poco á poco al borde alveolar correspondiente, á causa del sucesivo desarrollo de su raiz y empujada así su corona comprime la parte superior del arco dentario que se suelda á causa de esta compresion con la encía y reabsorviéndose estas partes al mismo tiempo, tiene lugar la salida del diente sobre el cual se retrae la encía, constituyendo los restos del saco dentario, el perióstio alveolo-dentario. Los dientes de leche salen generalmente por partes en el órden siguiente:

Hácia el sexto ó sétimo mes del nacimiento los dos incisivos medios inferiores, del octavo al décimo mes los dos incisivos laterales superiores y luégo los medios.

Del duodécimo al décimo quinto los primeros molares superiores, los incisivos laterales inferiores y los primeros molares inferiores, en el órden con que van exprepresados.

Del décimo octavo al vigésimo sexto los caninos.

Del trigésimo al trigésimo sexto los cuatro segundos molares.

Estas fechas constituyen sólo un término medio, pues se observan multitud de variedades.

En el Museo anatómico de esta Facultad de Medicina se conserva un fétus de siete meses de vida intra-uterina, el cual nació muerto y presenta completa la erupcion de todos los dientes de leche. Es un ejemplar notabilísimo.

Durante esta segunda época de la primera infancia,

está muy expuesto el niño á multitud de enfermedades, y muchas de ellas, de gravedad suma.

TERCERA ÉPOCA DE LA PRIMERA INFANCIA.

Esta época dura desde el tercer año hasta el sexto ú octavo, en el que la salida del tercer molar anuncia que comienza la segunda denticion.

En ella se perfecciona el desarrollo moral y se completa el físico hasta el punto de que al aproximarse el niño á los seis años, las funciones de la vida orgánica se verifican casi lo mismo que en el adulto.

Es, pues, el niño entónces, un acabado boceto de lo que ha de ser toda la vida, y un observador juicioso puede formar desde luégo una perfecta idea de aquel hombre en miniatura. ¡Lástima grande que los encargados de la educacion no tengan todos el talento suficiente ni la claridad de juicio que tanta falta les hace para estudiar los instintos y las inclinaciones de los niños y dirigirlos por la senda del bien! ¡Cuántas lágrimas se ahorrarian y cuántos miembros podridos de la sociedad no necesitarian ser amputados porque la educacion hubiera impedido el desarrollo de la gangrena en ellos!

LECCION VI.

Continúa el asunto anterior.—Segunda infancia. Segunda denticion. Modificaciones que se producen en el infante al aproximarse la edad de la pubertad.

Aparte de la erupcion de los dientes permanentes, de la que me ocuparé más abajo, todos los fenómenos que caracterizan la segunda infancia, que comprende desde el sexto año hasta el duodécimo ó décimo cuarto, se refieren al lento y progresivo perfeccionamiento de todos los órganos y de todas las funciones. El cuerpo del niño continúa creciendo en altura, la osificacion hace progresos, los músculos se desarrollan, la cavidad torácica tiende á amplificarse, pero los órganos contenidos en la encefálica conservan aún el predominio de que vienen disfrutando desde la época del nacimiento. En efecto, los sentidos han llegado al máximum de perfeccion; todas las facultades intelectuales adquieren más fuerza y el juicio, complemento de ellas, es más recto. Aparece el sentimiento de la moralidad de las acciones, y por lo tanto la conciencia de los deberes.

La nutricion es áun muy activa, y por lo tanto el niño debe tomar alimentos de todas clases, pero con intervalos no muy distantes. En esta época de la vida es necesario no desoir ninguno de los consejos de la higiene y en ella tambien es cuando se puede sin temor permitir la instruccion del infante, ya que la educacion no tiene momento oportuno, sino que debe dársele en todos los instantes de la vida.

En cuanto á la segunda denticion, ya he dicho que la salida del tercer molar (que se verifica del quinto al sexto año) inaugura ésta, como ha inaugurado tambien la segunda infancia. La erupcion de los demás dientes es sucesiva y el mecanismo de su salida es el siguiente. Poco á poco las arterias nutricias de los dientes de leche se obliteran, desaparecen sus filetes nerviosos y al mismo tiempo que se encuentran sin nutricion, han ido creciendo las raices de los dientes permanentes y empujan éstos á los de leche, habiéndose colocado en su mismo alveolo, pues el tabique óseo que separaba el suyo del de los otros se ha reabsorvido por completo: á consecuencia de ese empuje y de esa falta de nutricion, el diente de leche vacila y cae y la caida de estos dientes y su reemplazo por los que han de durar toda la vida, se hace siguiendo casi el órden de la primera erupcion, así es que los incisivos medios suelen ser los primeros que se mudan (á los 8 años) luégo los incisivos laterales (9 años), despues los primeros molares (10 años), en seguida los caninos (11 años) que suelen torcerse porque no les queda hueco suficiente entre los incisivos laterales y los primeros molares. Múdanse luégo los cuartos molares ó segundos molares gruesos (13 años) y en cuanto al quinto molar ó muela del juicio no aparece hasta los 25 años y muchísimas veces más tarde, sin que sea raro observar individuos de edad muy avanzada á quienes no hayan salido estos cuatro dientes ó algunos de ellos.

Pero en una edad, variable segun los climas, y que en el nuestro suele ser á los 12 años en la hembra y á los 14 en el varon, dibújanse en el horizonte de la vida pálidos reflejos luminosos, precursores de la aparicion de un sol ar[illegible]nte que llegando muy pronto á nuestro nadir, tampoco ha de tardar mucho en desaparecer por el Po-

niente, dejándonos en la edad de la decrepitud, verdadera muerte del alma, á la que ha de seguir en breve la muerte del cuerpo, ó mejor dicho, el acto de la restitucion de los dos elementos, que constituian la existencia humana; la restitucion del espíritu á la fuente de todo lo espiritual, de todo lo incorpóreo; la restitucion de la materia á la madre tierra, que la utilizará bien pronto en la formacion de nuevos organismos, de nuevos seres vivos.

Al acercarse la edad dicha, un oculto presentimiento, inexplicable como lo son todos los presentimientos, avisa al infante que está próximo á dejar de serlo, que van á confiársele las llaves de su porvenir, que va á hacerse dueño de su destino y que para llegar á este punto, meta de sus aspiraciones, la naturaleza le dota de nuevos instintos, deseos y sentimientos, y de una nueva aptitud que si puede proporcionarle goces intensos, tambien puede ser la causa de sufrimientos enormes y de su total desgracia.

Entónces ya la estatura es considerable, aunque todavía no la que debe tener el adulto; ha desaparecido el predominio del cérebro, adquiriéndolo los órganos contenidos en las cavidades torácica y abdominal; la osificacion se ha terminado casi; el sistema muscular está bien desarrollado, los nervios van haciéndose ménos voluminosos pero más consistentes, la laringe adquiere bastante crecimiento y la voz empieza á enronquecer un tanto para cambiar luégo de timbre. El varon abandona poco á poco sus carreras y saltos, sus juegos de travesura: quiere aparecer grave y serio; se conmueve al oir la voz de una jóven, al sentir el roce de su vestido, al sostener el brillo de su mirada; y el que aún no es adolescente, pero tampoco es ya un niño, empieza á acariciar en su mente ideas de ambicion, de pre-

ponderancia, pero subordinadas siempre á otra idea que á todas las domina, á la idea del amor que aún no ha tomado cuerpo, que aún no puede designarse verdaderamente con ese nombre, pero que ya se deja fácilmente adivinar en ese cúmulo de aspiraciones sin objeto, de sentimientos sin motivo, de inclinaciones vagas.

La hembra por su parte se avergüenza de jugar con las otras niñas más pequeñas y busca el trato con las mayores; abandona sus muñecas y solicita los trajes y las galas; tiembla como un azogado ante la mirada y la conversacion de un hombre, y á pesar de ello desea llamar la atencion de éstos y en su imaginacion bulle la misma Babel de ideas, de sentimientos, de aspiraciones, á que en el niño aludí.

Bien pronto se acentúan estas modificaciones, y los fenómenos precursores de la primera ovulacion en la niña y la secrecion del líquido espermático en el niño, indican que uno y otro han llegado á la feliz edad de las ilusiones, á la edad de la pubertad ó de la adolescencia.

LECCION VII.

Patología especial del niño.—Clasificacion de las enfermedades de los niños.—Reglas generales para la exploracion de los niños.

Expuesto ya lo referente á la anatomía y á la fisiología del niño que se necesita para nuestro objeto, cúmpleme ahora clasificar las enfermedades de que debo ocuparme y entrar ántes de la descripcion de éstas, en algunas consideraciones acerca del modo de explorar al niño, de interpretar sus gestos y sus gritos y las expresiones de su fisonomía, así como tambien indicaré algunas proposiciones de terapéutica especial que conviene tener muy presentes.

Por la distribucion de las secciones hecha en la introduccion de esta obra, se habrá comprendido que no pienso ser prolijo al tratar de las enfermedades de los niños y que no pasa siquiera por mi imaginacion la idea de describir, como ha hecho un ilustre autor de un tratado de enfermedades de los niños, hasta las quemaduras y los sabañones. Me propongo tratar sólo de las enfermedades verdaderamente *especiales* de los niños, dejando para la seccion 6.ª exponer la influencia que en las enfermedades comunes á todas las edades pueda ejercer la infancia.

Estas enfermedades especiales del niño, ó pueden producirse en el cláustro materno (vicios de conformacion, sífilis congénita, etc.) ó contraerse en el momento de nacer (cefalomatoma, etc., etc.,) ú originarse en fe-

cha posterior, y de estas últimas, unas atacan á los sistemas generales de la economía (atrepsia, fiebres eruptivas, etc.) y otras á determinados órganos ú aparatos (hidrocéfalo, neumonia, etc.)

A estos cuatro órdenes, pues, reduciré todas las enfermedades especiales del niño, á saber :

1.° Enfermedades especiales producidas en el claustro materno.

2.° Id. id. contraidas durante el nacimiento ó como consecuencia del mismo.

3.° Id. id. no congénitas ni producidas por el nacimiento, que atacan ó afectan á los sistemas generales de la economía.

4.° Id. id. id. id. que afectan primitivamente determinados órganos ó aparatos.

REGLAS GENERALES PARA LA EXPLORACION DE LOS NIÑOS.

El médico especialista en enfermedades de los niños debe reunir circunstancias particulares. En primer lugar ha de ser un profundo observador, pues no de otro modo le seria posible apreciar un decúbito, un gesto al parecer insignificante, un movimiento automático del niño que tal vez tenga una importancia inmensa para el diagnóstico ó para el tratamiento. Debe ser amable, pues muchas veces sólo á fuerza de alhagos consigue que el enfermito se deje reconocer y casi siempre habrá de sufrir mil impertinencias por parte de aquel y por la de sus padres ó los asistentes. Es preciso más que otro alguno especialista que tenga sus sentidos perfectamente sanos y educados y al mismo tiempo un profundo conocimiento de la anatomía y fisiología del niño y todo lo referente á su patología. Ha de ser prudente en sus determinaciones,

y muy circunspecto, dando la voz de alarma á tiempo y en ciertas enfermedades, y no desconfiando en otras de los inmensos recursos que en ellas suele desplegar la naturaleza áun en los casos mas desesperados.

Hay una maldita costumbre entre las familias, que es causa muchas veces de la desesperacion de los médicos. Aludo á la manía de asustar á los niños con el profesor amenazándolos con que ha de venir éste y le hará este ó aquel daño si no se prestan á lo que sus padres quieren. De aquí resulta que muchos niños profesan un ódio inmenso á su médico y no se prestan á su exámen, y esto por un lado y los efectos del terror que les inspira, impiden formar un juicio exacto de muchos padecimientos, sin contar con lo que una pasion de ánimo como el terror puede influir desfavorablemente en determinadas afecciones. Débese, pues, aconsejar á la familia que no caigan en este yerro, y que por el contrario procuren inspirar al niño cariño y respeto hácia el que debe curarlos.

Frente á frente á el niño enfermo ó ínterin escucha la narracion, pesada muchas veces, del conmemorativo, hecha por los asistentes, el profesor se hace cargo del decúbito del niño y de su hábito exterior, y raro será que en este exámen no recoja ya datos de importancia. El decúbito supino, la flacidez general contrastando con un abultamiento de [illegible], la cara de viejo del niño podrá inspirar las primeras ideas de una entero-mesenteritis crónica. La coloracion amarilla de la piel podrá llevarnos á creer en una afeccion de hígado; la cianosis á una lesion de corazon, la rubefaccion considerable é intermitente del rostro á una meningitis ó meningo-encefalitis, etc., etc. Obsérvase al mismo tiempo el grado de agitacion del niño, si tiene ó no movimientos involuntarios, si da gri-

tos y cuál es el carácter de éstos, si llora con lágrimas, si duerme de qué modo lo hace etc., y penetrados ya del conmemorativo que se nos ha referido y con cierta predisposicion mental á creer en determinado padecimiento, predisposicion formada á causa de este conmemorativo y de ese exámen rápido que hemos hecho, procedemos entónces á interrogar á los diversos aparatos.

Todos los autores se han ocupado del valor de los rasgos de la fisonomía y Salle observa que el rostro del niño sano y bien alimentado carece absolutamente de expresion. Jadelot ha creido notar tres rasgos diversos de la fisonomía que corresponden á determinados órdenes de padecimientos, pero sus aserciones no han sido comprobadas en la práctica.

Es importante el exámen del aparato circulatorio. El pulso en el niño de pecho es de 120 á 140 por minuto, en el mejor estado de salud, así es que en cuanto hay fiebre se hace imposible de contar. Tambien se hace frecuente con cualquier dolor ó susto y se retarda mucho en las encefalitis y en el esclerema, volviéndose intermitente en las afecciones de corazon. Cuando la frecuencia del pulso es determinada por la fiebre, se encuentra aumentada la calorificacion de 1 á 3 grados, y el niño está inquieto, tiene el sueño agitado, llora por cualquier cosa y hay ligeras sacudidas en sus miembros.

Aparato respiratorio.—La frecuencia de la respiracion en estado normal guarda relacion con la del pulso, siendo menor durante el sueño que en la vigilia y encontrándose en ella enormes variaciones, pues pueden llegar en un mismo niño sujeto á diferentes impresiones desde 18 á 35 respiraciones por minuto. Cuando hay una inflamacion pulmonal esta frecuencia es constante, y los niños, tanto dormidos como despiertos, dilatan y con-

traen rápidamente las ventanas de la nariz. Cuando la respiracion es poco profunda, deteniéndose bruscamente cada inspiracion por una especie de espasmo convulsivo, hay que creer en una pleuresia aguda, y si estas inspiraciones cortas y dolorosas, se mezclan cada 8 ó 10 con una profunda, es de temer una peritonitis aguda. La irregularidad y áun la intermitencia en el rit[illegible] de las inspiraciones indican el delirio sintomático ó no de una flegmasía meningo-encefálica.

«La percusion torácica debe hacerse, como dice Vogel, dulce y lentamente con las manos y continuarla haciendo en el mismo sitio hasta que se haya verificado durante la inspiracion más profunda y la más fuerte expiracion, para lo cual es preciso dar diez golpes y á veces mayor número, » con el objeto de comparar entre sí los sonidos tan diferentes que en esos dos distintos momentos se producen y formar así juicio. Hay que no olvidar que áun no existiendo lesion alguna en el aparato respiratorio, cuando se percute al niño en la espalda, llorando éste y defendiéndose, se nota un sonido poco claro en el lado izquierdo y completamente macizo en toda la extension del lado derecho, y no recordando esto podriamos suponer una hepatizacion total de este pulmon, bastando para salir de la duda, ó repetir la percusion estando tranquilo el niño, ó continuarla en su agitacion hasta que coincida un golpe con una inspiracion profunda, en cuyo momento si se hallan sanos los pulmones, el sonido es claro y timpánico. Esta matitez accidental es debida á que las contracciones abdominales durante los esfuerzos del niño empujan hácia el pecho las vísceras del vientre y con especialidad el hígado, cuyo volúmen es tan extraordinario en los niños de pecho.

Respecto á la auscultacion hay que tener en cuenta

que en los niños sanos se percibe en toda la extension del pecho una inspiracion tubaria y una expiracion sonora, y por lo tanto este signo no tiene valor alguno, en tanto no se diferencia notablemente el producido en uno y otro lado del torax. Cuando alguna parte del parénquima pulmonal está infartado, se oye la voz en el sitio correspondiente, como si se gritase exactamente en el oido del observador.

Por la palpacion se observa que durante los gritos del niño vibran perfectamente las paredes torácicas.

A propósito del grito, debo decir que tambien éste tiene su importancia. Si son poco intensos y frecuentes y el niño está agitado é inquieto, indican un dolor procedente tal vez de una inflamacion. Si son intermitentes, pero no muy fuertes y durante ellos el niño se encoge y dobla las piernas, quedando luégo estirados y tranquilos, revelan los cólicos intestinales. Un grito intermitente pero muy agudo y prolongado y durante el cual el niño lleva involuntariamente su mano á la cabeza, es el grito hidro-encefálico, propio de las inflamaciones cerebrales. Cuando es muy débil y plañidero, existe un agotamiento completo de fuerzas.

La tos seca á sacudidas muy cortas é interrumpidas por el dolor, es propia de la pleuresia ó de la neumonia; si gruesa y blanda de un catarro bronquial; si sobreviene de tarde en tarde, pero el ataque es prolongado, existe un silvido particular y durante ella se congestiona el rostro, se trata de la coqueluche. Una tos metálica revela un padecimiento de la laringe, y si el timbre es el de la voz de un pollo ronco es característica del croup.

La afonía existe en las laringitis simples ó diftéricas.

Aparato digestivo.—La lengua piqueteada de rojo á causa de la ereccion de sus papilas indica que ha existi-

do ó existe fiebre. Este órgano se halla en el estado normal de un niño de pecho, cubierto de una capa blanquecina y muchas veces se conserva este aspecto áun en medio de una intensa flegmasía gastro-intestinal. En estas flegmasías, máxime si son crónicas, no es extraño observar aftas ó placas de muguet en los bordes de la lengua y resto de la boca. Algunos niños tienen teñida constantemente de oscuro el centro de la base de la lengua. El apetito del niño para la leche se aumenta cuando tiene fiebre y desaparece para cualquier otro alimento, lo que prueba que verdaderamente es sed lo que tiene. Un niño ya destetado que tiene apetitos depravados (come caliza, carbon, etc.) padece de una clórosis. Los vómitos son frecuentes en las enfermedades cerebrales. La diarrea indica ó una inflamacion catarral de los intestinos ó una inflamacion parenquimatosa de los mismos, ó una indigestion ó un estado caquéctico cualquiera. Hay que tener en cuenta que los niños pequeños deponen generalmente de dos á cuatro veces al dia y las deposiciones casi siempre son líquidas. La constipacion de vientre, rara en estado normal, se encuentra con frecuencia en las inflamaciones cerebrales (acompañada de aplanamiento de la pared abdominal anterior) ó en la peritonitis (existiendo tambien abultamiento de vientre, timpanitis abdominal y dolores considerables). Hay mujeres cuya leche, aunque sea antigua, causa diarrea á los niños, y la de otras produce constipacion, por más que en ciertos casos la de algunas de aquellas y las de éstas sean igualmente nutritivas y prevalezcan con ellas los niños.

La *palpacion abdominal* puede suministrar algunos datos y para que éstos tengan verdadero valor, Valleix aconseja que se lleve repentinamente al niño hácia una ventana perfectamente iluminada ó á cualquier otro pun-

to á donde haya luz y el niño sienta así llamada poderosamente su atencion, aprovechándose el profesor de este momento para hacer la palpacion y áun la percusion abdominal.

Para apreciar bien la fluctuacion en algunos casos de derrame intra-peritoneal, hay que sentar á los niños.

En el ano se marcan en el niño ciertos síntomas que á su vez pueden servir de signos de determinadas enfermedades, como el eritema, que es signo de muguet, las escrecencias, de la sífilis constitucional, etc. Esta exploracion me permitió en una enfermita diagnosticada por varios profesores de disentería, comprobar un pólipo mucoso, cuyo arrancamiento determinó la curacion completa, solicitada ántes en vano con multitud de medicamentos.

Aparato cérebro-espinal.—En los niños existe lo que Bertrand llamaba temperamento craneal ó encefálico, es decir, un predominio tal del cérebro que casi todas las afecciones despiertan síntomas en él y es por lo tanto muy interesante discurrir lo que sea simpático con relacion á este aparato, de lo que sea idiopático. Una simple indigestion ó empacho gástrico es causa frecuente de movimientos convulsivos, y la entrada de un acceso febril se anuncia á menudo con la eclamsia; pero es de observacion que las meningitis y meningo-encefalitis jamás atacan de repente y que hay pródromos que duran algunos dias y que pueden hacerlas pronosticar. Esta existencia de pródromos y la lentitud ó la irregularidad del pulso que acompañan generalmente á dichas afecciones pueden servirnos para su diagnóstico. La exaltacion de la sensibilidad general y de los sentidos se encuentra tambien en las afecciones cerebrales. Las parálisis en los niños no son siempre debidas á lesiones en el sistema nervioso central, sino que son con frecuencia periféricas y áun de

las que se han llamado miogénicas. La distincion de éstas en que entraré en su lugar oportuno, es de sumo interés, principalmente para el pronóstico.

Aparato génito-urinario.—No es este aparato de los más frecuentemente afectados en el niño á no ser en el claustro materno. Conviene sin embargo advertir que en muchas enfermedades febriles se observa la retencion de orina que pudiera hacer sospechar una violenta inflamacion abdominal y áun llegar á ser causa de ella si pasase desapercibida. Los informes de los asistentes, la elevacion del hipogastrio y en último término el cateterismo (que seria entónces además un medio curativo) nos sacarán de la duda.

No quiero terminar este asunto sin decir algo sobre varias de las infinitas preocupaciones del vulgo. Créese que cuando el niño está próximo á la edad de la dentición, todas las enfermedades de que pueda verse atacado reconocen esa causa, siendo así que los accidentes de la erupcion dentaria no son realmente muchos en número y pueden diagnosticarse fácilmente. Créese tambien cuando no se busca la causa dicha por la edad del niño, que todas las afecciones son lo que llaman un empacho, y otros, por último, atribúyenlo todo á los vermes intestinales. Si estas preocupaciones influyeran sólo en el ánimo de los que las tienen, nada diria sobre ellas; es preciso en muchas ocasiones transigir con los locos y los preocupados; pero á menudo tratan de trasmitir su creencia á los médicos y á fin de ello hasta violentan la interpretacion de los hechos que observan y este es el motivo por el que doy la voz de alerta á los prácticos jóvenes, recomendándoles que no se dejen influir más que por lo que sus sentidos auxiliados por los medios conocidos le revelen y lo que su recto criterio le incite á acoger.

LECCION VIII.

Consejos de higiene y de terapéutica especiales.

Debia empezar en este sitio por exponer los primeros cuidados que deben darse á un reciennacido, así como el género de alimentacion que en los primeros dias y miéntras no se ha completado la erupcion de los dientes de leche, conviene al niño. Pero en el primer tomo de esta obra ya me ocupé en gran parte de estos particulares, así como de la eleccion de nodriza (pág. 439 tomo 1.°), razon por la que suprimiré cuantos pormenores allí expuse y trataré de este asunto sólo bajo los aspectos que en aquel lugar no se trataron.

La piel del niño á causa de la secrecion sebácea tan abundante de la primera edad, exige asíduos cuidados de limpieza. Dá fatiga ver muchos niños á quienes por temor de que se resfrien ó de que se *le meta el humor dentro* (palabras textuales de las que lo echan de saber cuidar muy bien á los niños), apénas se les lava la cabeza, y se les deja un casquete de humor sebáceo desecado que llega á formar costras espesas, les produce picor considerable, son causa de que se produzcan piojos, y determinan con frecuencia erupciones repugnantes y molestas en extremo. Hé aquí otra preocupacion, pero de aquellas que debemos combatir de frente. Nada es más saludable para los niños que la limpieza, y de los medios de ella ninguno preferible á los baños generales, que en invierno deben darse templados y en verano á la temperatura ordi-

naria. Los niños que se bañan diariamente y se limpian con esmero la cabeza, son más sanos y más fuertes, pero infinitamente más, que aquellos en que este medio higiénico se olvida. Si ya tienen formado el casquete se le hace desaparecer con frecuentes lociones de una disolucion alcalina (bicarbonato de sosa y agua) hechas con una esponja. Dice Vogel que ninguna enfermedad local, sea cual sea, debe impedir el uso de los baños.

Los vestidos del niño deben no comprimirle el pecho y dejarle cierta libertad en los movimientos, objetos ambos á que se oponen la envoltura que se acostumbra en España y con especialidad en Andalucía. La cabeza debe estar abrigada, particularmente en invierno. Los paños interiores y las mantillas deben renovarse cada vez que se mojen con la orina.

Es una costumbre perniciosa la que tienen la mayoría de las madres y nodrizas de estar moviendo constantemente al niño, con lo que consiguen estropearse ellas y atontar á éste, que á fuerza de ser mecido en la cuna se duerme alguna vez con un sueño muy vecino á la congestion cerebral. Tampoco deben ponerse de pié hasta que no tengan fuerza para sostenerse.

Cáusales tambien daño al par que los cria rabiosos el tener constantemente en la boca una muñequilla hecha de bizcocho ó de pan y azúcar envuelto en un lienzo y empapado en agua. Tampoco debe permitírseles mamarse la pipa.

Respecto á la alimentacion ya me ocupé de ella en la pág. 439 del primer tomo, indicando allí la que es preferible y todo lo referente al régimen alimenticio. Agregaré ahora que despues de escrita aquella parte ha comenzado á adquirir cierta popularidad entre los médicos el uso de la leche de perra cuya riqueza en fosfatos es considerable.

Úsasela no solo como medicamento en la tísis pulmonal, en la tabes mesentérica, en el raquitismo y en todas las caquexias, sino que se han extendido sus indicaciones y se la ha propuesto para fortalecer el organismo de los niños nacidos de padres sujetos á esos mismos estados. No hay duda de que esta leche debe ser un poderoso alimento, como su composicion lo indica, y hay motivos fundados en esta composicion para creerla eficaz en las afecciones indicadas.

Yo he administrado esta leche en varios casos que iré indicando en su lugar respectivo, y en general debo decir que los resultados han sido favorables.

A los niños conviene pasearlos al aire libre desde que se ha formado la cicatriz umbilical, pero se les llevará abrigados y se cuidará de evitar una supresion de traspiracion. En las habitaciones que ocupan, principalmente los de pecho, se procurará que la temperatura sea dulce é igual, sosteniéndola, si es preciso, por medio del vapor de agua.

Ha de prohibirse terminantemente que asusten á los niños con ruidos tumultuosos ó con visiones terroríficas (segun la edad), pues los niños son muy impresionables y puede producírseles accidentes nerviosos de consideracion y enfermedades graves del corazon ó del cérebro.

PRECAUCIONES QUE DEBEN TOMARSE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

Las dificultades del diagnóstico en los niños dependen como queda dicho, no sólo de los caractéres con que se presentan la mayoría de sus enfermedades, sino de la falta de inteligencia del pequeñito y de la escaséz de los medios para expresarse, así como tambien y muy prin-

cipalmente, de esa nube de indigestas *señoras de peso* que rodean á la madre novata y la imbuyen en multitud de preocupaciones, absurdas las más y perjudiciales todas, para la salud del nuevo ser. Pero las dificultades aumentan en lo relativo al tratamiento y en muchos, muchísimos casos se encuentra el profesor indeciso ante la determinacion que conviene tomar. En este particular las dificultades estriban por un lado en las que he dicho existen respecto al diagnóstico, y claro es que sin éste no puede emplearse un tratamiento activo; por otra parte en la organizacion del niño diferente quizás del adulto y jamás sujeta á experimentaciones fisio-terapéuticas; y además, y esto no deja de ser muy importante, por el trabajo inmenso que en la mayoría de casos proporciona el acto material de la administracion de los medicamentos, trabajo que en ciertos niños es infinitamente superior á los que la mitología pagana obligó á ejecutar al simple Hércules, ese pobre atleta superior á todos sus contemporáneos en fuerza física é inferior á todos en dotes intelectuales.

Pero aunque el diagnóstico sea perfecto, aunque los asistentes secunden poderosamente los esfuerzos del médico y el niño tenga toda la docilidad deseable, aún no están resueltos los múltiples problemas que encierra el tratamiento.

En el niño siempre está dispuesto el cérebro á simpatizar y á afectarse secundariamente con cualquier otro padecimiento, y esta simpatía es más constante cuando se trata del aparato digestivo ó de la cubierta cutánea. ¡Cuántas y cuántas veces una quemadura poco extensa, la supresion repentina de una erupcion, causan la muerte del niño por sobrevenir tras ellas una afeccion del cérebro ó de sus membranas! ¡Cuántas y cuántas veces una

afeccion de esta clase subsigue á una gastro-enteritis no muy intensa!

De esta disposicion especial del cérebro se deduce la necesidad de vigilar siempre el estado de éste, de apresurarnos á combatir enérgicamente aquellas enfermedades y no emplear en el tratamiento sustancia alguna capaz de determinar congestiones en aquel órgano. Entre los medicamentos de esta clase, cuyo uso debe estar casi proscripto de la terapéutica de la infancia, figura á la cabeza el opio y sus preparados. Una sola gota de láudano puede ser fatal á un niño menor de seis meses y dos gotas de ese líquido es una dósis muy respetable, aunque se dé fraccionada, para un niño de un año.

Otros medicamentos determinan tambien una excitacion general que no deja de ofrecer riesgos, por ejemplo, las fricciones á la piel con pomada estibiada, aceite de croton-tiglio, etc., y áun los vejigatorios, y sobre todo si son extensos y si al curarlos se hace sin grande cuidado para evitar el dolor ó disminuirlo considerablemente.

Hay otros medicamentos que se toleran mejor por los niños que por los adultos. Vemos en aquellos que es dificilísimo obtener el tialismo por el calomelano ó cualquier otro mercurial.

Ántes de ahora se usaban mucho en el tratamiento de las enfermedades de los niños, las evacuaciones de sangre y principalmente las tópicas, y en más de una ocasion sobrevinieron hemorragias imposibles de cohibir y que determinaron la muerte, á causa de la simple picadura de una sanguijuela. Consigno estos hechos, perfectamente explicables, teniendo en cuenta por un lado la gran fluidez de la sangre de los niños y por otro el escaso desarrollo de la fibra muscular tanto estriada como

lisa, aunque por ahora no es de temer que ningun práctico juicioso dé motivo á la repeticion de ellos, pues sabido es de todos los que ejercen en Andalucía, que desde el año 1865, época en que la gripe se presentó epidémicamente, todas las enfermedades tienen un sello especial y hasta en las mismas inflamaciones locales cuando son tratadas con las evacuaciones sanguíneas sobreviene un estado general ataxo-adinámico que cuando ménos es causa de una prolongadísima convalecencia, ya que no exponga formalmente los dias del enfermo. Con esta constitucion médica, raro es el profesor que prescribe (escribo en Cádiz) una evacuacion sanguínea, y por esta razon decia más arriba que no es de temer en esta region de España que sobrevengan muchas hemorragias en los niños por picaduras de sanguijuelas, pues muy pocas sanguijuelas serán prescritas, si se prescribe alguna.

Respecto á las dósis de los medicamentos voy á poner á continuacion la escala de Gaubius, aunque excluyendo de ella el opio y sus preparados que de ningun modo tienen cabida en ella ni áun de una manera aproximada.

Suponiendo que un medicamento H se dé á un adulto á la dósis de un grano, esta dósis debe ser la siguiente en cada una de las edades que se citan:

A ménos de un año. .	1|15 á 1|13.
A dos años	1|8
A tres años. . . .	1|6
A cuatro años. . . .	1|4
A siete años. . . .	1|3
A catorce años . . .	1|2 etc.

En cuanto al modo de administrar los medicamentos á los niños, hay que tener en cuenta que su piel delicada favorece mucho la absorcion y por tanto muchos de aquellos pueden usarse en fricciones con mayor confianza que

si se tratara de un adulto. Otros como el sulfato de quinina será preciso administrarlo en enemas, pues rara vez se prestará el niño á tomarlo por la boca, y tengo poquísima confianza en ese medicamento (que siempre se usa en afecciones de importancia) administrándolo en fricciones.

Hay que tener tambien presente que los niños carecen del raciocinio suficiente para tomar un medicamento repugnante ó desagradable y por esto al prescribir uno de éstos es preciso darle una forma conveniente, ya asociándolo á sustancias que disfracen su gusto ó su olor, ya presentándolo con cierto *chic* que les alhague. En muchas ocasiones he hecho tomar medicamentos repugnantes (una disolucion de sulfato de quinina entre ellos) derramando preliminarmente sobre la lengua del niño un par de gotas de aceite de papel que como es sabido priva momentáneamente del sentido del gusto.

Ántes de terminar lo referente á este asunto, debo insistir en lo indicado en la pág. 439 del primer tomo sobre la administracion de ciertos medicamentos por intermedio de la nodriza. ¡Lástima grande es, que en España se descuide tanto una cuestion de tan alto interés y por otra parte tan fácil de resolver! La administracion de muchos medicamentos á cabras sanas y la propinacion á los niños, de leche procedente de estas cabras (ya que no se puede esto hacer siempre con las nodrizas), aumenta notablemente los recursos para combatir muchas enfermedades, y es un medio excelente ó una forma de administracion muy apropiada para los niños que tanto repugnan á veces tomar toda clase de medicinas.

SECCION 2.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES PRODUCIDAS EN EL CLAUSTRO MATERNO.

LECCION IX.

División de esta seccion.—A. Vicios de conformacion. Generalidades. Clasificacion de I. Geoffroy de St. Hilaire. Agrupacion 1.ª—Hemiterias. Su division.

Comprenderé en esta leccion todas aquellas lesiones (término genérico) que sobrevienen en el niño durante su vida intra-uterina y cuyas consecuencias son ó alterar su conformacion desde un modo imperceptible casi, hasta un grado incompatible con la vida exterior ó extra-uterina, ó imprimir una modificacion considerable en el organismo, produciendo una enfermedad cuya evolucion continúa aún despues de haber nacido el niño, ó causar un trastorno pasajero y que desaparece por completo ántes del nacimiento, sin dejar vestigios ó dejándolos, pero sin trastornar en este último caso la conformacion externa del niño.

De estas tres clases incluiré en la primera los vicios de conformacion, en el segundo á la sífilis congénita exclusivamente y en el tercero á aquellas enfermedades no humorales que accidentalmente puede sufrir el fétus, ya porque las padezca la madre, de una ma-

nera accidental, ya porque sobrevengan en el fétus por causas que obran sobre él aunque siempre por el intermedio de la madre.

A.—VICIOS DE CONFORMACION.

Todo trastorno congénito sobrevenido en la situacion, disposicion ó configuracion de cualquier órgano, ha sido llamado desviacion orgánica ó vicio de conformacion.

Estos vicios de conformacion unas veces no producen alteracion alguna en las funciones del organismo ni modifican la forma exterior del cuerpo humano y entónces se han llamado variedades anatómicas y anomalías; pero en otras ocasiones la alteracion funcional es considerable, ó manifiesta la irregularidad de las formas, y entónces se les ha aplicado más constante y generalmente el nombre de desviaciones orgánicas.

Las hay que son incompatibles con la vida (la acefalia, la anencefalia etc.), y otras que trastornan una funcion no indispensable y por lo tanto son compatibles con aquella (symblefaron, labio leporino simple, pies bot, etc.) y tanto estas como aquellas reconocen como causa próxima una detencion en el desarrollo del fétus. Por esta razon, sea cualquiera la alteracion que se encuentre, todas ellas pueden referirse á tipos conocidos de antemano y sobre los cuales caben sólo ligeras variantes, tipos que no son otra cosa que grados diversos del desarrollo por los que ha pasado necesaria é inevitablemente el nuevo ser: de aquí que puedan las monstruosidades reunirse en grupos más ó ménos genéricos, clasificarse en una palabra.

Las causas de las desviaciones orgánicas se refieren unas al embrion, otras á los padres. Entre las primeras se cuentan las posiciones viciosas que accidentalmente

puede tomar en el útero, la desigualdad ó la irregularidad en su nutricion, las enfermedades que puede padecer.

Las causas referentes á los padres se dividen en unas que ejercen su accion en el momento mismo de la concepcion y otras cuyo influjo se ejerce en una época más posterior.

Hay individuos que con ciertos vicios de conformacion han tenido hijos con los mismos y otros sin ninguno: por el contrario; de padres exentos de todo defecto han nacido hijos con ellos, y en algunas familias se observa una especie de predisposicion á determinadas monstruosidades. ¿Cómo se explican estos hechos? Lo ignoro. Es de notar tambien que los hijos de padres consanguíneos, aunque cada uno de éstos se halle perfectamente sano y bien conformado, suelen ser idiotas ó sordo-mudos ó ciegos.

Es indudable que en los casos dichos la causa obra en el momento de la concepcion y en muchos de ellos se ha atribuido á una alteracion del ovario ó del útero ó á un cóito verificado durante la época menstrual, pero nada hay que confirme estos extremos.

Las causas que ejercen su influjo despues de la concepcion son las enfermedades del órgano gestador; la coexistencia de una mola con un embarazo; la poca distensibilidad del útero cuando se trata de un embarazo de gemelos, los cuales no pueden desarrollarse aisladamente y tienden á su fusion; las violencias ejercidas sobre la madre; las impresiones morales fuertes de ésta y sobre todo y desde tiempo inmemorial se ha concedido una influencia poderosa á la imaginacion de la mujer, aunque autores de mucha nota la han negado rotundamente.

Es muy de tener presente que la mayoría de los fétus monstruosos son del sexo femenino, que en muchos se trataba de un embarazo gemelar y el gemelo que gene-

ralmente ha nacido ántes se hallaba bien conformado, y respecto á las monstruosidades mismas es tambien de observacion que en los órganos que primero se forman y se desarrollan es en los que ménos se presentan y que todas las desviaciones vistas pueden referirse exactamente á un período dado de la evolucion del nuevo ser y esta es la razon por la que no sólo se pueden clasificar todas las monstruosidades conocidas, sino establecer formalmente que es imposible que jamás se presente alguna que no se refiera á una de las ya observadas, ó cuando ménos que no tenga su casillero abierto aguardando la colocacion.

CLASIFICACION DE LOS VICIOS DE CONFORMACION.

Isidoro Geoffroy de Saint-Hilaire dividió las monstruosidades en cuatro grupos, á saber: hemiterias, heterotaxias, hemafrodismos y monstruosidades propiamente dichas. Las primeras son variedades anatómicas ó anomalías en el volúmen, forma, composicion, disposicion ó número de una ó muchas partes del cuerpo humano. Las heterotaxias son las inversiones en la colocacion de las vísceras. En los hermafrodismos se encuentran apariencias de un sexo distinto del que tiene el individuo ó una confusion tan lamentable que es imposible distinguir el verdadero. En las monstruosidades hay una desviacion completa del tipo humano.

1.°—HEMITERIAS.

Este grupo es el que más desviaciones comprende y el que mayor atencion merece, pues muchas de las en él comprendidas exigen un tratamiento.

Divídese en cinco clases.

En la clase 1.ª ó sea en las anomalías de volúmen se comprenden multitud de desviaciones. Los gigantes que constituyen la clase de hipergéneses de Breschet, los enanos, son hemiterias de la totalidad del individuo. Existe tambien ese aumento ó esa disminucion en uno solo ó varios órganos y ejemplos de ello son la polisarcia congénita, la hipertrofia de determinados órganos (mama, cuerpo tiroides, timo, bazo etc.), la atrofia de los mismos, el crecimiento exagerado de un miembro ó su desarrollo rudimentario, etc.

En la clase 2.ª ó anomalías de forma entran ciertas deformidades de las cavidades esplánicas ó de algunas partes de ellas, las de ciertos órganos, curvaturas exageradas de los miembros ó desaparicion de las normales, etc.

La clase 3.ª abraza las anomalías de estructura ó de composicion como ciertas coloraciones de los tegumentos ó de otros tejidos, endurecimiento ó reblandecimiento de éstos ó de órganos enteros, etc.

Las anomalías relativas á la disposicion de las partes están comprendidas en la clase 4.ª que es numerosísima y que Geoffroy de Saint-Hilaire divide en cinco órdenes. El primero es el de las anomalías por dislocacion y se incluyen en él las dislocaciones ya parciales, ya totales de los órganos esplánicos, ora permaneciendo en su cavidad, ora saliendo de ella á una cavidad inmediata ó al exterior, y las de los órganos no esplánicos (ciertas anomalías musculares, vasculares y nerviosas, otras de los dientes, otras de las extremidades, etc.) En el segundo órden entran las anomalías de conexion que comprenden dos grupos, el de las articulares ó sea el existir mayor ó menor número de articulaciones de las normales en

partes unidas por contigüidad, y el grupo de las no articulares en el que se incluyen muchas variedades, como por ejemplo las implantaciones anómalas de los dientes, las inserciones musculares no acostumbradas, la terminacion de un vaso ó de un conducto cualquiera en un punto distinto del ordinario, etc. El tercer órden es el de anomalías por continuidad de partes que deben estar separadas, que tambien comprende tres grupos; el de las imperforaciones (de la boca, ano, etc.), el de las uniones (de dedos ó de ciertos órganos) y el de las fusiones (de los dos hemisferios cerebrales, de los dos riñones, etc.) En el cuarto órden se trata de las anomalías por oclusion (tabiques que dividen un órgano hueco en dos ó más, etc.) El quinto comprende las anomalías por separacion de partes unidas de ordinario y abraza dos grupos, el de las perforaciones en conductos imperforados (perforacion del uraco, persistencia del conducto arterial, ó del agujero de Botal) y el de las divisiones en conductos ó en órganos (division del esófago, labio leporino, coloboma de los párpados ó del iris, etc.)

La clase 5.ª de las hemiterias incluye las anomalías referentes al número y existencia de las partes: tiene dos órdenes; en el uno hay aumento de partes, en el otro disminucion de su número. Esta clase es la más heterogénea, ó mejor dicho, la que comprende individuos más desemejantes, pues pertenecen á ella, por ejemplo, la polimastia (muchas mamas), la ausencia de un riñon, etc. etc.

Voy á exponer, bajo la forma de cuadro sinóptico, las divisiones que quedan indicadas, á fin de comprenderlas mejor y pasaré luégo á ocuparme de aquellas desviaciones de las contenidas en este grupo que ofrezcan interés para el objeto que me propongo, si bien con la brevedad que desde el principio ha sido mi norte.

PRIMER GRUPO.—HEMITERIAS.

- Clase 1.ª—Anomalías de volúmen . . . .
  - Generales.
    - Por aumento.—Gigantes.
    - Por disminucion.—Enanos.
  - Parciales..
    - Por aumento.—Hipertrofias de ciertos órganos.
    - Por disminucion. — Atrofias y estrecheces.
- Clase 2.ª—Anomalías de forma ó deformidades.
- Clase 3.ª—Anomalías de estructura ó composicion.
- Clase 4.ª—Anomalías relativas á la disposicion de las partes. . . . .
  - Orden 1.°—Dislocaciones. . . . . .
    - De órganos no esplánicos.
    - De órganos esplánicos.
  - Orden 2.°—Anomalías de conexion. . . . .
    - Articulares.
    - No articulares.
  - Orden 3.°—Anomalías por reunion. . . . .
    - Imperforaciones.
    - Uniones.
    - Fusiones.
  - Orden 4.°—Anomalías por oclusion.
  - Orden 5.°—Anomalías por separacion . . .
    - Perforaciones.
    - Divisiones anómalas.
- Clase 5.ª—Anomalías relativas al número y existencia de las partes. . . . . .
  - Aumento de las partes.
  - Disminucion de idem.

LECCION X.

Continúa el asunto anterior.—Clase 1.ª Anomalías de volúmen.—Clase 2.ª Anomalías de forma.—Clase 3.ª Anomalías de estructura.

CLASE 1.ª—ANOMALÍAS DE VOLÚMEN.

Las anomalías de volúmen constituyen la clase 1.ª de la primera agrupacion de la clasificacion de Isidro Geoffroy de Saint-Hilaire. Este volúmen anómalo, es decir, distinto del normal puede ser general ó parcial y tanto en uno como en otro caso, por exceso ó por defecto.

En las anomalías de volúmen generales por exceso, están comprendidos los gigantes, así como en las mismas por defecto los enanos. En las anomalías de volúmen parciales por exceso están las hipertrofias congénitas de muchos órganos y entre las mismas por defecto las atrofias.

Como mi objeto no es hacer una historia detallada de las desviaciones orgánicas, me es imposible entrar en minuciosos pormenores sobre todas las que pueden verse en la práctica, y como por otra parte muchas de esas desviaciones, si son de interés para el pronóstico, no exigen tratamiento alguno, de aquí que tanto en esta clase y agrupacion como en las sucesivas me limite á indicar algunas generalidades sobre las más frecuentes y notables y con especialidad sobre aquellas que exigen nuestra intervencion como médicos.

Nada diré, pues, de los gigantes ni de los enanos y pasaré á tratar someramente de las anomalías por aumento ó disminucion de volúmen de una ó muchas partes y de uno ó muchos órganos.

Estas anomalías ó sea estas hipertrofias y atrofias congénitas, pueden ser visibles si recaen en órganos exteriores ó que caen bajo el dominio de nuestros sentidos, ú ocultas si se presentan en órganos ó partes profundamente situadas y de estas últimas muchas son susceptibles de pasar desapercibidas hasta la autopsia, si no son muy graduadas y recaen en órganos en los que un aumento ó disminucion simples de volúmen no los constituye en incompatibles con un estado fisiológico relativo de ellos mismos y de los demás.

De esta clase de hemiterias las que más frecuentemente se observan son las siguientes:

Por exceso.

La macropsia ó hipertrofia de la lengua que se reconoce en que la punta de la lengua y áun una porcion de ella sobresale entre los labios y abriendo la boca del niño se vé todo ese órgano aumentado en todas sus dimensiones. El niño mama con dificultad y la deglucion es muy trabajosa. La parte de la lengua que sobresale se deseca y cubre de una costra espesa de moco y áun se agrieta y ulcera. Cuando salen los dientes siguen una direccion oblícua, y áun á veces horizontal hácia delante; el labio inferior forma una especie de canal que aloja á la lengua; la saliva se derrama constantemente y el niño se debilita de una manera lenta pero contínua. Tampoco le es posible á su tiempo el lenguaje articulado.

El pronóstico de esta lesion es bastante grave.

En el tratamiento se ha recomendado la extirpacion de la porcion de lengua excedente, lo cual sólo será aplicable en casos muy limitados. Alguna vez podrá ser necesaria la amputacion parcial de ese órgano hecha por medio de la electro-termia. Si el aumento de volúmen es muy poco pronunciado, tal vez baste con tocar repetidas

veces la punta de la lengua con la tintura de yodo ó con los polvos de alumbre.

El exceso de desarrollo del cérebro es sumamente raro y aunque se han encontrado casos al parecer evidentes de multiplicidad de los lóbulos cerebrales, estos casos deben atribuirse á anomalías de forma, mejor que de volúmen.

La hipertrofia del cuerpo tiroides se encuentra algunas veces en los niños al nacer y entónces nacen casi asfixiados, costando gran trabajo volverlos á la vida. Estos niños presentan una tumefaccion considerable del cuello en el sitio correspondiente al cuerpo tiroides, tienen una disnea contínua y su respiracion es ruidosa y con trabajo.

Esta lesion puede desaparecer expontáneamente y para facilitar esta desaparicion se aconseja hacer sobre el tumor algunas fricciones con una pomada yodurada.

Algunas otras hipertrofias congénitas pasan completamente desapercibidas.

Las anomalías parciales de volúmen por defecto que merecen llamar la atencion, son las siguientes:

La microcefalia ó escaso desarrollo cerebral que va frecuentemente acompañada de lesiones en las meninges ó en el cráneo. Estos individuos, de los que hace poquísimo tiempo he visto uno en Córdoba, (1) tienen escasísimas facultades intelectuales.

El microftalmos con integridad cerebral.—Existe en Cádiz una familia conocida con el apodo de la de los ojitos chicos, en la que la mayoría de los individuos tienen

(1) Trátase de un hombre de 30 años de edad, de elevada estatura y con buen desarrollo general, pero cuya cabeza tiene el volúmen de la de un fétus á término. Es casi idiota.

unos ojos muy pequeños y que lo parecen aún más á causa de un ligero anquiloblefaron externo que tienen. Todos esos individuos ven perfectamente.

El anquiloblefaron ó adherencia de los párpados entre sí exige un tratamiento análogo al microstoma.

El microstoma ó estrechamiento de la boca que coincide á menudo con adherencias de los labios entre sí ó con los bordes alveolares. Cuando este estrechamiento es muy grande dificulta notablemente la succion y puede exigir la dilatacion de dicha abertura, la cual ó se practica simplemente con un bisturí ó una tijera, cuidando luégo de destruir diariamente la cicatrizacion que empieza á efectuarse, ó se pasa preliminarmente en el punto á donde deben corresponder las comisuras, dos hilos gruesos de plata, dejándolos en posicion hasta que se hallen cicatrizados los dos agujeros que se destinan á servir de punto de partida á la cicatrizacion que ha de hacerse luégo de las heridas resultantes de la dilatacion simple á que acto contínuo se proceda. Recomiéndase tambien, y lo creo muy racional, disecar de cada lado de la boca estrechada un colgajo mirtiforme que no interese la mucosa, y una vez desprendidos ambos colgajos se divide trasversalmente ésta, se ranversa cada porcion de ella sobre uno de los labios de la herida, sujetándole en este sitio con algunos puntos de sutura entrecortada.

La microglosia ó desarrollo incompleto de la lengua que entónces ó está retraida en el fondo de la boca ó lo que es más corriente, viene aquella lesion acompañada de la fisura del mismo órgano ó de una hendidura profunda que entónces se extiende más ó ménos á la faringe. Estos niños no llegan á hablar, aunque gritan y distinguen los sabores entre sí.

Esta lesion está por cima de los recursos del arte.

La estrechez del recto tiene poca importancia durante los primeros tiempos de la vida y áun pasa sin notarse á causa de que en esa edad las evacuaciones albinas son líquidas ó casi líquidas. En edad algo más avanzada el estreñimiento y los cólicos intestinales que preceden á cada evacuacion, así como el meteorismo abdominal y el deterioro progresivo del niño, á causa de las pérdidas nerviosas que con tanta frecuencia sufre, nos ponen en vias de hacer un diagnóstico, que se esclarece suficientemente por el tacto rectal hecho con el dedo pequeño.

Esta lesion suele curarse sin accidentes.

El mejor medio de tratamiento es la dilatacion progresiva con la esponja preparada. Miéntras ésta tiene éxito completo, es preciso poner diariamente enemas ligeramente laxantes.

Se ha observado frecuentemente el *fimosis congénito* ó estrechez considerable de la abertura prepucial que rara vez tiene inconvenientes en la primera infancia y en los casos en que esto ocurre basta para corregirlo, una incision de la piel, evitando su consecutiva reunion.

El parafimosis congénito depende de una falta de desarrollo y coincide á menudo con el hipospadias. Cuando es simple no exige tratamiento alguno.

La estrechez de la vagina sólo podrá haber ocasion de diagnosticarla despues de la edad de la pubertad. En esa misma época es cuando podremos ser consultados para una atrofia considerable de las glándulas mamarias, contra la que nada tengo que aconsejar.

Otras anomalías por defecto de los órganos internos suelen desconocerse durante la vida. La atrofia muscular de uno ó más miembros podrá ser corregida á veces con las aplicaciones eléctricas y los ejercicios gimnásticos.

CLASE 2.ª—ANOMALÍAS DE FORMA.

La clase 2.ª de las hemiterias comprende las anomalías de forma ó deformidades. Todas ellas son compatibles con la vida, muchas son hereditarias y susceptibles de afectarse de ellas todos los órganos y todos los tejidos del organismo. Tienen tambien otro carácter comun y es su incurabilidad. Algunas de estas anomalías son características de ciertas razas humanas, como la configuracion especial del craneo de los negros, la prolongacion de las mamas y el desarrollo de los labios menores de la vulva de las hotentotas.

CLASE 3.ª—ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA.

En la clase 3.ª se trata de las anomalías de estructura ó de composicion íntima de los órganos, y merecen mencionarse, entre las generales el melanismo y el albinismo, y entre las particulares de ciertos órganos las osificaciones preternaturales de algunos de ellos, etc. Estas últimas basta indicarlas; de las dos primeras me permitiré algunas palabras.

Albinismo.—Es la falta de pigmentum total ó casi total. Los individuos afectados de esta alteracion se llaman albinos y son con frecuencia mestizos, es decir, productos de la mezcla de razas diferentes, aunque no de sus individuos típicos, sino de los que á su vez proceden de otras y otras mezclas. Larenaudiere dice que los albinos de Méjico (á donde abundan), son hijos de un *morisco* (hijo de mulata y español) y una española. A pesar de esto se les encuentra en todas las razas, inclusa la negra; su piel es sumamente blanca y delicada; sus cabellos, ce-

jas y pestañas son muy finos y del mismo color; su bozo escaso. Respecto al ojo se encuentra en ellos una falta completa del pigmentum del íris y de la coroides, presentándose la primera de estas membranas ligeramente violácea y hallándose la pupila roja: á menudo hay nistagmus y siempre una fotofobia considerable, de modo que les es imposible estar en un sitio medianamente iluminado y sólo se encuentran bien durante la noche y en la oscuridad. La mayor parte de ellos son miopes. En mi gabinete he visto varias veces una mujer de 46 años de edad con un hijo suyo de 10, ambos albinos y reuniendo completamente todos los caractéres que dejo expuestos, cuyas facultades intelectuales están desarrolladas en la madre hasta el grado que es posible en individuos que no han recibido educacion alguna, pero el niño es bastante torpe. El albinismo es una desviacion orgánica incurable y debemos limitarnos á aconsejar el uso de vidrios ahumados ó coloreados de verde ó azul, para corregir algun tanto el defecto de la vision.

Melanismo.—Se observan algunos individuos de piel blanca que presentan en un punto determinado de su cuerpo manchas muy extensas de color moreno y áun negro, cuya afeccion que parece opuesta al albinismo, no lo es sin embargo, puesto que se le ha hallado alguna vez en albinos. Consiste en la aglomeracion de pigmentum en órganos que le contienen ordinariamente ó en órganos en que no existe.

Es una afeccion incurable, pero que no ofrece otro inconveniente que el existir á veces en sitios muy visibles, produciendo alguna deformidad á la vista.

El *endurecimiento* de ciertos tejidos ó el *reblandecimiento* de otros puede presentar inconvenientes ó no, segun sea el tejido de que se trate y el órgano de que ese

tejido forma parte. A menudo pasa desapercibida la lesion durante la vida.

LECCION XI.

Continúa el asunto anterior.—Clase 4.ª De las hemeterias. Anomalias relativas á la disposicion de las partes. Ordenes en que se divide.

CLASE 4.ª—ANOMALÍAS RELATIVAS Á LA DISPOSICION DE LAS PARTES.

Esta clase se divide en tres órdenes, á saber :

1.° Dislocaciones.

2.ª Anomalías de conexion.

3.° Uniones de partes separadas ordinariamente.

Hablaré de cada uno de ellos.

Orden 1.° — *Dislocaciones.* — Estas dislocaciones ó cambios de lugar pueden recaer en los órganos esplánicos ó en los que no lo son. En las de los órganos esplánicos pueden estos cambiar de posicion, pero sin abandonar la cavidad que debia contenerlos ó existir este abandono. Las del primer caso no ofrecen generalmente interés clínico, pues unas no se reconocen durante la vida, aunque produzcan graves trastornos, y otras no tienen importancia alguna ; pero entre las del segundo se encuentran muchas muy notables, de los que debo tratar, como son el encefalocele, la ectopia del corazon y las hernias abdominales congénitas.

La ectopia de la vejiga que tambien podria incluirse

en este lugar, encuentra su colocacion exacta en las fisuras.

Encefalocele.—Se llama así á la hernia congénita del cérebro. Los sitios de eleccion de esta hernia son en el órden que los indico, el occipucio, la frente, las fontanelas anterior y posterior, la sutura lambdoidea, el ángulo interno del ojo y la region temporal.

Respecto á la etiología me refiero á lo dicho al tratar en general de las desviaciones orgánicas.

Los síntomas consisten en la presencia de un tumor blando, elástico, redondeado, transparente á veces, pediculado en unos casos y de base ancha en otros que se presenta en uno cualquiera de los sitios que he marcado. Este tumor suele presentar latidos isócronos con los de las arterias y un movimiento de espansion alternativo que puede relacionarse con la respiracion. La piel que lo cubre no ofrece á veces alteracion alguna, pero otras se hace traslúcida. Cuando el tumor tiene la base ancha puede reducirse, pero la presion hecha para conseguirlo ó la ejecutada sobre tumores pediculados, determina unas ocasiones vómitos y movimientos convulsivos, otras un coma profundo y repentino pero pasajero.

Los caractéres dichos bastan para formar el diagnóstico, pero se refieren casos en que el tumor no presentaba ninguno de ellos, dando lugar á gravísimas equivocaciones cometidas por profesores eminentes.

El encefalocele suele tener una marcha muy lenta, permaneciendo estacionario durante mucho tiempo, pero adquiriendo luégo grandes proporciones.

Constituye una predisposicion notable á las inflamacio meningo-encefálicas, es causa de idiotismo y se le ha visto gangrenarse, ocasionando una muerte rápida por la violenta inflamacion cerebral que ha sido la consecuen-

cia. Rara vez pasan de la primera infancia los niños que tienen esta lesion.

El tratamiento varia segun el tumor sea reductible ó no. En el primer caso despues de hecha la reduccion se la mantiene con una lámina de plomo sujeta por un vendaje apropiado. Si la reduccion es incompleta se pone sobre el tumor una plancha metálica cóncava que mantiene la parte reducida y proteje la no reductible, pudiendo llegar tal vez á reducirla tambien. Si el tumor no se reduce, pero es pediculado, se ha aconsejado la ligadura, ya sola, ya seguida de excision pero sin un solo resultado satisfactorio. Vale más en los casos de no reductibilidad del encefalocele limitarnos á punzar con un trocart muy fino el tumor cuando está muy distendido, y combinar estas punciones, hechas con la frecuencia que exija el caso, con una compresion metódica, aunque no olvidando que se trata de un caso completamente perdido y en el que todas nuestras aspiraciones deben cifrarse en prolongar los dias del niño.

Ectopia del corazon.—En esta anomalía falta el esternon y una porcion mayor ó menor de las costillas, y en la region cardiaca unas veces, otras en el centro de la parte anterior del torax se observa un tumor con latidos muy perceptibles, formado por el corazon envuelto en el pericardio y cubierto todo por la piel, en estado normal unas veces, rudimentaria otras. En ocasiones no sólo falta esta porcion del torax, sino tambien parte de la pared abdominal anterior y hacen entónces hernia las vísceras correspondientes. Tambien se ha visto el tumor formado por el corazon privado de toda cubierta incluso el pericardio.

Esta lesion, sean cuales fueren sus grados, es incompatible con la vida y el arte médico es impotente contra ella.

Hernias abdominales.—Pueden ser ó á través de las anillos (umbilical, inguinal y crural) ó á traves de las paredes. Las más frecuentes de todas son las *umbilicales*, que se adelantan al espesor del cordon de este nombre, circunstancia que no debemos olvidar cuando se trata de cortar éste y ligarlo. Por este anillo suele salir ó una porcion de omento, ó éste y alguna ó algunas asas intestinales. La traslucencia del tumor, la presencia de gases en su caso y la reductibilidad, nos harán diagnosticar esta hernia que exige para su curacion radical (si es poco considerable) ó como tratamiento paliativo (si es una verdadera eventracion) un vendaje de cuerpo que sujete una lámina ó plancha de plomo que si se usa como paliativo será cóncava.

A través del anillo inguinal pasa ó el omento ó una porcion de intestino (lo cual es rarísimo en las niñas, pero frecuente en los niños), ó un ovario y áun el mismo útero, y sea cualquiera la víscera que se presente exige la reduccion y la aplicacion de un vendaje contentivo que puede ser ó una espica bien puesta ó un braguero sumamente elástico y bien proporcionado.

Los mismos órganos que acabo de indicar, pueden hallarse herniados en el anillo crural de los recien nacidos, y esta *hernia crural* poco frecuente en los recien nacidos, exige un tratamiento análogo al que acabo de indicar.

A través de las paredes de la vagina pueden encontrarse hernias intestinales congénitas, así como en el periné, y por la línea alba separada ó por cualquier punto de la pared abdominal.

Orden 2.°—*Anomalías de conexion.*—Pueden ser articulares y no articulares, y tanto unas como otras por exceso ó por defecto.

Es una anomalía articular por exceso la multiplicidad de puntos articulares en un hueso, por ejemplo una costilla, que además de las articulaciones ordinarias tenga una extraordinaria á la costilla que está por cima ó por debajo. Es una anomalía articular por defecto la falta de articulacion entre las extremidades inferiores del cúbito y del radio, por no haberse desarrollado suficientemente una de las dos extremidades ó ambas á la vez.

Es una anomalía de conexion no articular la de un músculo externo-mastoideo al que falta su porcion clavicular, la de un ureter que se abra en la uretra, etc., etc.

De las anomalías articulares no me ocuparé por su poca importancia clínica y su irremediabilidad, pero entre las no articulares se incluye una muy notable y que debo mencionar, aunque ya en la pág. 36 del tomo 1.° me ocupé de ella. Aludo á las cloacas.

Llámanse *cloacas* en la especie humana la terminacion en una abertura comun de los órganos génito-urinarios y del intestino recto.

En la página ántes citada se indican las diversas variedades de las cloacas que, como todas las lesiones de que me voy ocupando, se explican perfectamente por una detencion en el desarrollo.

Para evitar repeticiones remito al lector á la página indicada.

Orden 3.°—*Union de partes separadas ordinariamente.*—Esta reunion puede ser entre órganos distintos ó entre partes de un mismo órgano, y tanto en uno como en otro caso es total ó parcial, superficial ó profunda, ligera ó íntima. Se ha subdividido este órden en tres sub-órdenes: 1.° imperforaciones: 2.° uniones, y 3.° fusiones.

Imperforaciones.—Se han observado las de todas las aberturas naturales, como la de los párpados, la de la pu-

pila, las de la nariz, de la boca, del ano, del prepucio, de la uretra, de la vagina, del útero, de los pezones, etc. etc., pero para las que seremos consultados más frecuentemente tratándose de niños, son las de los ojos, la de la boca, la del ano, la de la uretra, la del prepucio y la de la vagina.

La imperforacion de los párpados supone desde luégo una falta de desarrollo del globo del ojo, y por lo tanto es incurable.

La imperforacion del íris ó acoria, consiste en la persistencia de la membrana pupilar y exige ó una iridotomía por el proceder de Wecker ó, lo que es preferible en la mayoría de casos, una iridectomía, pudiendo y áun debiendo aplazarse la operacion para cuando el niño tenga siquiera tres ó cuatro años.

La imperforacion de la boca es debida á un trastorno en el desarrollo que no reside sólo en ella. Otras veces, aunque raras, se produce por la adherencia total de los labios entre sí, á consecuencia de inflamaciones ó de ulceraciones padecidas en el cláustro materno. En este último caso el mecanismo es igual al del estrechamiento de la boca ó microstoma de que hablé más arriba y exige el tratamiento siguiente. Con un bisturí puntiagudo se hace una puncion hasta el interior de la cavidad bucal en la línea que corresponda á la boca, pero algo hácia la línea media del sitio en que deberia terminar: por esta abertura se introduce una sonda canalada que guia luégo el bisturí para hacer la incision de dentro á fuera, incision que terminará en un punto análogo al en que comenzó. En seguida á una y otra extremidad de la abertura hecha se excinde un pequeño colgajo mirtiforme, respetando la mucosa, y ésta incindida trasversalmente se dobla y sugeta con varios puntos de sutu-

ra para que constituya los ángulos de la boca y se oponga así á la estrechez progresiva que muy pronto sobrevendria por muchos que fueran los cuidados que pusiéramos para evitarlo.

La imperforacion del ano es bastante frecuente con relacion á las otras anomalías. Unas veces el intestino recto está perfectamente desarrollado, pero no existe el hundimiento y transformacion de la piel en el sitio correspondiente al ano. En otros casos existe la depresion anal y el aspecto de mucosa del orificio, pero éste no llega hasta el recto, cuya extremidad inferior es ciega. A ocasiones el intestino termina muy alto y no hay depresion anal. Se ha observado abrirse el recto en la vejiga ó en la vagina ó en el útero (cloacas) y tambien puede encontrarse una suspension más considerable en el desarrollo y hasta el punto de no existir formada más que una parte del intestino grueso, abriéndose entónces en el ombligo, constituyendo un ano preternatural. En este último caso subsiste el conducto ómfalo-mesentérico.

La falta de evacuaciones albinas ó verificarse estas por un sitio preternatural, la inspeccion simple de las partes y en algunos casos la exploracion con una sonda, bastan para el diagnóstico de esta lesion que siempre es grave, áun en los casos más sencillos al parecer.

Si hay la falta de desarrollo intestinal y el ano umbilical, la vida no puede sostenerse muchos dias. Cuando existe una cloaca la vida es posible aunque con las mil molestias que trae semejante estado.

En los otros tres casos es posible la intervencion quirúrgica y con gran resultado en algunos. Respecto al primero y al tercero hay que hacer una incision crucial en el sitio correspondiente, reconocer con el dedo la parte del intestino recto á donde están agolpadas las ma-

terias fecales y hace hernia é introducir en él un trocart ordinario de paracentesis, dejando la cánula en situacion, haciendo por ella algunas inyecciones emolientes y sustituyéndola luégo con una sonda de goma elástica, cuyo calibre se va aumentando pasados los primeros dias.

Este mismo proceder operatorio deberá seguirse en los casos de la segunda especie.

Si no se encuentra el intestino por esta operacion es inútil todo, pues áun cuando se aconseja y parece haberse ejecutado alguna vez con éxito un ano artificial en la region lumbar izquierda, no me fio mucho de este éxito, pues los niños recien nacidos soportan muy mal las operaciones y son bastante graves las lesiones que se le han inferido ántes de desistir de buscar el recto, para que pueda resistir á estas y á las de un ano artificial.

He visto varias imperforaciones del ano de las tres especies á que ahora aludo, he tratado de operar seis ú ocho y sólo me acuerdo de haber obtenido éxito completo en dos. Los otros niños fallecieron unos despues de haber encontrado el intestino, otros sin haber tenido éxito mistentativas y ántes de que pensase resueltamente en el ano artificial.

La imperforacion del prepucio es poco grave. Una puncion y la operacion del fímosis por la simple incision bastan para corregirla.

La imperforacion de la uretra es más grave y esta gravedad tambien es muy diversa, segun el punto en que se encuentre la imperforacion y la naturaleza de ella. Generalmente existe sólo una adherencia membranosa muy limitada y la orina llega hasta el sitio en que aquella se encuentra, agolpándose allí y sirviéndonos para formar el diagnóstico y de guia para el tratatamiento, que consiste en introducir por la abertura externa de la uretra un tro-

cart explorador con el que se llega forzando la resistencia hasta la porcion dilatada y sacando luégo el punzon sale por la cánula la orina. Se sustituye luégo la cánula por un bordon muy delgado cuyo grueso se va aumentando diariamente hasta obtener la dilatacion deseada. Cuando la adherencia es extensa se intenta el mismo medio, y si no da resultados, como es frecuente, se procede á la puncion de la vejiga por el recto, si se trata de un niño ó por la vagina si de una niña, y se procura entretener una fístula recto-vesical ó vagino-vesical. Esta operacion casi nunca tiene resultado feliz y á lo más produce un alivio pasajero, pues la abertura no tarda en cicatrizarse si se le abandona, y de todos modos es pagar muy cara la vida con una fístula de las condiciones dichas y una salud expuesta á cada momento, ya con la amenaza constante de nueva obstruccion, ya con la inminencia de una uremia, etc.

La imperforacion de la vagina puede ser debida á un hímen sin abertura ó á la existencia de bridas más ó ménos resistentes, situadas no como el hímen en el orificio vulvar del conducto vaginal, sino en un punto de este conducto más ó ménos próximo al útero. Esta última imperforacion pasa siempre desapercibida hasta la edad de la pubertad, pero la imperforacion del hímen es observada pronto por las madres y acuden en seguida á el profesor á fin de que destruya ese obstáculo para el porvenir, lo cual no ofrece dificultades. Yo siempre he usado con este objeto la extremidad de un estilete ó de una sonda canalada, pero alguna vez será preciso practicar una puncion con un trocart pequeño ó con un bisturí puntiagudo de hoja estrecha, dejando entónces un pequeño trozo de esponja preparada que sostenga la dilatacion hecha.

La imperforacion del útero, la de los pezones, etc. nun-

ca son observadas por los especialistas en enfermedades de los niños.

Sub-órden 2.°—Ninguna de las desviaciones incluidas en este sub-órden, exige ser descrita en esta obra.

Sub-órden 3.°—*Fusiones.*—Son infinitas las que pueden observarse, bastándome mencionar las de más interés.

Fusion de ambos hemisferios cerebrales.—Cuando existe esta desviacion la vida extra-uterina es imposible, pues el desarrollo cerebral es escasísimo: coincide con la monopsia ó ciclopia y esta lesion y la figura ameionada de la cabeza, el poco desarrollo de la criatura y su estado progresivo de debilidad, nos hacen sospechar esta desviacion que sólo puede comprobarse en la autopsia.

Fusion de los riñones.—Ofrece distintos grados desde el desarrollo perfecto de ambos riñones y su simple union por su extremidad inferior por delante de la columna lumbar, hasta la existencia de un solo riñon más voluminoso que de ordinario, situado por delante de la columna dicha, teniendo una pélvis grande de la que parten (segun los casos) uno ó dos uréteres que se terminan en la vejiga en su sitio acostumbrado si son dos, ó en un punto anómalo de ella. La desviacion de que trato sólo se diagnostica en la losa del anfiteatro, y no exige tratatamiento alguno, aunque es verdad que rarísima vez ocasionará trastornos de interés.

Estas son las fusiones citadas con más frecuencia por los autores. Otras muchas como el simblefaron, la adherencia de la epíglotis á la base de la lengua, de la lengua á la parte interna del borde alveolar ó á la bóveda palatina, las de los dedos entre sí, la del pene con el escroto, etc., etc., no merecen una mencion especial por su rareza y porque de ellas se ocupan generalmente todos los tratados de patología quirúrgica.

Orden 4.°—*Anomalías por oclusion.*—Son muy parecidas á las imperforaciones con las que generalmente se confunden y de las que se diferencian anatómicamente en que en éstas hay ó falta de desarrollo del conducto ó adherencia de sus paredes y en aquellas existe una membrana ó septo que divide en dos el tabique. Renuncio á describir particularmente cada especie de oclusion, pues tendria que repetir casi lo dicho al tratar de las imperforaciones.

Orden 5.°—*Anomalías por separacion de partes que en el estado normal se encuentran unidas.*—Este órden es sumamente interesante, porque comprende multitud de afecciones muy frecuentes. Se subdivide en dos subórdenes, que son : 1.° perforaciones y 2.° divisiones anómalas.

Sub-órden 1.°—*Perforaciones.*—Mencionaré tan sólo, porque ofrecen mayor interés, la persistencia del agujero de Botal ó comunicacion entre las dos aurículas del corazon, la perforacion del tabique interventricular, la permeabilidad del conducto arterial, la no obliteracion del uraco y la no oclusion de los anillos abdominales.

Persistencia del agujero de Botal.—He dicho más arriba que desde que el niño hace la primera inspiracion dejan de comunicarse entre sí las dos aurículas, porque la válvula de Eustaquio cesando de moverse impide esa comunicacion y muy pronto la oclusion del agujero dicho es completo y resistente. En algunos casos, sin embargo, no sucede así y la sangre de una aurícula puede pasar perfectamente á la otra, de cuya comunicacion resultan accidentes de gravedad y que llegan á concluir con la vida del niño.

Esta comunicacion depende de la pequeñez de la válvula dicha ó de adherencias que impiden su movimiento.

La cianosis que empieza á presentarse á poco del nacimiento por los labios, la cara y las extremidades, extendiéndose luégo á todo el cuerpo; cierta dificultad en la elevacion y en la depresion de la caja torácica; intensidad notable en los ruidos del corazon como un ruido de fuelle muy pronunciado; estos son los síntomas que sirven para diagnosticar que ambas sangres venosa y arterial se mezclan á través del agujero de Botal.

Esta lesion puede curarse alguna vez por los solos esfuerzos de la naturaleza, pero el arte médico es impotente ante ella y por lo tanto nos limitaremos á aconsejar una severísima higiene, un régimen exclusivamente lácteo durante el primer año y lácteo y vejetal despues, y mantener el vientre libre con ligeros laxantes tomados á menudo.

Los niños en que la lesion dicha existe, están muy predispuestos á toda clase de afecciones del aparato respiratorio y mueren con frecuencia bastante, de apoplexias pulmonales ó cerebrales.

La perforacion del tabique inter-ventricular, ó mejor dicho, la no existencia de éste, coincide generalmente con la falta del tabique inter-auricular y entónces el corazon tiene tan sólo una aurícula y un ventrículo y las dos sangres están constantemente mezcladas. Tambien hay al mismo tiempo trasposicion de los gruesos troncos vasculares y de todos modos esta lesion es incompatible con vida.

La permeabilidad del conducto arterial determina como las lesiones anteriores una mezcla de las dos sangres. En algunos casos esta permeabilidad desaparece, pero en otros el conducto dicho se transforma en un tronco vascular definitivo.

Esta lesion produce generalmente la muerte durante la primera y á más tardar la segunda denticion, yendo

hasta esta fecha en aumento los graves trastornos circulatorios y respiratorios.

La no obliteracion del uraco puede ser total ó parcial y en el primer caso cuando la vejiga esté dilatada por la orina, suele salir ésta por una abertura situada en la cicatriz umbilical.

Esta anomalía no es incompatible con la vida, y la naturaleza basta tambien á curarla por sí misma, curacion á la que tiende tan sólo en virtud de los progresos de la edad.

La no oclusion de los anillos abdominales es en la inmensa mayoría de casos la causa de las hernias abdominales congénitas. A veces se observa esta lesion sin ir acompañada de hernias, aunque con gran predisposicion á contraerlas y en otras ocasiones coincide con un hidrocele congénito susceptible de reducirse por la compresion, pasando entónces el líquido por el anillo y conducto inguinales á la cavidad abdominal, aunque reapareciendo en cuanto cesa la compresion y el individuo se levanta de la cama.

La compresion sostenida, hecha con un vendaje apropiado, evita la produccion de las hernias y áun tratándose de niños suele lograrse la curacion radical á condicion de que el vendaje esté hecho á medida y se lleve constantemente durante un espacio de tiempo que nunca baje de dos á tres meses en los casos más recientes y benignos.

Sub-órden 2.°—*Divisiones anómalas.*—Grande es el número de anomalías que están comprendidas en este sub-órden; pero consecuente con el propósito de ser lo más breve posible, trataré ahora tan sólo de la division de los párpados, la del íris, la de los labios, la de la lengua, el hipospadias y la espina bífida.

Dos palabras tan sólo sobre cada uno de ellas.

La division ó coloboma de los párpados negada por Cruveilhier es, sin embargo, evidente. Consiste en la hendidura vertical de uno de los párpados, sin que esté demostrado si es más frecuente en el superior que en el inferior. Sus inconvenientes dependen de la falta de proteccion en que queda una parte más ó ménos extensa del ojo, expuesto por lo tanto á la accion de las causas externas que acarrean con frecuencia su pérdida.

Su tratamiento consiste en refrescar los bordes de la hendidura con unas tijeras curvas por su plano, colocando luégo varios puntos de sutura ensortijada.

En la division del íris ó irido-coloboma la hendidura es en V con el vértice hácia el círculo mayor y la base hácia el menor de esa membrana. Se divide en completo ó incompleto, segun que comprende el todo ó parte del íris. Muy recientemente he visto una niña que presentaba un irido-coloboma inferior completo en ambos ojos, en la que no existia, como ocurre en los análogos, division de la coroides ni de la retina, y por lo tanto la vision es excelente.

Esta lesion no tiene tratamiento alguno.

Llámase *labio leporino* á la hendidura de los labios. Sólo se conocen dos casos citados por Seliger y por Nicati en que el afectado era el labio inferior; todos los demás se refieren al superior.

El labio leporino puede existir sin ó con complicaciones, y en el primer caso puede ser simple ó doble.

La manera de producirse es la siguiente. Durante el desarrollo del fétus el labio superior está formado de tres porciones, una central y dos laterales que luégo se reunen; pero si por cualquier causa esta reunion no se verifica, la lesion queda. Por eso la division afecta cuando

es simple á un lado del labio y cuando doble las hendiduras son laterales separadas por un pedículo central.

Cuando hay complicaciones, éstas consisten en la presencia de dientes salientes hácia adelante, ó en la salida considerable del hueso incisivo, ó en la division única ó doble de la bóveda palatina, ó en la formacion de una ancha abertura ósea en que están confundidas las fosas nasales y la boca.

Esta lesion impide al niño la succion, el habla, y si se trata del complicado hasta la masticacion y la deglucion.

El pronóstico del labio leporino exento de complicaciones es benigno; el del complicado gravísimo.

El primero se corrige avivando los bordes de la division y uniéndolos con puntos de sutura ensortijada, operacion que se conviene hoy en hacer al poco tiempo del nacimiento.

Para el segundo es preciso aguardar que el niño tenga siquiera dos ó tres años y el mecanismo operatorio consiste: si existen dientes que sobresalen, en hacer su avulsion ántes que la reunion de la hendidura; si el hueso incisivo sobresale, se le reseca con una tenaza incisiva; si la bóveda palatina está dividida, Phillips aconseja atravesar la nariz en su base por detrás de las alas con un hilo de plata armado de una punta aguda de acero, atravesando tambien dos botones de carton que se han puesto preliminarmente uno sobre cada ala de la nariz; despues de atravesar el hilo de izquierda á derecha del enfermo se le vuelve á pasar de derecha á izquierda, apretando entónces fuertemente sobre el boton izquierdo los dos cabos del hilo, ejerciéndose así una presion considerable que tiende á aproximar las porciones óseas separadas. Cuando la reunion de éstas se ha verificado, se procede á la de las partes blandas de la manera arriba dicha.

Cuando el labio leporino, complicado ó no, es doble y el tubérculo medio es muy pequeño ó tiene una insercion viciosa, vale más escindirlo y practicar entónces la operacion como si se tratase de un labio leporino simple.

La division de la lengua coincide con su escaso desarrollo y es debida á que formado este órgano á espensas del primer arco visceral, no se ha verificado á su tiempo la reunion de éste con los otros arcos viscerales. Esta division rara vez es completa y segun Bedmar los niños que la presentan pueden gritar y áun tienen sentido del gusto.

Muy pocas veces podrá hacerse el avivamiento de los bordes de la division y su reunion con puntos de sutura metálica, pues como he dicho el escaso desarrollo de la lengua, hace que esté representada sólo por dos pequeños tubérculos.

El hipospadias consiste en la abertura de la uretra en la cara inferior ó posterior del pene, más ó ménos próxima á el sitio normal. A veces se encuentra transformada en canal casi todo el conducto de la uretra, desde el balano hasta cerca del escroto, extendiéndose en otros casos la hendidura al escroto mismo y encontrándose la abertura en el periné. Se han considerado cuatro especies de hipospadias; en la primera la abertura de la uretra corresponde á la fosa navicular; en la segunda á la raiz del escroto; en la tercera se halla en el periné, y en la cuarta se encuentra en el dorso del pene á una distancia mayor ó menor de los pubis. Esta última especie se ha llamado epispadias.

La primera especie no exige tratamiento alguno; la tercera y cuarta están por cima de los recursos del arte y en la segunda puede intentarse con Dupuytren restablecer el conducto, pero cuando ya el niño tenga siquiera

tres ó cuatro años. Para ello se introduce por la abertura de la uretra una sonda canalada con la canaladura hácia el dorso del miembro; en seguida se hace una puncion con un trocart delgado en el glande y en la direccion de la sonda para ir á encontrarse en el punto en que éste entra en la uretra y por la abertura practicada con el trocart se introduce una candelilla hueca de goma, cuya extremidad se la hace pasar hácia la vejiga y que se renueva con frecuencia hasta que esté formado el conducto, en cuyo caso si la abertura que constituye el hipospadias no se ha cerrado se la cauteriza y en último resultado se avivan sus bordes y se sutura ó se hace una uretroplastia.

El hidroraquis ó espina bífida consiste en una division posterior de la columna vertebral, por la que se hernian las membranas raquídeas formando un tumor ó varios que contienen un líquido claro y seroso.

El lugar de preferencia es la columna lumbar y semejante lesion es debida á una suspension más ó ménos considerable en el desarrollo de las láminas vertebrales. Si sólo existen las apófisis espinosas y sólo falta la union de sus dos mitades, hay una hendidura estrecha que constituye el primer grado del hidroraquis; si las dichas apófisis faltan por completo, la hendidura es ancha y se trata del segundo grado; en el tercer grado algunos cuerpos vertebrales están divididos, y en el cuarto hay un estado rudimentario de algunas vértebras.

Síntomas.—Esta afeccion se manifiesta ya en el niño reciennacido ó tarda algunos dias en aparecer y entónces lo hace bajo la forma de un tumor (y rara vez de más de uno) redondeado, blando, trasluciente en unos casos, opaco en otros y sin cambio de color de la piel, situado generalmente en la columna lumbar, ó mejor dicho, en la

porcion lumbar de la columna vertebral. La fluctuacion es manifiesta en estos tumores y comprimiéndolos suele disminuir de volúmen, aunque no es extraño que determine gritos y convulsiones en el niño. La base de estos tumores es más ó ménos ancha y en ella se percibe la division de las apófisis espinosas de que ántes hablaba.

He visto niños con hidroraquis muy voluminoso estar robustos y contentos sin experimentar sufrimiento alguno, pero lo ordinario es que se hallen delgados y tristes y que les sobrevengan diferentes fenómenos como la parálisis de los miembros inferiores, ó del recto, ó de la vejiga. La terminacion más frecuente suele ser la ulceracion expontánea y rotura del tumor seguida de convulsiones y de una meningo-mielitis mortal.

El pronóstico, por lo tanto, es gravísimo, aunque Moulinié cita un enfermo que vivió 37 años con un hidroraquis, pero lo más frecuente es que sucumban ántes del primer año. Yo he visto una niña que murió á los tres años y un niño de ocho que áun existe.

Tratamiento.—El tratamiento médico compuesto de los diuréticos, los purgantes y los tónicos es totalmente ineficaz, así es que se ha apelado á los medios quirúrgicos, empleándose por A. Cooper la compresion con un vendaje apropiado; el collodium por Behrend; la puncion ó la acupuntura por el mismo A. Cooper; el sedal por Richter; la excision de una parte de la bolsa seguida de la sutura por Brumer; la ligadura, y por último, las inyecciones yodadas.

Este último método que parece el más exento de inconvenientes y el que mejores resultados ha producido ha sido preconizado por Brainard. Este médico norteamericano hace una puncion con un trocart muy delgado y despues de salir el líquido por la cánula, inyecta una

solucion muy débil de la tintura de yodo en el agua, por el yoduro de potasio, y deja el líquido dentro del tumor á no ser que sobrevengan convulsiones, en cuyo último caso lo extrae y sustituye por agua destilada á la temperatura del cuerpo humano. Tras de la inyeccion yodada sobreviene con mucha facilidad una inflamacion meníngea y por lo tanto la solucion que se inyecte debe ser muy débil, aumentando si acaso la concentracion en otra sucesiva si la primera no ha producido efecto. Debemos abstenernos de operar siempre que el tumor tenga normalmente mucha sensibilidad y por lo tanto gran tendencia á la inflamacion, pues áun cuando la enfermedad es mortal ordinariamente, mejor es que el enfermo *pereat vi morbi nom vi remedii*.

La clase 5.ª de las hemiterias comprende las anomalías de número y existencia de las partes. Entre las primeras se hallan, por ejemplo, los dedos supernumerarios, las mamas con dos ó más pezones, los casos en que se han hallado un solo riñon, un solo testículo, etc. etc. Entre las segundas están la falta completa de glándulas mamarías, ó de útero, etc. etc.

De todas estas desviaciones quizás sea la única en que se exijan nuestros cuidados la polydactilia ó dedos supernumerarios, los cuales nos veremos en la precision de amputar; pero teniendo en cuenta que esta operacion es de las llamadas de complacencia y que por regla general el resultado de éstas suele ser malo, no procederemos á la operacion sino en el caso de que los dedos escedentes estorben á las funciones de la mano ó del pié ó cuando la operacion consiste sólo en una excision por tratarse de un tubérculo ó una prolongacion más bien que un dedo, y de todos modos esperaremos siempre á que el niño tenga cierta edad.

LECCION XII.

Continúa el asunto anterior.—Grupo 2.° Heterotaxias.—Grupo 3.° Hermafrodismos.—Grupo 4.° Monstruosidades.

GRUPO 2.°—HETEROTAXIAS.

Isidoro Geoffroy de Sain-Hilaire incluyó en este grupo todos aquellos casos en que los órganos tanto pares como impares están colocados inversamente, es decir, á la izquierda los que en el estado normal se encuentran á la derecha y al revés. Esta anomalía, aunque extraordinaria, es perfectamente compatible con la vida y Berard la ha comprobado en un hombre sano de unos 40 años de edad.

La causa de esta inversion orgánica es completamente desconocida. Serres explica la produccion de ella, suponiendo que el hígado es la víscera que dirige inmediatamente la produccion y el desarrollo de todos los órganos vecinos, y mediatamente los de los lejanos; que en su principio dicha entraña tiene dos lóbulos (derecho é izquierdo) iguales y simétricos, adquiriendo luégo predominio el derecho, pero que si por cualquier motivo sucede lo contrario, es decir, adquiere predominio el lóbulo derecho, todos los demás órganos tienen que producirse y desarrollarse en un sentido diametralmente opuesto al normal, pues tienen que guardar siempre las mismas relaciones con respecto al hígado. Semejante teo-

ría, además de que le falta indicar la causa del predominio accidental del desarrollo del lóbulo izquierdo, y el porqué de la necesidad de que el hígado dirija la produccion de todos los demás órganos, es completamente inadmisible y en el estudio embriológico que hemos hecho se encuentran los argumentos más poderosos que oponerle.

Es mucho más leal y más cierto decir que hasta ahora no se ha encontrado explicacion satisfactoria de estos hechos.

Las inversiones orgánicas de que me estoy ocupando son generales ó parciales y unas y otras están por cima de los recursos de la medicina que tampoco tiene necesidad de intervenir, pues son compatibles con la vida, como ya he dicho.

GRUPO 3°.—HERMAFRODISMOS.

Llámase hermafrodismo en su sentido estricto, á la reunion en un solo individuo de los órganos genitales de los dos sexos. El hermafrodismo sólo existe en las plantas monóicas, en los zoofitos y en algunos moluscos. En el resto de los dos reinos vejetal y animal no se encuentra la confusion de los sexos.

En el hombre se ha llamado hermafrodismo á cierta disposicion viciosa de los órganos de la generacion que hace simular un sexo diferente del que tiene el individuo, ó imposibilita toda distincion. Dícese que el nombre de hermafrodita proviene de Hermafrodito, hijo de Mercurio y de Vénus, el cual desdeñó las caricias de Salmacis, ninfa que estaba perdidamente enamorada de él, y en castigo fué condenado á fusionar su cuerpo con el de la referida ninfa.

El hermafrodismo en la especie humana se divide en

masculino, femenino y neutro, segun que el individuo sea respectivamente varon con apariencias de hembra, hembra semejando á varon, ó sea imposible determinar el sexo. Esta última especie creo yo que merece mejor el nombre de neutro que el de comun de dos ó el de epiceno que le han dado los autores, pues en él hay una mezcla tal de los atributos de los dos sexos y un desarrollo tan escaso de ellos, que verdaderamente no pertenecen al uno ni al otro.

Los caractéres del hermafrodismo masculino son: formas, voz y hábitos de hombre; abundancia del panículo adiposo subcutáneo y áun ligero abultamiento de las mamas; pene pequeño y con un hipospadias del tercer grado; crypsorchidia ó testículos ocultos; division del escroto. Suele haber un fondo de saco perineal.

El hermafrodismo femenino está caracterizado por un aspecto varonil, desenvoltura, voz ronca y existencia de vello en la cara. Las formas, sin embargo, son poco angulosas y la pélvis con desarrollo femenino. El clítoris es largo y grueso simulando un pene con hipospadias; no existe la vulva ó sólo los labios mayores, asemejándose á un escroto dividido. En otros hermafroditas femeninos todo el aspecto exterior es de mujer y sólo los órganos genitales se parecen á los del varon por los caractéres indicados. En algunas fluyen los menstruos por la abertura uretral ó por alguna otra pequeña que tenga.

En el hermafrodismo neutro existe una conformacion que participa de la del hombre y de la mujer, los órganos genitales están muy poco desarrollados y un órgano excitador pequeño, una abertura perineal de la uretra, la ausencia de labios y de escroto y la existencia ó no de un fondo de saco en el periné, no son indicios suficientes para determinar el sexo real del individuo.

En los casos de hermafrodismo, generalmente somos llamados tan sólo para decir el sexo del niño y á este objeto recordaremos los caractéres que quedan expuestos.

GRUPO 4.°—MONSTRUOSIDADES.

Entre las monstruosidades se comprenden todos aquellos vicios de conformacion en que el nuevo ser se desvia más ó ménos considerablemente de la configuracion que corresponde á la especie humana.

Isidoro Geoffroy de Sain-Hilaire las divide en dos clases, que son la de los monstruos simples ó unitarios y la de los monstruos compuestos.

MONSTRUOS UNITARIOS.

Todos ellos están constituidos por un sólo individuo. Sea cualquiera su configuracion siempre recuerdan á alguno de los estados transitorios porque ha pasado el nuevo ser en su período embrionario. Algunos, sin embargo, forman una masa informe en la que sólo se encuentran órganos incompletos ó vestigios de ellos en la más lastimosa confusion.

Se los divide en tres órdenes, que son: los monstruos unitarios autósitos, los onfalositos y los parásitos.

Orden 1.°—*Monstruos unitarios autósitos.*—Han recibido este nombre porque son susceptibles de nutrirse por sí mismos y por lo tanto pueden vivir un tiempo mayor ó menor y áun á veces muy largo, fuera del claustro materno. Existen en ellos aunque en diverso grado de desarrollo el aparato circulatorio, el respiratorio y el digestivo. Tambien hay nervios, pero en algunos falta el centro encefálico.

Se subdividen en cuatro tribus, segun que la alteracion afecte á los miembros, al tronco, al cráneo ó á la cara.

Primera tribu.—Comprende dos familias, la de los ectromelios y la de los simelios.

Los ectromelios tienen sus miembros rudimentarios y á ellos pertenecen tres géneros. El de los focomelios, en que los pies y las manos bastante bien conformados se insertan en el tronco, parece como que salen inmediatamente del tronco y en realidad tienen un hueso que representa á los del brazo y antebrazo, muslo y pierna y por intermedio de él se verifica la union. El de los hemimeleos, en quienes existen en vez de miembros muñones formados de un solo hueso que terminan en apéndices digitales ó en verdaderas manos y pies (la deformidad ataca en éstos á todos los miembros ó sólo á algunos). El de los ectromeleos comprende aquellos en quienes falta completa ó casi completamente uno ó más miembros, encontrándose por lo tanto en ellos mezclados los dos géneros anteriores.

Todos los monstruos de esta familia son perfectamente viables.

La familia de los *simeleos* abraza á los monstruos en quienes existe una fusion de sus miembros abdominales, fusion á que acompaña generalmente algunos desórdenes en las partes sub umbilicales. Pertenecen á ella tres géneros. En el primero ó simeleos propiamente dichos, los dos miembros abdominales fusionados, ó mejor dicho unidos, están casi completos y terminan en dos pies perfectamente distintos. En el segundo ó uromeleos, los miembros fusionados son cortos y muy imperfectos, tienen un solo pié y generalmente incompleto. En el tercero ó sirenomeleos la imperfeccion es áun mayor, no existe

pié y el miembro abdominal ó el muñon que lo representa parece una prolongacion caudal del tronco.

Los simeleos no son viables por lo general á causa de los trastornos que existen en sus intestinos y en todos los órganos abdominales con excepcion del estómago y del hígado.

Segunda tribu.—Los que pertenecen á ella presentan considerables alteraciones en el tronco. Se han llamado *celosomios* porque sus cuerpos parecen verdaderas hernias ó eventraciones. Están caracterizados por una hendidura lateral ó media en el torax ó en el abdómen, á través de la cual salen las vísceras de su cavidad, cubiertas por una membrana muy tenue de apariencia serosa. Coexiste con esta monstruosidad alguna otra y de todos modos los individuos que la presentan no son viables y mueren generalmente ántes del parto, siendo muy raros los que subsisten algunas horas despues de nacer.

Tercera tribu.—Comprende los monstruos unitarios autósitos en quienes la alteracion se encuentra en el craneo ó *anencefáleos*. Se dividen en tres familias: la de los *exencefáleos*, en los que el craneo está desarrollado incompletamente y á través de una hendidura ancha sale el cérebro muy imperfecto; la de los *pseudencefáleos* en quienes falta toda la bóveda craneal y el cerebro está reemplazado por un tumor rojo muy vascular, y la de los *anencefáleos* propiamente dichos en los que falta totalmente el cerebro y existe sólo la base del craneo. Ninguno de estos fétus es viable; los que más han vivido fallecieron á los dos dias de nacer.

Cuarta tribu.—Es la de los *anenprocopios* en quienes la alteracion existe en la cara. Consta de dos familias: la de los *ciclocefáleos*, en los que los dos ojos se hallan reunidos ó confundidos en la línea media, coincidiendo esta

alteracion, así como la del aparato nasal, con lesiones muy graves del encéfalo: y la de los *otocefáleos* que tienen tan escasamente desarrolladas las partes centrales de la cara que ambas orejas se tocan y áun se confunden en la línea media.

Las gravísimas lesiones cerebrales de estos monstruos hacen que no sean viables.

Orden 2.°—*Monstruos unitarios omfalositos.*—La conformacion de estos monstruos es sumamente defectuosa y las alteraciones comprenden á casi todos los órganos, razon por la que no pueden ni por un momento tener una vida independiente, hallándose su nutricion íntimamente ligada á la madre.

Se dividen en tres familias: la de los *paracefáleos*, en los que al par que otras alteraciones orgánicas existe una cabeza muy imperfecta y rudimentaria; la de los *acefáleos*, en quienes falta completamente la cabeza, y la de los *anidios*, cuyo cuerpo es asimétrico y tiene una forma globulosa ó piriforme que no recuerda siquiera la configuracion humana.

Orden 3.°—*Monstruos unitarios parásitos.*—Isidoro Geoffroy de Saint-Hilaire llama así á ciertas producciones compuestas de masas de pelos, dientes, grasa, etc., que se encuentran alguna vez en los órganos genitales femeninos y áun en los masculinos; pero estas producciones no tienen existencia independiente del individuo en que se encuentran y parecen restos de otro embrion que no llegó á desarrollarse.

CLASE 2.ª—MONSTRUOS COMPUESTOS.

Esta es la clase 3.ª de Breschet ó sea la de los diplogéneses ó monstruos duplicados. Están formados por la

fusion más ó ménos completa de dos fétus y rarísima vez de tres. La union se verifica siempre por partes homólogas y para especificar las relaciones recíprocas de los dos fétus se consideran en ellos dos ejes, uno vertebral que es la línea central que pasa por la columna vertebral y el otro, eje de union, que se confunde con el plano en cuya direccion se une un individuo con el otro.

En los monstruos dobles ó los dos son autósitos ó uno sí y el otro es omfalosito ó parásito. De aquí la division en monstruos compuestos autósitos y monstruos compuestos parásitos que son los dos órdenes que comprende esta clase.

Orden 1.°—*Monstruos compuestos autósitos.*—Se subdividen en tres tribus, segun que se unan por la parte central, quedando perfectamente separado el resto de ambos cuerpos, ó que existe una verdadera fusion de la partesu perior de ambos, inclusa la cabeza, y separacion completa de las extremidades pélvicas, ó que la union sea en sentido inverso á esta misma.

Primera tribu.—Se divide en dos familias: la de los *eusonfáleos*, que tienen dos ombligos y dos cordones umbilicales, y la de los *mononfáleos*, en los que sólo hay un ombligo y un cordon. A los *eusonfáleos* pertenecen los *pigópagos* ó unidos por las nalgas, los *metópagos* en que la union es por la frente y los *cefalópagos* en que tiene lugar por la cabeza.

Entre los *mononfáleos* se encuentran los *isquiópagos*, que se reunen por los isquios; los *xifópagos*, por el apéndice xifoides; los *esternópagos*, por el esternon; los *ectópagos*, por un costado, y los *hemípagos*, por la mitad lateral del cuerpo.

Registra la ciencia numerosos ejemplares de monstruos de esta tribu que han llegado á una edad regular y

entre ellos cito por ser contemporáneos á las hermanas Helena-Judith, muertas en 1723 de 22 años de edad, á los hermanos siameses Eng y Chang, que fallecieron en 1875 á los 64 años, y al ruiseñor de dos cabezas, Millia-Cristina, que aun viven y pasan de los 18. A pesar de esto no debemos pronunciarnos rotundamente en pró de la viabilidad absoluta de estos monstruos.

Segunda tribu.—Abraza tambien dos familias, á saber: la de los *sincefáleos*, ó cuyas cabezas están confundidas aunque distintas y la de los *monocefáleos*, en los que sólo hay una cabeza. Ni éstos ni aquellos son viables.

Tercera tribu.—Se dividen en dos familias: la de los *sisomios*, cuyos cuerpos están confundidos, pero distintos, y la de los *monosomios*, en los que hay un solo cuerpo.

A la familia de los *sisomios* pertenecen los *psodimos* ó unidos inferiormente hasta la region lumbar; los *xifodimos* ó unidos inferiormente hasta el apéndice xifoides, y los *derodimos*, en quienes la union inferior llega hasta el cuello.

Se hallan entre los *monosomios* los *atlodimos* en los que la union ó fusion llega hasta el atlas, los *iniodimos* hasta el occipucio, y los *opodimos* hasta los ojos.

Los monstruos de esta tercer tribu ofrecen las mismas probabilidades de viabilidad que los de la primera.

Orden 2.°—*Monstruos compuestos parásitos.*—En los individuos de este órden uno es autósito y en ocasiones en muy buen estado de conformacion y de desarrollo, y el otro es muy incompleto y á veces constituye sólo una masa informe.

Se divide en tres tribus de las cuales en la tercera el parásito está incluido en el autósito y en las otras dos se halla implantado en la superficie de éste, pero en los de

la primera tribu el parásito tiene formas bien determinadas, careciendo de ellas en los de la segunda.

Primera tribu.—Parásito de forma determinada implantado en la superficie del autósito.—Comprende esta tribu dos familias: la de los *heterotipios*, en los que el parásito se implanta en la parte anterior del cuerpo, próxima al ombligo, y la de los *heterotalios*, en quienes la implantacion es léjos del ombligo.

Pertenecen á los *heterotipios* los *heterópagos*, en los cuales la implantacion es en la parte media del autósito; los *heteradelfos*, en que es en la extremidad superior y los *heterodinos* en la extremidad inferior.

En los *heterotalios* sólo se incluye el género *epícomo*, en el que el parásito se halla implantado en la parte de craneo cubierta de pelo.

Segunda tribu.—Parásito muy imperfecto implantado sobre el autósito.—Consta tambien esta tribu de dos familias: la de los *polignatios* ó individuos con mandíbulas múltiples, y la de los *polymelios* ó con miembros múltiples.

Se conocen muy pocos ejemplares de los *polignatios*, en los que el punto de implantacion del parásito es la mandíbula superior ó la inferior.

En los *polymelios* considera Isidoro Saint-Hilaire cinco géneros, que son: los *pigoméleos*, en que los miembros supernumerarios que constituyen la porcion parasitaria se implantan en la pélvis del autósito, los *gastroméleos* (de los que conservo un bello ejemplar), en el hipogastrio; los *notoméleos*, en el dorso; los *cefaloméleos*, en la cabeza, y los *melomeleos*, en las extremidades inferiores.

Tercera tribu.—Parásitos dentro del cuerpo de los autósitos.—Se cree que estos parásitos por inclusion re-

sultan de la reunion y penetracion consecutiva de un óvulo en otro, sin que estén conformes los autores en si estos dos óvulos proceden de un solo acto generador, ó si por el contrario se trata de casos de superfetacion, opinion que tal vez explique mejor que la otra el por qué de esa penetracion y de ese crecimiento desigual de ambos embriones. Creyendo en la superfetacion, el óvulo últimamente fecundado seria el que se incluiria en el otro y aquel cuyo desarrollo se perturbaria considerablemente.

Se divide en tres familias. En los de la primera la inclusion es abdominal, pero extra-visceral; en los de la segunda la inclusion es visceral, y en los de la tercera cutánea.

Generalmente en todos estos parásitos hay un quiste cuya subsistencia impide en muchos casos el desarrollo de graves accidentes para el autósito.

La mayor parte de los monstruos parasitarios son viables y en muchos no existe trastorno alguno en el autósito durante un tiempo más ó ménos largo y áun pueden morir de una edad avanzada sin que hayan sufrido la menor molestia por parte de su *hermano*.

Cuando la masa parásita es susceptible de ser desprendida por el arte sin riesgos para el otro ser, debe intentarse. Si como ha sucedido alguna vez el quiste se inflama y se supura, podrá dilatarse, facilitar la salida de las partes contenidas en él y oponerse á la putridez por inyecciones anti-sépticas y la administracion interior del sulfato de quinina, el alcohol, etc. etc.

LECCION XIII.

B.—Afecciones producidas por contagio en el claustro materno.—De la sífilis congénita.—a. Sífilis ovular.—b. Coryza sifilítico.

B.—AFECCIONES PRODUCIDAS POR CONTAGIO EN EL CLAUSTRO MATERNO.—SÍFILIS CONGÉNITA.

Muchas son las cuestiones que se suscitan al tratar de la sífilis congénita y aunque las obras de sifiliografía las dilucidan todas convenientemente y con la extension debida, creo, sin embargo, necesario tratarlas en este lugar aunque sea con la misma brevedad que preside á este trabajo.

La primera cuestion que surge es la de saber á quién se debe y cómo se verifica la trasmision de la sífilis al fétus. Aparece luégo otra no ménos importante y es la de hasta qué época puede desarrollarse la sífilis hereditaria y tras de estas dos ocurren igualmente consignar la forma que la sífilis hereditaria reviste y el tratamiento más oportuno.

Respecto al modo de trasmision de la sífilis al fétus se presentan diferentes casos. En efecto, ó el padre y la madre se hallaban afectados de dicho vicio humoral en el momento de la concepcion ó sólo lo estaba uno de ellos ó ninguno y el contagio sobreviene entónces durante el desarrollo del fétus.

Si entrambos padres se encontraban afectos durante

la concepcion, podian serlo ó de los accidentes primitivos ó de los consecutivos (secundarios y terciarios).

Analicemos, pues, ambos casos.

Sabido es que en la actualidad los sifilógrafos admiten dos virus: uno que produce chancros blandos capaces de transmitirse por contagio, pero sin producir infeccion general, y otro virus que es el de los chancros duros infectante por excelencia y que determina accidentes llamados secundarios, terciarios y de transicion por los sectarios de la escuela de Ricord. Ahora bien; si ambos padres están afectados del chancro blando, el ser á que den orígen se libra completamente de sífilis. El caso más desfavorable entónces seria que el chancro se encontrase en la fosa navicular del pene, pues entónces al salir el esperma arrastraria consigo algunos glóbulos de pus, pero estos glóbulos no están dotados de movimiento, y por lo tanto se quedan detenidos en la vagina de la mujer y sólo suben por el interior del útero los espermatozoarios, pero aunque subiera tambien el pus, el micropilo (si existe en el óvulo humano) es sumamente pequeño para permitir la introduccion de un glóbulo de pus y por otra parte la membrana vitelina y el disco prolígero y la sustancia albuminosa de que se rodea impiden el contacto de dicho glóbulo con el vitellus. Llegado el óvulo al útero y establecidas ya las relaciones vasculares con la madre, tampoco puede haber contagio, pues ya he dicho que el virus productor de los chancros blandos no produce una infeccion general.

Si ambos consortes se hallan afectados del chancro duro, el contagio tampoco se verifica en el instante mismo de la concepcion, pero determinándose la infeccion general en la mujer en un espacio de tiempo en que todavía las relaciones vasculares entre ella y su hijo son

directas, recibe éste la sangre inficionada de su madre y entónces es cuando se le desarrolla la sífilis constitucional.

Lo dicho del chancro blando en estos casos es aplicable á todos los demás, pero si se trata del chancro duro en un hombre que cohabite con una mujer sana, ocurre entónces que si éste se contagia y el desarrollo de la sífilis constitucional tiene lugar de un modo rápido, el fétus se contamina; pero si ese desarrollo es tardio y no sobreviene hasta la época en que el fétus ha perdido ya sus relaciones vasculares directas con la madre, puede conservarse sano hasta la época del nacimiento, sin rechazar por esto la idea de que alguna vez, aunque rara, no tenga esto efecto.

La misma resolucion tiene el caso en que la madre sea la exclusivamente afectada del chancro duro.

Si el coito de padre afectado de esta sífilis primaria se verifica con mujer sana y ésta por una feliz casualidad no se contagia, el fétus permanece indemne.

Cuando en vez de tratarse de los accidentes primarios son los secundarios los que existen, entónces sí, el fétus nace sifilítico, sea el padre ó la madre quien esté afectado.

Cuando el padecimiento de cualquiera de los consortes sea la sífilis terciaria, ya desaparece el acuerdo de los autores, y aunque parece lógica y natural la herencia en estos casos, sin embargo, algunos aseguran que entónces lo que se produce en el nuevo ser es ó el escrofulismo ó el herpetismo, que como es sabido se han considerado como metamórfosis de la sífilis.

Indicado ya lo tocante á la mánera de producirse la sífilis congénita, veamos cuáles son los accidentes sifilíticos que se presentan en el fétus y la época de esta presentacion.

Los accidentes de la sífilis hereditaria son el coryza, la sífilis ocular, la cutánea, la ósea y la visceral. Además de estos accidentes suele presentarse durante el desarrollo del huevo otra especie que es la sífilis ovular ó propia de las membranas del huevo, á la que aludí en el tomo I de esta obra al tratar de la endometritis mucosa.

Respecto á la época de aparicion de esos accidentes, Trousseau dice que «en todo niño que nace sin huellas aparentes de la infeccion, rara vez se presentan los primeros síntomas ántes de la segunda semana y despues del octavo mes, siendo la época más frecuente del décimo quinto al cuadrigésimo dia.»

El mismo Trousseau habla de una forma crónica muy lenta de esta evolucion que puede no llegar á desarrollar manifestacion alguna hasta los veinte, treinta y áun cuarenta años, casos fenomenales y que sorprenden mucho, pero que han sido observados por autores de nota, como Trousseau, Stoll, Zambaco, Hutchinson, Dixon, Lauwrence, etc., etc.

Pasemos ahora á describir la sífilis congénita.

a.—SÍFILIS OVULAR.

En el tomo I, página 152 y siguientes, al ocuparme de la endometritis la dividí en mucosa y decídua, indicando las lesiones anatómicas de ésta que, segun tambien se citaba allí, se subdivide en placentaria y caduca, pudiendo existir combinadas. Esta endometritis se halla bajo la absoluta dependencia de la sífilis, y cuando es algo intensa determina necesariamente la muerte del fétus ántes del término natural del embarazo. Cuando es poco graduada, causa frecuentemente el parto prematuro, pudiéndose observar en estos casos que el reciennacido,

aunque poco desarrollado y con una cara de viejo característica está al parecer sano y hasta los pocos dias no se observa manifestacion alguna. Verdad es que entónces lo que ocurre es que existe una sífilis visceral latente.

Virchow es de parecer que en estos casos hay que distinguir dos cosas, á saber: la parte materna y la parte fetal de las cubiertas del huevo y que generalmente la alteracion primordial es la de la primera, siendo consecutiva á ella la de las partes del fétus, aunque esta proposicion no es absoluta, porque en ciertos abortos se ha observado una hiperplasia y degeneracion grasienta de las villosidades del corion que parecia indicar que las cosas habian ocurrido de una manera inversa.

Es muy conveniente en todos los casos principalmente si hay sospecha de que alguno de los padres de un reciennacido esté afectado de sífilis, reconocer tanto la placenta como las membranas, pues siendo posible que la sífilis hereditaria no se desarrolle hasta una época muy adelantada de la vida, si del reconocimiento dicho resultan datos positivos, es decir, si existen las lesiones características de la endometritis placentaria ó de la caduca, podremos desde luégo pronosticar la aparicion de la sífilis en el nuevo ser y prepararnos á evitar su evolucion con un tratamiento oportuno.

b.—CORYZA SIFILÍTICO.

Pocos dias despues del nacimiento empieza á notar la madre que el niño respira con cierta dificultad y ruido mucho más perceptible en el momento de mamar, en que se ve precisado á soltar frecuentemente el pecho para respirar.

Examinados estos niños encontramos en ellos la mem-

brana mucosa nasal engruesada y roja, estrechando las aberturas de la nariz, y una secrecion mucosa al principio, sanguinolenta é icorosa más tarde y que ataca al labio superior escoriándolo primero, alterándolo más tarde y llegando alguna vez estas ulceraciones á destruir gran parte del labio y dejar al descubierto las partes duras.

No es raro aunque esta corrosion no se verifique, que exista una alteracion profunda en los huesos cuadrados de la nariz y en el vómer y que se eliminen porciones de estos huesos. Pueden tambien formarse estas colecciones purulentas en el seno maxilar, pero lo más comun es que las alteraciones indicadas coincidan con placas mucosas en los labios ó en las márgenes del ano ó en la vulva ó en el prepucio.

El coryza sifilítico suele abrir la marcha á otros accidentes de consideracion suma (lesiones óseas, sífilis visceral), y por lo tanto es de un pronóstico reservado. Podria citar muchos casos en que desconocida ó descuidada esta afeccion han sobrevenido otras que han ocasionado la muerte del fétus.

El tratamiento debe ser general y local. Yo acostumbro á dar á la madre ó á la nodriza una disolucion del deuto-cloruro de mercurio al mismo tiempo que toma el niño diariamente desde 25 miligramos á un decígramo (½ á 2 granos) de yoduro potásico y en cuanto al tratamiento local aconsejo usar mucha limpieza y practicar en la nariz del niño algunas inyecciones con el borato de sosa disuelto en agua ó con el sulfato de alúmina. Si hay ulceraciones en los labios ó en la boca, etc., se cauterizan ligeramente con el nitrato de plata, así como se lava frecuentemente la vulva con cualquiera de los líquidos dichos, si hay escoriaciones ó leucorrea.

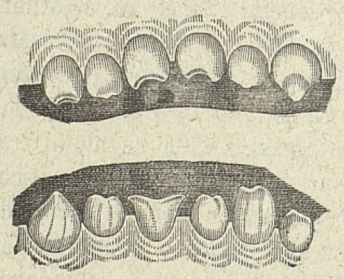
LECCION XIV.

Continúa el asunto anterior.—C. Sífilis ocular congénita.

C. —SÍFILIS OCULAR CONGÉNITA.

La cornea, el íris, la coroides, la retina, el nervio óptico desde su entrada en la esclerótica hasta su orígen aparente de los cuerpos geniculados y tubérculos cuadrigéminos y su orígen real en el centro óptico, son susceptibles de afectarse por la sífilis congénita. Algunas veces la afeccion de las membranas del ojo es consecutiva á una lesion de los huesos de la órbita.

Hutchinson ha insistido mucho sobre una forma especial de los dientes de los individuos que nacen contaminados de aquel vicio humoral, y aunque la observacion cuotidiana ha comprobado que esa conformacion no es peculiar de los citados individuos, no puedo sin embargo resistir al deseo de trazarlos á continuacion.



La sífilis ocular aparece á veces á los pocos meses del nacimiento, pero entónces generalmente se trata de la retinitis pigmentosa ó de amaurosis debidas á la com-

presion que sufre el nervio óptico en cualquier punto de su extension. Las queratitis, las iritis, las coroiditis, no suelen presentarse ántes del segundo año del nacimiento.

Algunas palabras sobre cada una de estas afecciones.

Queratitis.—Sabida es la division de las queratitis en primitivas y secundarias y la de aquellas en difusa y punteada. Las que parecen encontrarse en la sífilis congénita son estas dos últimas variedades que por mi parte no encuentro dificultad alguna en comprender bajo el sólo nombre de queratitis epitelial.

Es indudable (yo al ménos así lo creo) que la única diferencia que existe entre la queratitis punteada y la difusa es que la primera invade la túnica epitelial posterior ó membrana de Demours, y la segunda á la túnica epitelial anterior; tampoco puede ponerse en duda que en ocasiones no es la forma triangular con el vértice arriba de la opacidad lo que caracteriza á la querátitis punteada, sino que tambien puede ser extendida, es decir, difusa, y si atendemos sólo al carácter de la opacidad para diagnosticarla, consideraremos como tales queratitis difusas las queratitis epiteliales posteriores y queratitis epiteliales anteriores, al paso que sólo describiremos como queratitis punteadas á aquellas queratitis epiteliales posteriores, en que la opacidad es triangular.

Únese á esto que las causas de una y otra inflamacion son las mismas (la sífilis, el escrofulismo); que la afeccion puede empezar bajo una forma y revestir muy pronto la otra; que las complicaciones que de ambas resultan son idénticas (iritis, coroiditis, irido-ciclitis); que el tratamiento no tiene variacion alguna, y por lo tanto no juzgo que haya motivo para hacer la distincion indicada y mucho ménos para fundar el diagnóstico sólo en la forma y extension de la opacidad, y creo preferible com-

prender estas dos especies de queratitis con el nombre de queratitis epiteliales subdivididas en anterior y posterior.

Designándolas así, voy á hacer un ligero resúmen de sus síntomas.

Queratitis epitelial anterior.— Síntomas anatómicos. Opacidad ligera en la superficie anterior de la cornea, semejante al paño que queda sobre un cristal cuando se le echa el aliento: esta opacidad empieza generalmente hácia el márgen querático, extendiéndose paulatinamente á toda la superficie anterior de la cornea, pero sin perder la uniformidad de su tinte; inyeccion radiada periquerática perceptible algunas veces sólo cuando el enfermo tiene cerrados por mucho tiempo los párpados y luégo los separa.

Síntomas fisiológicos.—Ligeros dolores en el globo ocular, fotofobia, lagrimeo, debilidad ó supresion de la vista en relacion siempre con la extension de la opacidad.

Todos los síntomas indicados caracterizan el primer período ó de infiltracion que dura un tiempo bastante largo (desde quince dias hasta años enteros) y al que sigue el período de vascularizacion durante el cual se presenta una finísima red vascular que cubre á veces la cornea, dándole un color rojo casi uniforme ó uniforme, y se exacerban el dolor, la fotofobia y el lagrimeo, hallándose la vision abolida por completo. La duracion de este período es proporcional á la del anterior, siendo casi igual, y tras de él sobreviene el tercero ó de resolucion en el cual la vascularizacion desaparece, la infiltracion empieza á reabsorverse lenta y completamente, adquiriendo la cornea su transparencia desde la circunferencia al centro. En este tercer período desaparecen los dolores, la fotofobia y el lagrimeo (en este mismo órden) y la vision se recobra paulatinamente.

Es, sin embargo, muy de notar que cuando se trata de la queratitis epitelial anterior sifilítica, suele afectarse con frecuencia la membrana de Demours con una intensidad notable, desarrollando los síntomas que en seguida voy á decir y que constituyen lo que los autores han llamado iritis serosa, que adquiere entónces una gravedad excesiva, primero porque el estado de opacidad de la cornea impide su diagnóstico y segundo porque aunque se la llegue á conocer ó á sospechar, no podremos impedir en la inmensa mayoría de casos la atresia pupilar, pues la atropina en estos casos es completamente ineficaz á causa de que desarrollando su accion por endósmosis á través de la cornea, y hallándose esta membrana incapaz para esta funcion, es totalmente inútil la aplicacion de tan precioso medicamento.

Queratitis epitelial posterior.—Es, como he dicho, la queratitis punteada de los autores. Caracterízala la presencia de una opacidad puntiforme que toma la forma triangular, apareciendo en el segmento inferior de la cornea por su cara posterior y dispuesta de modo que el vértice del triángulo mira hácia el centro de aquella membrana y la base hácia la periferie. Acompaña á esta opacidad alguna fotofobia aunque escasa, ligerísimos dolores ciliares no constantes, insignificante lagrimeo y algun empañamiento en la vision, debido en parte á la opacidad, pero en parte tambien á lo turbio que en esta afeccion se pone el humor acuoso.

No es raro en esta queratitis observar que la opacidad va poco á poco extendiéndose ya hácia la base del triángulo que representa, ya hácia el vértice, y que al mismo tiempo aumentan de intensidad los síntomas fisiológicos, con especialidad el dolor, al paso que el iris muy movible al principio se vuelve tardo en sus movimientos,

cambia de color enrojeciéndose, aparece una nebulosidad en el centro pupilar y sinequias posteriores centrales. Todo esto significa que la afeccion se ha extendido, que toda la membrana de Descemet ha tomado parte y que como ésta despues de cubrir la cara posterior de la córnea y una pequeñísima porcion de la esclerótica se refleja sobre el íris al que le forma el ligamento pectinado, claro es que la extension de su flegmasía es propiamente hablando una iritis serosa.

La marcha de la queratitis epitelial posterior es muy lenta, no debiendo causar extrañeza verla durar años y años, y las complicaciones que sobrevienen durante su curso son: la extension de la flegmasía al íris, á la coroides y á la retina.

El pronóstico debe hacerse con bastante reserva.

El tratamiento de las dos especies de queratitis epitelial será general y local. El primero consistirá en la administracion de los mercuriales á la nodriza y del yoduro de potasio al niño, en los términos dichos anteriormente. Localmente debe evitarse si se trata de un niño pequeño de instilar una fuerte disolucion de atropina entre los párpados, pues ha habido varios casos de envenenamiento por este medio y en su lugar usaremos una disolucion débil ó las fricciones con la pomada de belladona á la frente y sienes; aplicaremos el calor húmedo por medio del aparato de Laurence, y yo he visto muy buenos resultados del cloruro de quinina en pomada y en disolucion.

Iritis.—La iritis sifilítica en los niños presenta caractéres especiales. Generalmente es consecutiva á una queratitis epitelial y á menudo está acompañada de la coroiditis ó de la retinitis pigmentosa, multiplicidad de afeccion que es un carácter muy importante de la sífilis

ocular y sobre el que insiste mucho Galezowski.

Esta iritis tiene mucha tendencia á la formacion de gruesas exudaciones en el centro pupilar que llegan á obturarlo por completo y como esto se verifica casi sin dolor y la poca edad del niño no ilustra á sus padres acerca del estado de la vision, suele suceder que se pierde tranquilamente un ojo ó los dos sin apercibirse aquellos sino muy tarde. Cuando podemos observar la iritis durante su evolucion notamos los síntomas siguientes: inyeccion periquerática no muy pronunciada, alteraciones en el color del íris y existencia en su superficie anterior cerca del círculo menor de una ó dos elevaciones pediculadas (condylomas); la pupila está contraida irregularmente y ocupado su espacio por exudaciones grises ó blanco-amarillentas. Hay además alguna fotofobia y lagrimeo.

La iritis se ha visto hasta en niños de cuatro meses de edad y viene comunmente acompañada de otras manifestaciones sifilíticas en el resto del organismo (lesiones cutáneas, óseas y áun viscerales).

El pronóstico de esta afeccion es muy grave, contribuyendo á hacerlo así su aparente inocuidad.

El tratamiento general es el dicho anteriormente. Localmente se emplearán las pomadas mercuriales belladonadas á la frente y sienes á la dósis dicha y se usará tambien el sulfato neutro de atropina en colirio.

En este último caso se han recomendado por Quaglino las inyecciones hipodérmicas de calomelano suspendido en glicerina.

Coroiditis.—Nunca se la encuentra sola sino acompañada de inflamaciones del íris, de la retina y de la hialoides, además de las otras manifestaciones en sitios lejanos de la sífilis congénita.

Síntomas anatómicos.—Unos son perceptibles sin el

oftalmoscopio y otros exigen el uso de este instrumento. A la simple vista se percibe alguna dilatacion en la pupila, cuyo centro está nebuloso y como ligeramente verdoso; rara vez existe la corona periquerática, pero es frecuente el aumento de calibre de las venas ciliares anteriores. El oftalmoscopio revela hácia el ecuador del ojo unas manchas blanco-brillantes, debidas á la atrofia de la coroides en esos puntos, alternando con otras placas blanco-amarillentas, en cuyos bordes se derrama á menudo el pigmentum y sobre las que se ven cruzar los vasos de la retina. No es extraño notar al mismo tiempo los signos de la retinitis pigmentosa, así como percibir algunos filamentos muy finos y movibles en el cuerpo vitreo.

Síntomas fisiológicos.—Si el niño está en edad de podérnoslo referir, nos dirá que la vision está muy turbia, que percibe moscas volantes, que confunde ciertos colores, que le incomoda la luz viva, y áun algunos que tienen hemeralopia.

El pronóstico de esta afeccion es grave.

De su tratamiento me ocuparé con el de la

Retinitis pigmentosa.—Esta enfermedad cuando es congénita ha sido atribuida durante mucho tiempo á la consanguinidad. Sabido es que los matrimonios entre parientes producen hijos idiotas, afectados de monstruosidades, sordo-mudos, y sujetos á determinadas enfermedades entre las que se ha hecho figurar en primer término ésta de que trato. Pero observaciones concienzudamente hechas por Galezowski y otros han venido á demostrar que si en determinados casos la retinitis pigmentosa congénita puede ser considerada de la manera dicha, en otros muchos (quizás en los más) reconoce por causa la sífilis hereditaria. Y de este modo de considerar

la cuestion surge áun otra y es la de si las retinitis pigmentosas que sin causas conocidas aparecen en una época un tanto avanzada de la vida, podrán considerarse como una manifestacion tardía de dicha sífilis congénita.

Aparece algunas veces durante la vida intra-uterina, y tanto, que Leber refiere observaciones de niños nacidos ciegos á causa de esta afeccion; pero lo más comun es que no sobrevenga hasta algunos meses despues del nacimiento, siguiendo generalmente una marcha muy lenta y no llegando á ocasionar la ceguera hasta los 20, 30 ó más años. Sin embargo, no son raros los casos en que esto ocurre en un período de cinco años.

Casi siempre es doble.

Síntomas.—A la simple vista apénas se nota sino alguna dilatacion pupilar, pereza en los movimientos del iris, nistagmus y á veces estrabismo. El oftalmoscopio nos revela la existencia de una multitud de manchas negras pequeñas, de figura irregular, agrupadas unas veces, separadas otras, formando en ocasiones como estrias negras. Son muy numerosas hácia la *ora serrata*, escasas en la proximidad de la papila y no existen en la *mácula*. En ciertos casos apénas se distinguen y se hallan en el trayecto de los vasos, en otros llegan á cubrir completamente á éstos. Las arterias de la retina están muy delgadas, las venas conservan su calibre. Obsérvanse tambien algunas exudaciones blanquecinas diseminadas por la retina, y la papila óptica presenta los caractéres de la atrofia.

Si los enfermos tienen edad de expresar lo que sienten, acusarán debilidad considerable en la vision que llega paulatinamente á su pérdida, percepcion de corpúsculos movibles ó fijos y hemeralopia. Si son pequeños, estos fenómenos se reducen á una falta de expresion en la fisonomía, vaguedad en la mirada, y la debilidad en la

vision se comprueba porque al niño le llaman muy poco la atencion los objetos que se le enseñan, especialmente por la noche ó á una luz escasa y que aprecia poco las distancias y el volúmen de los objetos.

Pronóstico.—Es sumamente grave y con mucha frecuencia determina la completa ceguera.

Tratamiento.—Tanto para combatir la retinitis pigmentosa como para las iritis ó irido-coroiditis que son manifestaciones de la sífilis hereditaria, es indispensable un activo tratamiento mercurial que obre sobre la madre y sobre el niño si éste es de pecho, ó sólo sobre éste en caso contrario. Entónces podrá darse al niño el deutocloruro de mercurio, aunque en pequeñísimas dósis, las fricciones mercuriales, pero sin producir la salivacion que por otra parte es bastante rara en la pequeña edad. A este tratamiento debe agregarse una buena higiene, la abstencion de todo trabajo que exija aplicacion sostenida de la vista, y un régimen tónico y fortificante en el que los preparados ferruginosos pueden contribuir al buen efecto de la alimentacion animal, los ejercicios activos, la permanencia en el campo, etc. etc.

Con todos estos medios se ha obtenido alguna curacion y, cuando ménos, se consigue aumentar la lentitud de la marcha de la afeccion y hasta que permanezca estacionaria.

Amaurosis sifilítica orbitaria hereditaria.—Se ha descrito con este nombre una enfermedad caracterizada por la falta de vision dependiente de la compresion y áun lesion de estructura sufrida por el nervio óptico á consecuencia ya de tumores gomosos desarrollados en las cubiertas de éste ó en su proximidad, ya de periostosis, ya de exostosis de cualquiera de las partes duras que forman la cavidad orbitaria.

Esta afeccion puede reconocerse en que además de la pérdida de la vision suele haber un exoftalmos oblícuo, sin que dejen tambien de observarse ó trastornos cerebrales ó dolores con los caractéres de los osteoscopos ú otras manifestaciones sifilíticas concomitantes. Con el oftalmoscopio se encuentran las lesiones de una neuritis ó de una perineuritis ópticas.

El pronóstico es gravísimo para el ojo porque no recobra la vista y para el individuo cuya vida amenazan las lesiones cerebrales que suelen acompañar.

En el tratamiento se empleará el yoduro potásico á alta dósis al interior y algun preparado ferruginoso. Simultáneamente se darán las fricciones mercuriales.

LECCION XV.

Continúa el asunto anterior.—d. Sífilis hereditaria cutánea.—e. Sífilis ósea.—f. Sífilis visceral.—Trasmision de la sífilis á la nodriza.

d.—SÍFILIS HEREDITARIA CUTÁNEA.

En la cubierta exterior é interior del niño se encuentran con frecuencia las lesiones de la sífilis congénita. Pueden encontrarse en ella todas las afecciones conocidas con el nombre de sifílides que corresponden á los accidentes secundarios de la clasificacion de Ricord, y entre esas sifílides las formas húmedas, es decir, la flictena, la pústula y la úlcera son las más comunes.

Las dos especies que se encuentran más en la práctica son el pemphigus y las placas mucosas. Dos palabras acerca de ellas.

Pemphigus.—Es una erupcion flictenoides que se presenta ordinariamente en el niño ántes del nacimiento. Está caracterizada por la presencia de unas manchas rosáceas seguidas del levantamiento del epidermis en los puntos manchados, y la formacion consiguiente de una ampólla que encierra un líquido seroso ó puriforme. Estas flictenas adquieren el tamaño de una almendra ó de una nuez, son numerosas y á veces forman agrupaciones, y su sitio de eleccion es la palma de las manos ó la planta de los pies. El líquido que encierran es amarilliento, muy parecido al pus, mezclado algunas veces con sangre ó formado por sangre pura pero negruzca y áun fétida. Las flictenas suelen romperse y se forman entónces unas ulceraciones superficiales cubiertas por unas costras laminosas, amarillas ú oscuras. Dichas ulceraciones corroen á veces toda la piel, supuran abundantemente y tardan en cicatrizarse.

Los caractéres que acabo de indicar, los antecedentes de los padres del niño y la coexistencia en este ó el ulterior desarrollo de otros síntomas sifilíticos bastan para diagnosticar esta afeccion cuyo pronóstico es bastante grave, habiéndose visto sobrevenir la muerte en muchos niños á los pocos dias y en otros más robustos al cabo de algun tiempo, pero siendo muy cortos en número (relativamente) aquellos que se han salvado.

Placas mucosas.—Es la sifílide más comun de la infancia. Preséntase con preferencia en las aberturas naturales (boca, nariz, ano, vulva), en el pliegue génito-crural, en el ombligo, en las axilas, etc., pero tambien suele extenderse á todo el cuerpo.

Se presentan en cualquiera de los sitios dichos unas elevaciones papulosas redondeadas ó elípticas del tamaño de una lenteja hasta el de una peseta, de color rojo más

ó ménos oscuro, cubiertas de un moco-pus espeso y adherente á la manera de una falsa membrana. Pueden estar aisladas ó aglomeradas, determinan un ardor no muy violento, son causa de infarto de los ganglios vecinos, siguen una marcha muy crónica y acaban ya por desaparecer, dejando una cicatriz más ó ménos perceptible, segun que han erosionado más ó ménos profundamente á la piel, ya transformándose en vejetaciones ó escrecencias que suelen adquirir un volúmen considerable especialmente las que aparecen en los alrededores del año ó en la vulva.

Las placas mucosas no implican tanta gravedad como el pemphigus.

Tratamiento de la sífilis congénita cutánea.—El deuto cloruro de mercurio para la nodriza, si el niño es de pecho, debe ocupar el primer lugar. Al niño se le administrará el yoduro de potasio y se le hará tomar baños generales ó se le practicarán lociones á las partes afectas con una disolucion del mismo sublimado corrosivo. De uno á tres gramos (18 á 54 granos) de este cuerpo con 10 gramos (dos drachmas y media) de agua de colonia y 100 gramos (cerca de tres y media onzas) de agua, se echarán en la cantidad de agua necesaria para un baño general y en una proporcion análoga se usará el medicamento dicho para lociones.

Las placas mucosas exigirán tambien ser cauterizadas ligeramente con el nitrato argéntico en barra y si aparecen las escrecencias de que he hablado, será preciso escindirlas y cauterizar luégo con la barra dicha. Cuando estas escrecencias no son pediculadas sino que su base es ancha, prefiero cauterizarlas con el nitrato ácido de mercurio.

Insisto tambien en este lugar en el régimen tónico fortificante á que me referí en la leccion anterior.

e.—SÍFILIS ÓSEA.

Son muy raras las lesiones óseas en la sífilis congénita, aunque como queda dicho al tratar de la amaurosis orbitaria, se han visto casos de periostosis y de exostosis en la cavidad orbitaria y tambien citan los autores observaciones de osteitis y caries de los huesos del tronco y de la cabeza. Se ha atribuido á la sífilis hereditaria la fragilidad que presentan los huesos largos de algunos niños que suelen ser abortados y mueren poco despues del nacimiento.

f.—SÍFILIS VISCERAL.

Tan rara y controvertida como es la sífilis ósea congénita, tan frecuente y comprobada es la sífilis visceral.

Se han considerado como ejemplos de tal ciertas afecciones del timo, de los pulmones, del hígado, del bazo y de los riñones, de todas las cuales diré algunas palabras.

Afecciones del timo.—Paul Dubois llamó en 1850 la atencion sobre una especie de infiltracion purulenta del timo, observada por él en niños afectados de sífilis constitucional que murieron poco tiempo despues del nacimiento. Los tres casos referidos por Dubois, así como uno de Weber y tres de Hecker, no son todo lo concluyentes que fuera de desear y todos ellos sólo fueron reconocidos en la autopsia.

Afecciones del aparato respiratorio.—Depaul en 1851 ha encontrado en la inspeccion anatómica de algunos reciennacidos, núcleos ó focos neumónicos esparcidos aquí ó allá, coincidiendo con las alteraciones propias de la bronquitis, existiendo al mismo tiempo otras afecciones

que caracterizaban la sífilis constitucional. Depaul no veia en estos focos ninguno de los caractéres del tubérculo, ni los consideraba como un producto específico, llevándolo á considerarlos como sifilíticos las otras manifestaciones que se observaban en los niños. Cazeaux cree que estas lesiones eran inflamatorias. Wirchow dice haber observado frecuentemente en niños simplemente atrofiados «una infiltracion muy abundante alrededor de los bronquios, en el sitio en que penetran en los lóbulos pulmonales, así como granulaciones, focos, asemejándose completamente al tubérculo y que se encontraban repartidos en los pulmones.» El autor citado duda en pronunciarse sobre la naturaleza de estas lesiones, pero se inclina á creer que parte de ellas pertenecen á la sífilis, admitiendo por lo tanto una sífilis pulmonal.

La sífilis pulmonal se reconoce ó cuando ménos se sospecha en la autopsia, pues durante la vida los síntomas que se presentan son los de una bronco-neumonia pulmonal ó los de la atelectasia pulmonal.

Afecciones del hígado.—Gubler en 1852 fué el primero que describió las alteraciones sifilíticas del hígado de los reciennacidos. Obsérvanse en éstos como en los adultos las tres formas de perihepatitis, hepatitis simple y hepatitis gomosa intersticial, y unas veces se halla aislada cualquiera de ellas, otras están combinadas. Segun Simpson suelen coincidir con una peritonitis crónica.

En la perihepatitis existen pequeñas elevaciones diseminadas por la superficie del hígado y aglomeradas en los puntos en que hay una lesion del parénquima del órgano. En estos puntos se nota un engruesamiento de la cápsula fibrosa y áun adherencias á los órganos vecinos.

En la hepatitis hay una induracion de la glándula cuyo color se vuelve amarillento, pudiendo ser aquella

general ó parcial y terminando siempre por la atrofia del órgano, á causa del tejido cicatricial que se forma en los puntos indurados, tejido durante cuya produccion se obliteran los vasos sanguíneos y las ramificaciones del conducto escretor.

La existencia de otras manifestaciones sifilíticas, los síntomas de una hepatitis crónica y sobre todo la ictericia y la ascitis podrán ilustrarnos en el diagnóstico.

Afecciones del bazo.—Coincide tambien algunas veces con otras afecciones sifilíticas la alteracion del bazo, que puede hallarse duro y con los mismos caractéres de la induracion del hígado y la misma transformacion de los puntos duros en tejido cicatricial, ó blando y flácido en otros casos (tal vez al principio de la afeccion) á causa del aumento del contenido celuloso y sobre todo de la pulpa.

Afecciones del riñon.—Han sido muy poco estudiadas en el reciennacido. Es posible que cuando existan adopten las mismas formas que en el adulto y que el riñon presente las induraciones y tejido cicatricial de que he hablado con referencia al bazo y al riñon.

Afecciones del cerebro.—En 1854, Faurés (de Toulouse) describió una afeccion cerebral evidentemente sifilítica que observó en un recien nacido, pero las observaciones no se han repetido y poco puedo decir sobre este particular. Ocúrreme sin embargo una pregunta. Algunos de esos niños que nacen con poco desarrollo intelectual, que padecen frecuentes accesos eclámticos y que sucumben repentinamente de uno de éstos ó de una meningo-encefalitis poco característica, podrian considerarse afectados de la sífilis cerebral, ó mejor dicho meningo-cerebral?

Respecto al tratamiento de la sífilis visceral me refe-

riré á lo dicho al ocuparme de la sífilis ocular, de la ósea etcétera. Así evitaré repeticiones.

Antes de terminar lo referente á tan interesante asunto deseo consignar con Langlebert y otros muchos autores, que los niños afectados de sífilis congénita tienen una fisonomía especial (cara de viejos) que es muy importante conocer en muchos casos. «La cara de estos niños, dice Trousseau en su *Clinique medicale*, tiene un color amarillo de hollin especial; parece que se ha pasado sobre las facciones una ligera capa de pozos de café ó de hollin diluida en gran cantidad de agua. No es ni la palidéz, ni la ictericia, ni el amarillo de paja de otras caquexias. Este tinte, ménos oscuro pero del mismo tono que el paño de las embarazadas, apénas se extiende á cualquiera otra parte del cuerpo, no se le encuentra en ninguna otra enfermedad de la infancia y cuando este síntoma está bien pronunciado tiene un valor superior á muchos otros.»

TRASMISION DE LA SÍFILIS CONSTITUCIONAL DEL FÉTUS Á LA NODRIZA Ó VICE-VERSA.

Es hoy un hecho incontestable que un niño afectado de sífilis constitucional hereditaria puede trasmitir ésta á su nodriza, así como está suficientemente probada dicha trasmision en sentido inverso. Son tantos los casos en que evidentemente así se ha demostrado, que la inmensa mayoría de los sifilógrafos pasan ya sobre este asunto como sobre un axioma. Por mi parte poseo varias observaciones de esta clase. Una se refiere á una nodriza que se colocó en calidad de tal en la casa-cuna, y habiéndosele dado un niño, que presentaba las ampollas del

pemphigus, no tardó en ver sobrevenirle unas magníficas placas mucosas en ambos pezones y tras ellas una sifílide ulcerosa, la alopecia y poco más tarde dolores osteoscopos. Conozco á esta mujer y á su familia hace mucho tiempo y puedo responder de que ni por ella ni por su marido le sobrevino la sífilis.

La posibilidad y frecuencia de este contagio debe obligarnos á prohibir terminantemente que se encargue de la lactancia de un niño sifilítico, una mujer sana, cuando ménos sin advertirle clara y terminantemente las graves consecuencias que le han de sobrevenir, así como tambien cuidaremos mucho de examinar perfectamente á la mujer que pretenda casa para criar.

Los niños sifilíticos deben ser amamantados por su madre (si es posible) sujetando á ésta durante la lactancia á un activo tratamiento mercurial, ó con el yoduro de potasio segun los casos. Si la madre no puede, se les criará con biberon ó se les buscará una cabra á la cual puede administrarse el deuto-cloruro de mercurio ú otra preparacion análoga.

LECCION XVI.

C.—Enfermedades accidentales que puede padecer el fétus durante su vida intra-uterina.

En la actualidad parece demostrado por multitud de observaciones, que el fétus sufre multitud de afecciones dentro del cláustro materno, y es indudable que en muchos casos esas enfermedades son la única causa de la muerte del fétus y del aborto consecutivo. Se han visto niños que al nacer presentaban las depresiones que quedan despues de una erupcion variolosa y ¡cosa notable! se asegura que la madre de alguno de estos niños no sufrió semejante fiebre eruptiva, lo cual obliga á reconocernos impotentes para explicar cómo se verificó entónces el contagio del hijo y la indemnidad de la madre. Otros niños han nacido con falsas articulaciones en los huesos largos, debidas á fracturas sobrevenidas durante su vida intra-uterina; algunos nacen con producciones patológicas en período avanzado de su evolucion y en otros se encuentra un estado de debilidad y de detencion del desarrollo, que no explican la constitucion y el estado de salud de sus padres y es preciso apelar á graves enfermedades padecidas por el nuevo ser. Nada digo de algunas de las monstruosidades ya descritas, cuya causa evidente ha sido una enfermedad, ni de la sífilis hereditaria, que acabamos de ver se presenta muchas veces en el mismo cláustro materno, ni del escrofulismo, el herpetismo, etc., que parece son he-

rencias paternas; limítome á llamar la atencion sobre la posibilidad de que el niño enferme ántes de nacer.

Respecto á diagnosticar esas enfermedades es de todo punto imposible y sólo dan los autores algunos signos vagos para sospechar que el niño está enfermo aunque se ignore de qué.

Esos signos son un malestar indefinible y una tristeza sin motivo que esperimenta la madre y que le dura un tiempo más ó ménos largo. El fétus no se mueve con la viveza que ántes y áun subsiste horas y dias enteros sin moverse, ó por el contrario sus movimientos son violentos y como convulsivos, ocasionando dolor á la mujer. Los pechos de ésta se ponen flácidos y aparece á veces alguna leucorrea.

Estos signos son sin embargo infieles, pues han faltado en muchos casos en que el fétus ha sufrido indudablemente ántes de nacer.

No siendo posible este diagnóstico, nada tengo que decir del tratamiento.

Pero algunas de estas afecciones subsiguen despues del nacimiento como las producciones patológicas, etc. Entre ellas merecen llamar la atencion por tener caractéres muy especiales, la hemorragia cerebral congénita, muy distinta, como vamos á ver, de la apoplejia de los reciennacidos, los *nœvi materni*, y la elefantiasis congénita de los dedos, y por lo tanto voy á permitirme breves palabras sobre cada una de ellas.

Hemorragia cerebral congénita.—Consérvanse muy pocas observaciones de esta lesion, siendo quizás la más interesante una publicada por Gibb en el número de la *Gazette des hôpitaux*, correspondiente al 17 de Febrero de 1859. Refiérese á un niño cuya madre habia recibido un violento golpe en el vientre, tres meses ántes de nacer

la criatura, la que lo verificó muerta, presentando una *contractura* fuertísima en los dedos y codo, artejos y rodilla del lado izquierdo y demostrando la autopsia la existencia de un coágulo antiguo en el hemisferio cerebral derecho, algo por cima del ventrículo lateral. El parietal correspondiente estaba denudado y con un extenso equimosis.

Si el niño naciera vivo con hemiplegia ó paraplegia y segun puede deducirse de esta observacion con contractura (aunque hasta ahora no se ha considerado á la hemorragia cerebral como productora de contracturas), hay que sospechar la lesion de que me estoy ocupando y tratar de procurar la pronta reabsorcion del derrame y tras la desaparicion del foco apoplético la cicatrizacion de la porcion de cerebro ofendida.

Nœvi materni.—Se llaman así ciertas manchas de un color rojo más ó ménos oscuro que aparecen en la piel y áun en las mucosas y con las cuales nacen á veces los niños. Se les ha llamado antojos y las madres á fuerza de buscarlas encuentran entre esas manchas y determinados objetos tales analogías que hacen mucho honor á su inventiva. Cuando la mancha forma elevacion, se la llama tumor erectil.

Los nœvi materni y los tumores erectiles no son otra cosa que angiomas simples y por lo tanto su estructura es puramente vascular, aunque algunas veces existen entre los vasos capilares que los forman, tejido conjuntivo, ó papilas, ó glándulas sebáceas, etc.

Pueden permanecer estacionarios toda la vida y áun curarse expontáneamente, pero lo general es que crezcan y á causa de esto y de las incomodidades y áun los riesgos que segun el sitio en que se encuentran pudieran ocasionar, ha sido preciso buscarles un tratamiento apropiado.

Este tratamiento consiste en la extirpacion, la cauterizacion, las inyecciones y la galvano-cáustica, métodos que han sido todos descritos en las páginas 282 y 283 de este tomo al hablar del angioma.

En los niños tambien se ha empleado la vacunacion haciendo varias escarificaciones superficiales en la mancha, limpiando la sangre y embadurnando perfectamente las pequeñas heridas con linfa vacuna. Este método es muy racional, ha producido algunas curaciones y no presenta inconveniente alguno.

Elefantiasis congénita de los dedos.—Gosselin y Broca han señalado varios ejemplos de esta afeccion que con frecuencia ataca á muchos dedos, aunque parece como circunscrita, razon por la cual más bien merecen el nombre de fibromas que el de elefantiasis. Estos tumores dificultan considerablemente el movimiento de los dedos (del pié ó de la mano) y exigen para su tratamiento ó las pinceladas con la tintura de yodo, ó la compresion con vendoletes elásticos, ó la amputacion del dedo enfermo.

SECCION 3.ª

ENFERMEDADES CONTRAIDAS DURANTE EL NACIMIENTO Y LAS QUE SON UNA CONSECUENCIA INMEDIATA DE ÉSTE.

LECCION XVII.

Division de esta seccion.—A. Lesiones y afecciones producidas en el fétus durante el parto.—1.° Asfixia de los reciennacidos.—2.° Lesiones traumáticas.

DIVISION DE ESTA SECCION.

Hemos visto que en esta serie no interrumpida de miserias que constituye la vida, está expuesto el fétus á causas de enfermedad y á enfermedades por lo tanto, desde ántes del momento de la impregnacion del óvulo. En efecto, la sangre que sirve para la secrecion del óvulo puede llevar en sí el principio morbífico; el esperma que ha de reanimarlo lo envenena tambien á veces; mil contingencias fortuitas lo exponen sin cesar, y si se reflexiona un poco sobre el conjunto de circunstancias que desde la concepcion al parto está contrariando las miras de la naturaleza, tendremos que confesar paladinamente que lo verdaderamente raro y extraordinario es que el fétus pueda permanecer indemne y completar su desarrollo.

Pero llega el momento prefijado por la naturaleza, segun dice Avicena, en que la matriz vá á expulsar su conte-

nido, y unas veces los fenómenos inherentes al parto, otras el simple paso del fétus por las partes de la madre, determinan enfermedades, cuyo estudio es de sumo interés á causa de la gravedad de muchas de ellas. Y no es esto todo: áun despues del nacimiento y á causa del nacimiento mismo, ó mejor dicho, del cambio fisiológico ocurrido en el modo de ser y de estar el nuevo ser, sobrevienen tambien estados patológicos.

De estas lesiones y afecciones que sobrevienen en el momento del parto y de las que ocurren inmediatamente despues del nacimiento por causa del nacimiento mismo, son de las que debo ocuparme en esta seccion cuyos límites como se vé están perfectamente marcados.

Trataré, pues:

A.—De las lesiones y afecciones que sobrevienen al fétus durante el parto, comprendiendo en este grupo: 1.° La asfixia de los reciennacidos; 2.° Las lesiones traumáticas.

B.—De las lesiones y afecciones que puede padecer el fétus inmediatamente despues del nacimiento y por su causa. Este grupo abraza: 1.° Ciertos estados patológicos íntimamente ligados á los fenómenos fisiológicos producidos por el nacimiento (como los estados patológicos consecutivos á la esfoliacion del epidermis, á la caida del cordon umbilical, al establecimiento de ciertas funciones, como la digestion gastro-intestinal y la secrecion urinaria). 2.° Los contagios producidos al salir al exterior el fétus y que no empiezan á manifestar sus efectos hasta algunos dias despues del nacimiento.

A.—LESIONES Y AFECCIONES PRODUCIDAS EN EL FÉTUS DURANTE EL PARTO.

1.°—ASFIXIA DE LOS RECIENNACIDOS.

En el tomo 1.°, páginas 415 á 18 de esta obra, me ocupé de este punto con motivo de los cuidados que exije el reciennacido, y para evitar repeticiones inútiles y puesto que este asunto se halla tratado en dicho lugar con algunos detalles, remito al lector á las páginas citadas.

2.°—LESIONES TRAUMÁTICAS.

Las lesiones inferidas al fétus durante su nacimiento reconocen por primera causa una distocia, bien esencial, bien accidental, ya dependiente de la madre, ya del hijo; alguna de estas lesiones, como el cefalematoma, son debidas á veces sólo á un trabajo lento despues de rotas las membranas.

Estas lesiones traumáticas, son, ó contusiones, ó heridas ó fracturas.

Contusiones.—Las contusiones son producidas ó por el forceps, los ganchos ó cualquier otro instrumento romo de que se haga uso en el parto, ó por el lazo con que se sujeta la mano ó el pie del fétus en ciertas ocasiones, ó por la mano misma del profesor. El sitio preferente de esas contusiones es la cabeza, porque es la parte que con más frecuencia se presenta y sobre la que van á obrar los instrumentos dichos y áun la mano. Tambien se las hallan en las ingles y sobacos, puntos de aplicacion de los ganchos romos.

Generalmente en estas contusiones es muy considerable la extrasvasacion sanguínea que se produce, for-

mándose á veces verdaderas bolsas llenas de sangre que sin embargo desaparecen con facilidad á los repercusivos y la compresion, que son los medios que de ordinario deben emplearse.

A pesar de esto, semejantes contusiones suelen ser á veces la causa de un processus inflamatorio y de la formacion de abscesos, lo cual siempre es bastante desagradable, tratándose de niños de tan corta edad, en quienes con facilidad pueden desarrollarse accidentes nerviosos de importancia suma, razon por la que hay que apresurarse en estos casos á dar salida á la supuracion apénas se encuentre formada, haciendo luégo una cura simple con cerato. Antes de la formacion del absceso y cuando los repercusivos no hubiesen bastado para curar la contusion y evitar la inflamacion, será preciso apelar á un tratamiento local emoliente.

Moreau vió en un caso sobrevenir la gangrena del cuero cabelludo á consecuencia de que durante el parto despues de rota la bolsa de las aguas se contrajo fuertemente el útero sobre la cabeza del fétus, comprendiendo en la parte ya dilatada una porcion del cuero cabelludo, y esta comprension prolongada y enérgica determinó la gangrena de toda la porcion comprendida entre los labios del cuello uterino.

Cefalematoma.—Como consecuencia de estos partos difíciles ó lentos, se observa tambien á veces el *cefalematoma,* nombre que ha sido dado por Nœgele á ciertos tumores sanguíneos que suelen encontarse en el craneo de los reciennacidos.

Se ha dividido el cefalematoma en supra-perióstico, sub-perióstico é intra-craneal.

El sitio de preferencia de su manifestacion es sobre el parietal derecho; aparece inmediatamente despues del

nacimiento bajo la forma de un tumor redondeado más ó ménos voluminoso que si es supra-perióstico suele desaparecer dentro de las primeras 48 horas, pero si es sub-perióstico continúa aumentando de volúmen hasta el tercero ó cuarto dia, época en que se halla bastante renitente y en el máximun de su desarrollo. En esta época, la sangre que este tumor contiene se encuentra líquida y encerrada en una especie de bolsa que le forma el periostio levantado, es decir, entre éste y la superficie del hueso que se encuentra entónces cubierta por una ligera capa fibrinosa. A los ocho ó diez dias de existencia se encuentra tactando el tumor un reborde óseo en su circunferencia, debido segun Virchow á que continuando en el periostio á pesar del tumor, la produccion de nuevas capas de sustancia ósea, éstas no pueden superponerse al hueso en la parte separada por la sangre, verificándolo tan sólo á partir de la circunferencia del tumor, punto en que el periostio está adherido al hueso. Este reborde que se percibe, puede hacer creer que falta el hueso en el sitio ocupado por el tumor.

El cefalematoma sub-perióstico tiene una marcha lenta durando de cuatro á ocho semanas y desapareciendo por la reabsorcion lenta de la sangre.

En el cefalematoma intra-craneal, la sangre se halla derramada entre los huesos y la dura-madre, y se han visto casos en que el tumor se ha presentado al exterior, continuándose como lo ha demostrado la autopsia con otro interior que ha originado síntomas de compresion cerebral y la muerte.

El pronóstico pues del cefalematoma varia con la especie de que se trate. Si es de la primera es muy benigno y desaparece expontáneamente. Si de la segunda, es de

marcha más lenta y puede tambien desaparecer, máxime si le auxilia el arte, pero ha habido casos en que el tumor se ha hecho asiento de un processus inflamatorio, produciéndose supuraciones más ó ménos abundantes y áun la necrosis y la perforacion del hueso con la hernia cerebral consiguiente.

El cefalematoma de la tercera especie es casi siempre mortal.

El tratamiento del cefalematoma supra-perióstico consiste en la aplicacion de algunas compresas empapadas en alcohol y un vendaje ligeramente compresivo. Estos mismos medios se emplean en el sub-perióstico, agregándole la incision del tumor si no dan resultado. Goelis aconseja cauterizarlo con la potasa, pero este medio es sumamente arriesgado, pues arriesgadísimo es *producir una quemadura profunda en la piel del craneo de un niño reciennacido.* El intra-craneal es incurable.

Heridas.—En las heridas de los niños hay que tener muy presente que su sangre es muy pobre en fibrina y por lo tanto las hemorragias son difíciles de cohibir, siendo muchos los casos que podrian referirse en que una pequeña puncion, la picadura de una sanguijuelas han determinado una hemorragia mortal. Aparte de este temor y del de que pueda desarrollarse el tétanos (cosa tambien muy frecuente) no presentan otra particularidad dable que la de la rapidéz de su cicatrizacion.

Fracturas.—Las fracturas que suelen producirse por el cirujano en los fétus al practicar una version podálica ó el desprendimiento de los hombros, afectan los miembros inferiores en el primer caso, superiores en el segundo. Tambien pueden fracturarse los huesos del craneo (los parietales, el frontal y el occipital, siguiendo este órden) al hacer una extraccion con el forceps, máxime si hay des-

proporcion entre la cabeza del fétus y las partes de la madre que ha de recorrer.

Excusado es decir que estas últimas son mortales en la mayoría de casos, siendo preciso para que esto no ocurriera, que no hubiese hundimiento de los fragmentos (esta fractura es casi siempre estrellada), ni complicacion de ninguna clase.

Las fracturas de los miembros son en igualdad de circunstancias mucho más benignas en el reciennacido que en el adulto; la reduccion es más fácil, porque no hay que vencer grandes potencias musculares, y la consolidacion de las fracturas está terminada á los quince ó veinte dias.

LECCION XVIII.

—B. Lesiones y afecciones que puede padecer el fétus inmediatamente despues del nacimiento.

La exfoliacion del epidermis, la caida del cordon umbilical, el establecimiento de ciertas funciones, con especialidad la respiracion, la digestion y la secrecion urinaria, son fenómenos que entre otros muchos se verifican de una manera puramente fisiológica en la inmensa mayoría de casos.

Pero como algunas veces estos fenómenos dan orígen á estados patológicos, á verdaderas enfermedades, razon es que me ocupe aquí de ellos.

1.°—EXFOLIACION DELE PIDERMIS.

Del primero al segundo dia de nacido, si se trata de

un fétus á término, empieza á desecarse y hendirse su epidermis, desprendiéndose luégo por colgajos más ó ménos anchos, y á los diez ó doce dias (alguna vez hasta los treinta ó cuarenta), la exfoliacion es completa.

Pero en algunos niños, á medida que se cae la epidermis primitiva, queda sumamente irritable la piel, y el menor roce, el contacto con las orinas, son causa de una erisipela extensa que es de bastante gravedad. Para corregir esta gravedad, nada más conveniente que el uso de los baños generales templados (con especialidad con leche de vaca ó cabra), y expolvorear la piel con el licopodio.

2.°—CAIDA DEL CORDON UMBILICAL.

La caida del cordon umbilical tiene lugar ordinariamente del cuarto al sexto dia, caida que se verifica no por el sitio de la ligadura (que algunos autores rechazan) sino á nivel del anillo umbilical. Algunas veces despues de esa caida queda una ligera exulceracion que supura muy poco y desaparece tan sólo con el aseo y alguna ligera locion astringente (cocimiento de llanten ó de hojas de rosas), siendo muy raro que precise cauterizarla rápidamente con el nitrato de plata.

Pero se han visto casos en que ó esa ulceracion se ha agrandado supurando considerablemente, ó ha sobrevenido una inflamacion erisipelatosa de las partes vecinas, ó un verdadero flegmon, ó una inflamacion de los vasos. No es tampoco muy raro que por la ulceracion dicha, tenga lugar una hemorragia gravísima. Tambien se atribuye á la lesion del cordon el tétanos de los recienna-cidos.

Diré, pues, breves palabras acerca de la ulceracion

del ombligo, del flegmon, de la inflamacion de los vasos, de la hemorragia, y por último, del tétanos de los recien-nacidos.

Ulceracion del ombligo.—Sobreviene generalmente en los niños débiles y en los que tienen un vicio humoral. Tambien puede subseguir á la rotura de un absceso umbilical, y áun ser debido á un arrancamiento prematuro del cordon.

La ulceracion es de ordinario poco profunda, pero puede extenderse á la parte cercana del vientre, la cual cuando ménos se halla escoriada por el contacto del pus, que suele ser seroso, y en ocasiones abundantísimo, contribuyendo á sostener y hasta aumentar el estado de debilidad del niño, por cuya razon es precisa la intervencion facultativa en este caso.

Las lociones frecuentes con líquidos astringentes, la aplicacion del glicerolado de almidon ó de la glicerina fenicada, ó el cerato de Beaumé, las cauterizaciones ligeras con una disolucion fuerte de sulfato de cobre ó el nitrato de plata en barra, expolvorear la úlcera con polvos escaróticos (como el alumbre calcinado), etc., es el tratamiento local que debe emplearse, subordinando el tratamiento general á el vicio humoral, cuya existencia se sospeche ó sea evidente.

Flegmon del ombligo.—Reconoce por causa el poco aseo, la aplicacion intempestiva de sustancias irritantes. Meynet dice que existe cierta coincidencia entre el flegmon epidémico del ombligo y la fiebre puerperal y llama á aquel fiebre puerperal del reciennacido. Esta opinion no parece muy exagerada, pues en efecto, la afeccion de que ahora trato se ha presentado en muchas ocasiones epidémicamente.

El flegmon umbilical empieza á veces inmediatamente

despues del nacimiento, aunque lo más frecuente es que lo verifique del tercero al cuarto dia y en algun caso en fecha posterior al sexto.

Meynet distingue dos formas diversas en esta afeccion. En la primera y caminando bien la desecacion y caida del cordon, aparece repentinamente una rubicundez oscura alrededor del ombligo y una tumefaccion considerable, ulcerándose la piel y tomando la úlcera un carácter gangrenoso, al mismo tiempo que el niño está inquieto, llora y grita á cada momento, no quiere mamar, se pone en un estado febril extraordinario, se le desarrolla gran cantidad de gases intestinales que elevan el vientre en totalidad y sobreviene una constipacion de vientre muy rebelde ó abundante diarrea, adelgazando entónces el niño considerablemente y poniéndose su vida en gravísimo riesgo.

En la segunda forma empieza la enfermedad por ulcerarse la base del cordon, si éste existe todavía, ó la cicatriz umbilical en caso contrario, y la úlcera siempre con un carácter gangrenoso y transformando las partes en una masa pultácea sumamente fétida se propaga por el interior del abdómen, á lo largo de los vasos umbilicales ó por la piel y músculos abdominales ó por ambos puntos á la par, y no tardan en sobrevenir los síntomas generales descritos más arriba.

Pronóstico.—La muerte es la terminacion más comun de esta enfermedad. Sin embargo, algunas epidemias de ella suelen traer cierta benignidad y entónces se salvan algunos niños, casi la mitad de los atacados. Cuando la enfermedad ha pasado del tercer dia, pueden concebirse algunas esperanzas de curacion, verificándose ésta por la caida de las escaras, la granulacion de la úlcera resultante y la cicatrizacion que tiene lugar de la circunferen-

cia al centro. A menudo anuncia esta feliz terminacion un alivio notable de los síntomas generales al que no tarda en seguir el de los locales.

Tratamiento.—Este debe ser general y local. Es indispensable procurarle al niño una buena higiene, una excelente nodriza y una esmerada limpieza. Se le darán fricciones al espinazo con alcohol de quinina ó con alcohol solo, y en la alimentacion de la nodriza figurarán en primer término el vino generoso y la carne de buey ó de vaca, sin privarla de su sustancia por las preparaciones culinarias.

No hay inconveniente, ántes por el contrario, es muy ventajoso bañar al niño dos ó tres veces al dia, máxime si su temperatura sube considerablemente.

Las úlceras se lavarán con soluciones de ácido fénico, curándolas con hilas hiponítricas y áun dirigiendo sobre ellas una corriente de este gas. Meynet aconseja cauterizarlas con la pasta de Canquoin, de cuyo medicamento asegura haber obtenido los más felices resultados y cuyo uso no impide la curacion ántes dicha. Una vez caidas las escaras se pueden lavar las úlceras con una disolucion ligera de percloruro de hierro ó de hidrato de cloral.

Valette preconiza usar en tiempos de epidemia la pasta de Canquoin como medio profiláctico, haciendo algunas escarificaciones al cordon umbilical y ligándolo con un hilo untado en dicha pasta.

Inflamacion de los vasos umbilicales.—Pueden existir independientemente la arteritis y la flebitis umbilicales y pueden tambien combinarse, aunque muchos casos de estos han sido confundidos con la segunda especie de flegmon umbilical de las admitidas por Meynet y en rigor es muy difícil distinguirlas.

Los caractéres asignados á la inflamacion de los vasos

del ombligo son: rubicundez, tumefaccion y aumento de calor en la pared abdominal anterior en la proximidad del ombligo, el cual supura y esta supuracion es icorosa y se aumenta su salida comprimiendo alrededor. Sobreviene al mismo tiempo una fiebre alta y con mucha frecuencia los síntomas de una peritonitis ó de una erisipela extensa é intensa de la pared abdominal anterior.

La terminacion ordinaria es la muerte á causa de la peritonitis ó de la puohemia, aunque se cuentan casos de curacion.

El tratamiento consiste en cubrir á menudo el vientre con compresas calientes y húmedas, bañar en agua templada al niño y procurar por las presiones la salida de la supuracion. Se ha recomendado tambien, con especialidad si se inicia la erisipela abdominal, embadurnar con collodium toda la piel del vientre. Escusado es decir que se dé al niño una buena nodriza y se sigan con escrupulosidad los preceptos higiénicos.

Hemorragia umbilical.—No aludo aquí á la hemorragia primitiva que se presenta algunas veces por no haber hecho convenientemente la ligadura del cordon; trato ahora de la hemorragia consecutiva á la caida de ese órgano.

Este accidente desgraciadísimo es casi siempre la expresion de ese estado particular de la sangre que se observa en muchos niños y constituye la enfermedad descrita con el nombre de *hemofilia*. Preséntase á la caida del cordon cuando ésta se verifica sin que sea completa la cicatrizacion y la sangre sale gota á gota con irritante lentitud y desesperante rebeldía, llegando frecuentemente á determinar la muerte del niño, á pesar de todos los medios que se empleen.

Estos medios deben ser los astringentes vejetales ó

minerales aplicados á la ulcerita umbilical, aunque á menudo ocurre recorrer toda la escala de ellos sin resultado. El mismo percloruro de hierro en solucion más ó ménos concentrada, el cauterio actual, la ligadura en masa, han sido ineficaces. T. Hilo aconseja exparcir yeso sobre la parte que suministra la sangre, esperando que la avidez con que esta sustancia absorve los líquidos y su transformacion en una pasta dura adherente á la superficie ulcerada, obre sobre ella como un poderoso tampon.

Tétanos de los reciennacidos.—Aunque son de tan diversa naturaleza las afecciones que estoy describiendo, unas en pos de otras, lo hago así porque todas ellas reconocen una causa principal y aparecen en una misma época.

El tétanos de los reciennacidos se presenta á veces epidémico; es endémico en algunos países (en la Guyana francesa hace contínuamente grandes estragos) y cuando aparece esporádicamente parece debido á la compresion ó estiramiento de algun nervio por el movimiento de contraccion de los tejidos que exije el trabajo de cicatrizacion umbilical. Esta explicacion no satisface en manera alguna cuando se trata del tétanos endémico ó epidémico.

Generalmente viene acompañado de arteritis ó de flebitis umbilicales, como lo demuestran las autopsias en la mayoría de las cuales se encuentran rubicundez y áun ulceracion de las paredes vasculares y cierta cantidad de pus en su interior, así como tambien se han hallado hiperemia de la médula espinal y de sus membranas y focos apopléticos en distintos puntos de aquella.

Síntomas.—El tétanos aparece del primero al quinto dia de la caida del cordon y viene á menudo precedido de pródromos que consisten en tristeza é inquietud del niño, sueño interrumpido por llantos y poco apetito. Lué-

go de repente se contraen tónicamente los músculos maseteros y pterigoideos y es imposible abrirle al niño la boca y si se consigue á viva fuerza y se le echa algun líquido lo arroja inmediatamente. Este trismo dura hasta cuatro ó seis horas y suele desaparecer sobreviniendo de nuevo al cabo de un tiempo más ó ménos breve y viniendo entónces acompañado del opistotomos ó del emprostotomos ó pleurostotomos. No tardan en tetanizarse los músculos del torax y los de la laringe, y el niño, despues de varios accesos y al cabo de tres á ocho dias sucumbe por asfixia. En otras ocasiones, y no estando afectados los músculos de las vias respiratorias, la duracion es mayor y el niño sucumbe estenuado por la falta de alimento. Recuerdo un niño que permaneció en este estado veintiun dias, despues de los cuales sucumbió.

El pronóstico es mortal.

El tratamiento consiste en el uso de los baños generales templados y de larga duracion, el bromuro de potasio á altas dósis, el hidrato de cloral, el láudano de Sydenham, etc., etc. Últimamente se ha recomendado el bromuro de alcanfor. Tambien se ha intentado en los niños la cloroformizacion sin éxito alguno. Se ha propuesto la cauterizacion con el hierro candente de la cicatriz umbilical y otra multitud inmensa de medios, con constante mal éxito.

Se cuidará, sin embargo, de alimentar al niño por medio de la sonda esofágica, dada la imposibilidad en que se encuentra para tragar.

LECCION XIX.

Continúa el asunto anterior. — 3.° Accidentes ó lesiones que dependen del establecimiento de la respiracion, de la digestion y de la secrecion urinarias.

Estas afecciones son además de otras de mucha menor importancia, la atelectasia pulmonal, la retencion del meconio, la melena, la ictericia de los reciennacidos y el infarto úrico. Diré algunas palabras acerca de cada una de ellas.

Atelectasia pulmonal.—Consiste en la impermeabilidad al aire de una parte más ó ménos extensa del pulmon. Afecta generalmente á ambos, pero nunca en toda su extension, sino en una pequeña parte, y con especialidad en puntos dispersos superior é inferiormente. Las porciones atelectasiadas de pulmon cuando se reconocen en la autopsia, están perfectamente limitadas, son de un color azulado, densas, se precipitan al fondo de un vaso de agua y se dejan distender por el aire cuando se las insufla.

Esta afeccion suele observarse en niños débiles por su constitucion ó por haber nacido ántes de tiempo.

Los niños afectados de ella nacen en un estado vecino á la asfixia, no dilatan francamente el torax al respirar, ni pueden mamar de seguido; tienen un grito muy débil é interrumpido, su circulacion está retardada, y por eso el pulso es lento y la calorificacion escasa. Generalmente duermen mucho y están como atontados y no tardan en sobrevenirle movimientos convulsivos ó convul-

siones violentas, y en medio de éstas ó por inanicion, sucumben al cabo de tres á cinco dias. La exploracion del pecho revela poca sonoridad en los puntos atelectasiados, falta de ruido respiratorio ó debilidad considerable de él y un estertor crepitante.

El pronóstico de esta afeccion es mortal.

El tratamiento consiste en titilar frecuentemente la úvula á fin de provocar vómitos que determinen fuertes movimientos é inspiraciones profundas, pudiendo administrarse con el mismo objeto los polvos de hipecacuana y hacerse la electrizacion de los músculos del pecho. Se hará mamar á los niños á menudo y se les friccionará frecuentemente toda la piel con alcohol, envolviéndolos luégo en bayetas calientes. Todos estos medios son inútiles, á no ser que el punto atelectasiado tenga muy poca extension y el resto de los pulmones funcione perfectamente.

Como medio profiláctico se aconseja hacer llorar largo tiempo á los niños al nacer.

Retencion del meconio.—Puede ser debida á un obstáculo material que se opone á su salida, cuyo obstáculo consiste en la imperforacion del recto de que ya he hablado (pág. 416) ó á falta de contracciones intestinales, lo cual produce á los niños malestar, insomnio, cólicos, vómitos, y áun se citan casos de haber sobrevenido la eclamsia á consecuencia de dicha retencion. Todos los accidentes desaparecen con la administracion de algunas cucharadas de aceite de almendras dulces, ó del jarabe de achicorias compuesto, ó del aceite de ricino y unas enemas emolientes ó laxantes.

Melena.—Las hemorragias del estómago é intestinos se han atribuido á la turgencia que sobreviene á las arterias mesentéricas, á causa de la oclusion rápida de las umbilicales que nacen de la ilíaca interna; pero como es-

ta oclusion y esa turgencia sobrevienen en todos los niños y son muy pocos los que padecen la melena, es preciso admitir además otra causa que bien puede ser la fluidez excesiva de la sangre ó la debilidad del sistema vascular.

Aparece del primero al tercer dia del nacimiento. La sangre sale más ó ménos mezclada con los escrementos y ya líquida, ya formando gruesos coágulos, pero es raro que al mismo tiempo que por el ano salga tambien con vómitos.

Esta hemorragia debilita á los niños y cuando es abundante produce una pronta y funesta terminacion, pero tambien se curan cerca de la mitad de los enfermos. Suele durar desde veinticuatro horas hasta cinco dias.

Tratamiento.—Rilliet propone la administracion de leche helada y la aplicacion de la nieve al vientre. Vogel aconseja elevar la temperatura de la habitacion á 18° R. y rodear al niño de vasijas llenas de arena caliente, á fin de que el calor determine una turgencia considerable hácia la piel. Los astringentes vejetales, la disolucion del percloruro de hierro, las enemas con agua y vinagre, se han usado tambien con éxito en muchos casos.

Ictericia de los reciennacidos.—A la mayor parte de los niños se les colora la piel ligeramente de amarillo del segundo al sexto dia del nacimiento, no tardando en desaparecer expontáneamente ese color. Pero otras veces la coloracion dicha es mucho más intensa, se extiende además de la piel á las mucosas y viene acompañada de inquietud, agitacion, gritos frecuentes, fiebre alta y movimientos convulsivos, y se termina por la muerte.

En estos casos de ictericia grave, de lo que se trata es de una flebitis umbilical extendida á la vena porta y por eso es que coincide con los síntomas de dicha flebitis umbilical.

El pronóstico de la ictericia simple es muy benigno, pues desaparece expontáneamente á los ocho ó diez dias, pero el de la segunda especie es mortal, siendo inútil todo tratamiento que podrá consistir en algunas fricciones mercuriales al vientre y algunos baños generales templados.

Infarto úrico.—Es frecuente observar en los recien-nacidos, teñidos sus pañales por una especie de polvo rojo de carmin, formados segun Vogel « de pequeñas columnas compuestas de urato de amoniaco amorfo y células epiteliales, mezcladas igualmente con algunos cristales romboedricos de ácido úrico. »

Se le observa al segundo dia del nacimiento y parece un fenómeno fisiológico, debido á que no bebiendo agua los niños no pueden disolverse los uratos que con rapidez suma se forman y se precipitan en los tubos uriníferos en el aparato dicho.

No exige tratamiento alguno.

SECCION 4.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DE LA INFANCIA QUE ATACAN UNO Ó VARIOS SISTEMAS GENERALES DE LA ECONOMÍA.

LECCION XX.

Division de esta seccion.—Clase 1.ª— Lesiones de la inervacion.—Corea menor.

DIVISION DE ESTA SECCION.

Compréndense en esta seccion las enfermedades que fueron llamadas generales ó constitucionales, enfermedades que en la actualidad ocupan diversos casilleros del cuadro nosológico, sin que esos casilleros puedan tampoco juzgarse como definitivos, pues á medida que progresan las ciencias auxiliares de la medicina y la medicina misma, se analizan mejor las enfermedades, se comprende su patogenia y de ello se deduce naturalmente una asignacion diferente de la que ántes tenia.

Incluiré, pues, en esta seccion á todas aquellas afecciones á las que en la actualidad no se les designa sitio determinado ó se considera que atacan á ese trípode, inervacion, circulacion y nutricion, sobre que se basan todas las otras funciones del organismo y la vida misma.

Dividiré este grupo de enfermedades en tres clases,

á saber : 1.ª lesiones de la inervacion ; 2.ª enfermedades infectivas, y 3.ª lesiones de la nutricion.

Es seguro que esta division dejará descontentos á muchos, pero como abrigo el íntimo convencimiento de que en el período que atraviesa la ciencia médica es imposible hacer una clasificacion exacta, y mi objeto al clasificar es tan sólo proceder con algun método y procurar no omitir la descripcion de cualquier enfermedad de los niños que pueda ser de interés práctico, de aquí que haya elegido el órden que queda expuesto.

CLASE 1.ª—LESIONES DE LA INERVACION.

Trataré en esta clase de las neurosis (afecciones cuyo verdadero asiento está aún indeterminado) que atacan con más frecuencia á los niños, como son el corea y la eclampsia infantum, agregando á éstas, otra afeccion de naturaleza desconocida, cual es la parálisis esencial de los niños.

COREA MENOR.

El corea menor consiste en las contracciones irregulares é involuntarias de los músculos de la vida de relacion, con especialidad los de los miembros, cuya contraccion desaparece durante el sueño para aparecer con la vigilia.

No es una afeccion rara en la primera infancia, aunque es más frecuente al final de la segunda. Las niñas le padecen más á menudo que los niños ; los de temperamento linfático y constitucion débil están más predispuestos que los otros, y se ha observado que si bien el corea menor no se hereda en el sentido extricto de la palabra,

sin embargo los padres afectados de reumatismo tienen á menudo hijos coréicos, así como los padres coréicos suelen tener hijos reumáticos.

La permanencia continuada en lugares húmedos y mal ventilados, el desaseo, la miseria, se cuentan entre las causas predisponentes, así como tambien la habitacion en climas cálidos y la existencia de vermes intestinales, si bien estas dos últimas causas no se han comprobado suficientemente. Entre las causas ocasionales se cuentan principalmente el terror, la cólera, las caidas, etcétera.

En la autopsia no se encuentran lesiones características y especiales del corea.

Síntomas.—El corea menor se ha dividido en general y parcial y tanto el uno como el otro suelen venir precedidos de pródromos que consisten en tristeza del niño, inapetencia y un estado de agitacion notable que no desaparece sino con el sueño y que se le aumenta cuando recibe alguna impresion agradable ó desagradable. Poco á poco la agitacion de sus miembros se convierte en verdaderos movimientos convulsivos que suelen limitarse á un solo lado, ó á las extremidades superiores, ó á las inferiores, ó solo á la cabeza, y estos son los casos de corea parcial. Otras veces las convulsiones son generales y el niño se encuentra en un movimiento contínuo, aunque de ordinario por muy general que sea el corea, siempre la agitacion es mayor y más contínua en ciertos grupos de músculos que en otros. Si se les observa atentamente se vé que doblan, extienden, aproximan y separan sucesivamente los dedos de las manos; que doblan, extienden y hacen oscilar en un plano á sus antebrazos; que hacen girar en todas direcciones á los brazos y cuando quieren apoderarse de un objeto, despues de divagar (di-

gámoslo así) un gran rato alrededor de él lo cogen repentinamente en el intervalo de una á otra convulsion. Las piernas se doblan, se extienden y se separan alternativamente, y como consecuencia de esto su progresion es la de un idiota y á veces á saltos desordenados y más adelante absolutamente imposible. La cabeza tiene tambien movimientos muy caprichosos: los músculos de la cara se agitan contínuamente de un modo irregular y se observa, como consecuencia de las convulsiones de los músculos de la masticacion y de la deglucion, un rechinamiento habitual de dientes y que el niño se muerde á menudo la lengua ó los carrillos al comer alguna cosa. La palabra es difícil y llega á ser completamente ininteligible y luégo imposible. Los músculos del tronco participan de esta ataxia y en los casos graves se extiende tambien á los de la respiracion, no siendo extraño que sucumban algunos niños á consecuencia de la asfixia.

Al paso que estas convulsiones llegan á tomar proporciones alarmantes, apénas se altera el estado general, el niño no tiene dolores ni fiebre y á poco fácil que le sea la masticacion y la deglucion, ni siquiera enflaquece. Pero cuando no puede comer, cuando los músculos lisos toman parte en el desórden, los digestivos impiden la nutricion, los circulatorios ocasionan congestiones pasivas y el síncope, y la dificultad en los movimientos respiratorios, es causa de una asfixia más ó ménos lenta.

Pronóstico.—Por lo que acabo de decir se deduce que se conocen algunos casos de terminacion fatal, aunque lo ordinario es que los síntomas cedan y que la afeccion desaparezca al cabo de uno á tres meses. En la marcha del corea menor se observan á veces falsas intermitencias y áun alternativas de mejoría y empeoramiento, no siendo raro que desaparezca por completo y al cabo

de un tiempo mayor ó menor vuelva á presentarse. Esto último suele observarse cuando la enfermedad aparece cerca de la pubertad.

Tratamiento.—Se han preconizado multitud de medicamentos para esta enfermedad, entre los que se encuentran las emisiones sanguíneas, que creo son absurdas, los eméticos y los purgantes, que rara vez son eficaces y que muchas empeoran el estado general; los ferruginosos, cuya lenta accion conviene generalmente para ese estado; los narcóticos que pueden ser útiles en los casos en que la agitacion es grande é impide conciliar el sueño; los anti-espasmódicos, siempre inútiles; el sulfato de cobre amoniacal, á quien no he visto hacer un milagro; los vejigatorios, altamente perjudiciales; las aplicaciones eléctricas, que tienen aquí la misma eficacia que los anti-espasmódicos; la hidroterapia que modifica ventajosamente el estado general, etc. etc.

Hé aquí el tratamiento que yo uso:

1.° Una buena higiene.

2.° Baños de mar en la estacion calurosa y duchas frias al espinazo.

3.° Los ferruginosos ó el aceite de hígado de bacallao al interior.

4.° Si la agitacion impide el sueño, administro algun ligero narcótico.

5.° Si la agitacion no es extraordinaria ó una vez conseguido que el enfermo pueda dormir, empiezo á darle la tintura alcohólica de la nuez vómica á la dósis de cuatro gotas al dia, aumentando una diaria hasta que las convulsiones disminuyen, insistiendo algunos dias en la última dósis y descendiendo luégo paulatinamente á medida que la mejoría se acentúa más y más y continuando seis ú ocho dias en la dósis inicial despues de curada la enfer-

medad. Muy pocas veces he tenido que llegar en la administracion de la tintura de la nuez vómica á la dósis de 40 gotas al dia, y eso tratándose de niños de siete á ocho años.

Me parece más eficaz la tintura dicha que el jarabe de sulfato de estricnina que tanto y con tanta razon preconiza Trousseau.

LECCION XXI.

Continúa el asunto anterior.—Eclampsia infantum.—Parálisis esencial de los niños.

ECLAMPSIA INFANTUM.

Con este nombre se han confundido multitud de afecciones convulsivas de los niños. La epilepsia, las convulsiones sintomáticas de meningitis cerebrales ó de meningo-encefalitis, el espasmo de la glotis, han sido designadas con el nombre de eclampsia de los niños.

En rigor sea dicho, esta afeccion deberia desaparecer del cuadro nosológico, porque no tiene verdaderamente caractéres especiales, y la prueba de ello es que los autores no aciertan á hacer de ella ni áun una definicion descriptiva. Sin embargo, para no hacer innovaciones que inducen á confusion, describiré aquí aquellas convulsiones de los niños que, idiopáticas siempre, no pueden referirse por sus caractéres ni á la epilepsia, ni al corea, ni al espasmo de la glotis, ni á ninguna otra afeccion convulsiva de las designadas con nombres especiales.

Excluyo, por lo tanto, de mi descripcion las convul-

siones sintomáticas de un estado flogístico del encéfalo y médula y de las membranas cerebro-espinales.

Etiología.—Se observa la eclampsia con frecuencia en la primera infancia y con especialidad en la época de la primera denticion; las niñas la padecen en la misma proporcion que los niños; es más comun en los de temperamento linfático y constitucion débil, y en aquellos niños cuyos padres han padecido de epilepsia ó de histerismo.

Como causas ocasionales se cuentan en primer término los dolores que se producen en algunos niños por una erupcion dentaria laboriosa; cualquier otro dolor intenso tambien las determina, y esta es la razon por la que temo tanto á la aplicacion y cura de los vejigatorios en los niños. Una temperatura elevada y sobre todo la transicion brusca del calor al frio; un terror grande y la existencia de vermes intestinales, parecen tener reconocida influencia.

Existen tambien convulsiones simpáticas, y Rilliet y Barthez dicen á propósito de ellas que apénas hay una enfermedad que no pueda simpáticamente desarrollar la eclampsia, figurando en primer término las fiebres exantemáticas y los trastornos digestivos.

Síntomas.—Dice Brachet que los pródromos de la eclampsia consisten en cierta inquietud é irascibilidad muy marcada en el niño, cuyo sueño se vuelve intranquilo é interrumpido por ensueños ó verdaderas pesadillas.

Se han descrito dos formas: una ligera y otra grave. En la primera faltan generalmente los pródromos. El niño duerme con los ojos entreabiertos, pero dirigidos hácia arriba; entran en convulsion los músculos de la cara y áun los de los miembros, pero no con gran violen-

cia, y la respiracion es á ratos tranquila y superficial ó profunda y suspirosa. Generalmente el niño da de pronto un grito agudo, despertando sobresaltado, llorando desconsoladamente y retorciéndose en todas direcciones, hasta que la expulsion de gases intestinales ó de materias fecales ó de una orina abundante ó una traspiracion considerable, parece como que termina el acceso para volver á la salud unas veces, y otras para repetirse despues de algunas horas de tregua y prolongarse á veces varios dias, bien dándole uno ó dos accesos diarios y en ocasiones á horas marcadas, bien repitiendo á cada momento y con cortos intervalos. Un estado febril más ó ménos intenso es el compañero inseparable de la eclampsia, áun en esta forma ligera.

En la forma grave ó existen los pródromos que indicó Brachet, ó subsigue á la forma ligera, siendo rarísimo que estalle de repente y con toda su aterradora violencia, pero de todas maneras el niño pierde repentinamente el conocimiento y se le presentan convulsiones clónicas en la cara y en los miembros. Los ojos giran en sus órbitas ó la mirada se pone fija, ó aparece extrabismo; la mandíbula inferior se agita y suele haber espuma en la boca y al par sobrevienen convulsiones tónicas en el tronco que á menudo sigue la direccion del opistotonos ó del pleurostotonos. No es extraño ver suspendida la respiracion durante segundos por el espasmo de la glótis, y entónces aparece la cianosis y áun la muerte si la intoxicacion por el ácido carbónico que el espasmo de la glótis produce no es pronto el agente inmediato de la relajacion y por consiguiente de la cesacion del dicho espasmo.

En muchos casos han sobrevenido hemorragias cerebrales ó pulmonales de terminacion mortal inmediata.

Durante el acceso eclámptico hay abolicion completa

de la sensibilidad en sus distintas formas y la inteligencia está embotada. Además hay imposibilidad de administrar los medicamentos por la boca porque la deglucion no se verifica y la orina y las heces ventrales se expelen involuntariamente.

Curso, duracion y terminaciones.—Esta enfermedad sobreviene por accesos que duran desde cinco minutos á doce horas, pero á menudo los accesos se suceden despues de un tiempo más ó ménos largo de tregua (de diez minutos á tres dias), constituyendo cierto número de accesos lo que se llama un ataque. Los ataques, sea cual fuere su terminacion, suelen ser únicos, aunque esta regla no es absoluta, y principalmente en la eclampsia que he llamado ligera hay niños que los sufren multitud de veces, pero desaparecen para nunca más volver, despues de la primera infancia.

La terminacion de la eclampsia, cuando en el niño no hay propension á congestiones en los órganos internos y cuando el ataque se compone de corto número de accesos, suele ser la vuelta á la salud; pero en circunstancias opuestas termina casi constantemente por la muerte, razon por la que el pronóstico debe hacerse siempre con mucha reserva. La gravedad de la eclampsia simpática está en razon directa de la otra enfermedad que por accion reflexa viene á desarrollarla.

Tratamiento.—Hé aquí en globo la multitud de medicaciones empleadas. Emisiones generales y locales de sangre, que sólo deberán emplearse cuando es evidente una congestion interna ó la amenaza de ella; la compresion de ambas carótidas si el amago de congestion es hácia el cerebro; la compresion del craneo que es irracional; los eméticos, los purgantes, los anti-espasmódicos, los tónicos, la hidroterapia, los vejigatorios y además

muchos medicamentos que se han juzgado de accion especial, como el ácido prúsico, el nitrato argéntico, la digital, los carbonatos alcalinos, el bromuro de potasio y el de alcanfor, el sulfato de cobre amoniacal, el gelseminum sempervirens, etc., etc.

Trazaré á continuacion los preceptos generales del tratamiento que creo más oportuno para el ataque y luégo para evitar la reproduccion.

Tratamiento del ataque:

1.° Una buena higiene.

2.° Desnudar al niño para evitar cuanto pueda ejercer la más ligera compresion y colocarlo en una habitacion de temperatura dulce y buena ventilacion.

3.° Colocarle sinapismos en las extremidades inferiores.

4.° Ponerle unas enemas estimulantes con el vino emético turbio, ó la asafétida, etc., etc.

5.° Estar dispuesto á evacuarlo de sangre si amenaza una congestion y comprimir las carótidas si la congestion que se presenta es cerebral.

6.° Hacer aspersiones sobre el rostro del enfermo con agua fria, y estimular su nariz con vinagre, éter ó amoniaco.

Tratamiento de la enfermedad:

1.° Procurar el alejamiento de la causa.

2.° Administrar en cuanto el niño ha vuelto en sí una pocion con el bromuro de potasio, ó unos papeles con calomelano, óxido de zinc y polvos de valeriana, ó la trementina, ó el nitrato de plata, ó el carbonato de potasa, etc.

3.° Si hay alguna excitacion en el enfermo ó si la fiebre es algo intensa, será muy conveniente el uso de los baños tibios ó frescos, máxime combinados con aspersiones frias á la cabeza.

4.° Proporcionar al niño una excelente nodriza y trasladarlo al campo si la estacion es conveniente y los medios que posee la familia lo permiten.

Respecto al tratamiento de la eclamsia simpática se halla bajo la dependencia de la otra enfermedad, y á ella debemos atender, sin olvidar la administracion de los antiespasmódicos y de los medios especiales que acabo de indicar.

PARÁLISIS ESENCIAL DE LOS NIÑOS.

A pesar de que con los progresos científicos, el número de las enfermedades esenciales va disminuyendo diariamente, se conserva el nombre de parálisis esencial á la falta de movimiento y sensibilidad de las extremidades que sobrevienen en algunos niños repentinamente, quizás como consecuencia de un procesus morboso de evolucion muy aguda en los centros nerviosos, pero que hasta el dia no ha podido comprobar la autopsia.

Etiología.—Es más frecuente desde los seis meses al tercer año de edad; ataca igualmente á los varones y á las hembras, á todos los temperamentos y constituciones, y aunque la causa ocasional es desconocida en la inmensa mayoría de casos, se le ha observado muchas veces despues de las fiebres eruptivas.

Se ha dividido esta parálisis en cerebral, espinal y periférica, pero como he dicho más arriba, las autopsias no han comprobado lesiones suficientes ni para localizar la enfermedad, ni para hacer esta division.

Síntomas.—Esta afeccion empieza ó por un estado de agitacion considerable en el niño seguido bien pronto de convulsiones y pérdida del conocimiento, al recobrar el cual nos encontramos con la parálisis, ó por un movimien-

to febril intenso sin causa aparente, pero que al desaparecer sobreviene la pérdida del movimiento y sensibilidad en las extremidades. Las partes paralizadas son un brazo ó los dos, una pierna ó ambas, pero nunca un brazo y una pierna del mismo lado. Al cabo de seis ú ocho dias se verifica á veces la completa vuelta á la salud, pero en otros casos la enfermedad dura mucho tiempo y áun se hace permanente, sobreviniendo entónces la atrofia de las extremidades paralíticas y la detencion en su desarrollo. Duchenne (de Boulogne) aseguraba que siempre que los miembros afectos conservan la contractilidad eléctrica, es posible la curacion y que la falta de dicha contractilidad es un signo de fatal pronóstico.

Pronóstico.—Acabo de citar el medio de hacerlo con exactitud. Hay que tener, sin embargo, presente, que áun en los casos en que la curacion es imposible, el niño puede gozar de una excelente salud general y llegar á una edad muy avanzada con su parálisis.

Tratamiento.—Al principio de la enfermedad y cuando los síntomas que se presentan son de excitacion cerebral, convendria, si el niño tiene cierta edad, alguna evacuacion tópica de sangre á la base del cráneo ó á lo largo de la columna vertebral. Se administrarán tambien los purgantes y el calomelano á dósis refractas. Una vez declarada la parálisis, seria muy oportuno hacer algunas fricciones estimulantes á las partes afectadas y sobre todo, la aplicacion reiterada de una corriente de induccion, medio al cual Heine asegura deberle muchos éxitos.

En este caso una buena alimentacion y los baños de mar son muy favorables.

Cuando los miembros paralizados no obedezcan á la corriente eléctrica, hay que limitarse á vigilar porque no se produzcan escaras, etc. En un enfermo de estos he

visto hacerse una quemadura extensísima y muy grave de un brazo por caerse el niño en un brasero y no apercibirse la familia ni sentirlo él.

LECCION XXII.

Continúa el asunto anterior.—Clase 2.ª Enfermedades infectivas.—Sarampion.

CLASE 2.ª—ENFERMEDADES INFECTIVAS.

Se han llamado así todas aquellas enfermedades que parecen debidas á la absorcion y mezcla con la sangre de un principio séptico, de un miasma ó virus, cuya naturaleza no han revelado la física ni la química, cuya procedencia es muy variada, pero cuya existencia es indudable, pues se le conoce en sus efectos y se han estudiado con minuciosidad los menores detalles relativos á su produccion, su introduccion en el organismo y las diversas fases de su evolucion.

Estas enfermedades infectivas se han subdividido en agudas y crónicas, pero en este lugar sólo trataré de las agudas; esto es, de aquellas agudas que son propias de la infancia ó que en la infancia presentan caractéres especiales, pues las demás no ofrecen interés alguno en un tratado de pediatria.

Hablaré, pues, sucesivamente de las fiebres eruptivas, de las fiebres palúdicas y de la fiebre tifoidea.

FIEBRES ERUPTIVAS.

Aunque estas enfermedades se padecen en todas las épocas de la vida, parecen, sin embargo, más frecuentes en la infancia. Son el sarampion, la escarlatina y la viruela, debiéndose agregar la varicela y la roseola febril.

Sarampion.—Es un exantema febril caracterizado por un período prodrómico de síntomas catarrales, seguido de la presentacion en la piel de una erupcion de manchas rojas irregulares, algo salientes, distribuidas por todo el cuerpo, y que termina por decamacion furfurácea.

Etiología.—Esta enfermedad que no respeta edad ni sexo y que se padece generalmente una sola vez en la vida, aunque yo poseo muchos casos en contrario, suele presentarse exporádica y epidémicamente, conviniendo actualmente los autores en que el miasma, el virus ó el fermento que la produce es esencialmente contagioso y que este contagio es el único modo de desarrollarse el padecimiento. La sangre, la secrecion mucosa bronquial, las lágrimas, las emanaciones de la piel y del pulmon, parecen ser los vehículos del dicho contagio. Hallier ha encontrado en la sangre y los esputos de los sarampionosos células de un hongo que germinaba en elementos diversos, produciendo siempre un mismo parásito el *mucor mucedo verus*.

Es indudable que el aire puede trasportar el principio contagioso á grandes distancias, así como tambien pueden llevarlo el cuerpo y las ropas de las personas. Las épocas en que el sarampion es contagioso son durante el período prodrómico y el de erupcion, cesando probablemente esa propiedad en la decamacion.

Se han descrito diversas formas ó variedades de sarampion, el simple ó erético, el inflamatorio ó sinocal y el tífico ó séptico. Tambien se habla de erupciones sarampionosas anómalas.

Sarampion simple ó erético.—Se le consideran cinco períodos: el de incubacion, el prodrómico, el de erupcion, el de estado y el de decamacion.

La incubacion dura de diez á catorce dias y en este tiempo no se presenta fenómeno alguno que la indique.

El período prodrómico está caracterizado por escalofrios más ó ménos intensos, á los que siguen malestar general, quebrantamiento de fuerzas, inyeccion de la cara y con especialidad de las conjuntivas, apareciendo los párpados algo tumefactos, las corneas brillantes, y un lagrimeo considerable. Hay estornudos frecuentes, tos seca y muy molesta, falta de apetito, y la lengua se pone rojiza en los bordes y punta, y blanquecina en el centro. Sobrevienen náuseas, vómitos y extreñimiento, y al par que estos síntomas el calor de la piel es considerable y el pulso muy frecuente. En algunos niños existe una agitacion notable, delirio y hasta un acceso eclámptico como inicial de todos los otros síntomas.

Este período dura generalmente de dos á tres dias, y yo lo he visto llegar muy recientemente á diez en un niño de seis años que tuvo un sarampion muy benigno.

Al empezar el tercer período suele exacerbarse la fiebre y se presenta la erupcion con los caractéres dichos en la definicion, empezando por la cara, alrededor de la boca y de los ojos, extendiéndose pronto al cuello, pecho, vientre y extremidades, y siendo general á las veinte y cuatro ó treinta y seis horas de empezar la erupcion.

A partir de las veinte y cuatro ó treinta y seis horas que dura el período de erupcion, principia el de estado

que dura tambien un espacio de tiempo análogo, en el que la fiebre disminuye y áun desaparece por completo, mejorándose mucho todos los síntomas catarrales, que no desaparecen sin embargo, sobre todo la tos que se vuelve húmeda, y en ocasiones se presenta una variedad de la conjuntivitis idiopática que se ha llamado conjuntivitis sarampionosa.

El quinto período ó de decamacion empieza al octavo ó noveno dia de invasion de la enfermedad. Durante él todos los síntomas generales restantes desaparecen, ménos la tos que á veces continúa molestando en un estado avanzado de la convalecencia, y la conjuntivitis cuando se ha presentado. La piel palidece y la epidermis se desprende en escamitas furfuráceas, siendo más perceptible el desprendimiento en los sitios habitualmente descubiertos. El niño vuelve á estar contento y con apetito y á los seis ú ocho dias de comenzar este período, es decir, á los catorce á diez y ocho de la invasion, la curacion es completa.

Sarampion inflamatorio ó sinocal.—En esta variedad son sumamente intensos los síntomas que se presentan en el período de erupcion. En efecto; la conjuntivitis, el coriza y la bronquitis son considerables, la fiebre alta, y existen delirio y convulsiones alternadas á veces con un ligero estado comatoso. Al mismo tiempo la erupcion es muy confluente y el color de las manchas llega con frecuencia al rojo de vino ó al violeta. El período de estado se prolonga hasta cuatro dias. Sin embargo, á pesar de esta aparente malignidad suele terminar favorablemente.

Sarampion tífico ó séptico.—El período prodrómico suele ser muy largo y desde el primer dia llama la atencion el estado de postracion y de debilidad en que se encuentra el enfermo, á pesar de la poca intensidad de la fiebre.

El pulso está siempre pequeño y depresible y el aspecto de la boca y de la lengua, y la diarrea acompañada de meteorismo, borborismo y sensibilidad en la fosa ilíaca derecha, y las epistaxis y otras hemorragias pasivas que con frecuencia se presentan, y los síntomas atáxicos que acompañan á los anteriores, recuerdan perfectamente á una fiebre tifoidea ataxo-adinámica. Al mismo tiempo la erupcion se presenta tarde y de una manera irregular y su color ya es pálido, ya negruzco ó negro. Otras veces el período prodrómico es casi normal y en el de erupcion es en el que se desarrollan los fenómenos indicados, y de todas maneras la terminacion es funesta en la inmensa mayoría de casos.

Sarampion anómalo.— Estas anomalías son las siguientes:

En unos enfermos falta el período prodrómico ó éste es cortísimo y la erupcion se presenta de repente, siguiendo luégo los demás períodos su marcha natural. En otros los pródromos anuncian una escarlatina, pues á la fiebre y á la rapidez con que la erupcion aparece se une la existencia de la angina. En ciertas epidemias se asegura haberse presentado el sarampion sin erupcion. Otras veces acompañan á la erupcion característica, las manchas hemorrágicas de la púrpura simple. Se ha visto presentarse el período prodrómico, desaparecer los síntomas, aparecer la escarlatina ó la viruela y á la desecacion de éstas, continuar el sarampion su interrumpido curso. Tambien se ha observado una erupcion parcial aunque bien caracterizada.

Sarampion complicado.—Las complicaciones del sarampion son: la conjuntivitis de que ya he hablado, una laringo-traqueo-bronquitis, una bronquitis aguda intensa, la bronquitis capilar, el croup, las neumonias catarral

ó fibrinosa, una enteritis, etc. A propósito de esto, debo indicar que en casi todos los casos en que se habla de la retropulsion del exantema, ésta es el efecto y no la causa de los fenómenos que sobrevienen.

Afecciones consecutivas.—La conjuntivitis linfática, las blefaritis ciliares ó glándulo-ciliares, la rinitis crónica y áun la ozena, la otorrea, los infartos ganglionales, la gangrena de la boca ó de las partes genitales, las afecciones graves de los huesos, sobrevienen á veces como consecuencia del sarampion. Pero las afecciones más frecuentes son además de las de los ojos, la bronquitis crónica, la tísis caseosa ó la tuberculosa.

Diagnóstico diferencial. — Hablaré de él despues de tratar de las otras fiebres eruptivas.

Pronóstico.—Es benigno el del sarampion simple; no lo es tanto, por la facilidad con que sobrevienen complicaciones, el del sinocal; es muy grave el del séptico; suelen terminar bien las erupciones anómalas; en cuanto á las complicadas, su gravedad está en relacion con la naturaleza é intensidad de las complicaciones. A pesar de todo hay que tener presente que áun en sarampiones muy benignos ha sobrevenido alguna vez la muerte repentina por una congestion interna ó por una embolia, sin que haya sido posible prevenir tan funesto accidente, ni mucho ménos hacerlo desaparecer.

Tratamiento.—La fuga con tres L, es decir, luégo, léjos y largo tiempo, es la principal máxima que hay que seguir para evitar todas las enfermedades contagiosas, principalmente si se presentan de una manera epidémica.

Una vez declarada la enfermedad, basta en los casos de sarampion erético con la quietud, la permanencia en cama, la dieta, un abrigo regular, alguna tisana pectoral

y alguna pocion expectorante, para lograr la curacion.

En el inflamatorio la dieta será más severa, precisará ponerle al enfermo algunos sinapismos á las extremidades inferiores, administrarle algun contra-estimulante como el nitrato de potasa, el óxido blanco de antimonio y áun el tártaro emético, si bien este último medicamento con gran cuidado y vigilando sus efectos.

En el séptico los ácidos minerales, los cocimientos de quina, el sulfato de quinina, y á menudo tendremos que usar el alcohol á dósis estimulante. Los vejigatorios que tan á menudo se usan en esta variedad, suelen tener más inconvenientes que ventajas y se gangrenan con facilidad.

Si parece que la retropulsion del exantema es la causa de las complicaciones, se envolverá al enfermo en una sábana empapada en agua fria, despues de estimular con fricciones secas ó aromáticas las funciones de la piel.

El tratamiento de las complicaciones será expuesto al tratar de cada una de esas afecciones en particular, aunque en los casos de que ahora hablamos es preciso no olvidar que se trata de un exantema febril y por lo tanto deberemos favorecer su evolucion natural y evitar cuanto puede contrariarla.

LECCION XXIII.

Continúa el asunto anterior.—Escarlatina.

ESCARLATINA.

Es una fiebre eruptiva en cuyo período prodrómico el síntoma sobresaliente es la angina, cuya erupcion consiste en manchas extensas de color rojo escarlata y cuya decamacion es por trozos grandes de epidermis.

Etiología.—Esta enfermedad, una vez padecida, produce inmunidad para contraerla de nuevo. Es más frecuente desde los dos años de edad hasta el fin de la primera infancia, que en las otras épocas de la vida. Contagiosa en la inmensa mayoría de casos, pero parece que es posible se desarrolle expontáneamente. Las emanaciones del enfermo y el aire ambiente, son los agentes trasmisores del virus contagiante, cuya naturaleza se desconoce completamente.

Puede, como el sarampion, presentarse epidémicamente.

Se conocen distintas variedades de escarlatina, á saber: la simple ó erética, la inflamatoria ó sinocal, la pútrida ó séptica, la anómala y la complicada.

Se le consideran cinco períodos: de incubacion, prodrómico, de erupcion, de estado y de decamacion.

El período de incubacion es algo más corto que el de la fiebre exantemática anteriormente descrita, pues dura

sólo de ocho á nueve dias y como en ella tampoco se manifiesta por síntoma alguno.

El período prodrómico tambien es más breve, pues de ordinario no pasa de veinticuatro á sesenta horas. Está caracterizado por escalofrios más ó ménos intensos, en pos de los cuales aparece un aumento de calor que puede llegar hasta 42° y áun 42'75. El niño se encuentra abatido é inquieto, tiene dolores en los huesos, náuseas ó vómitos, sed considerable, anorexia completa y acusa dolor en la parte anterior del cuello y dificultad grande para la deglucion, al mismo tiempo que sequedad y ardor en la garganta. La fisonomía del niño está muy encendida y el pulso está algo desenvuelto y muy frecuente (140 ó 150). En algunos niños hay movimientos convulsivos y delirio, en otros un sopor muy próximo al coma. Si se les reconoce la boca posterior se la encuentra rubicunda y tumefacta y á menudo algun exudado sobre las amigdalas y hasta ulceraciones.

En el tercer período y coincidiendo con una agravacion en los síntomas dichos, aparece la erupcion bajo la forma de pequeños puntos rojos apreciables al tacto, extendiéndose luégo constituyendo manchas más ó ménos extensas de color rojo de escarlata, cuyas manchas ó cubren casi toda la superficie del cuerpo (escarlatina levigata) ó porciones separadas por otras blancas (escarlatina variegata). El sitio de su aparicion es el cuello desde adonde se extiende al tronco y extremidades y en éstas se las vé primero en las articulaciones, las manos y los pies. La cara no suele mancharse mucho á no ser en los carrillos. Este período dura de veinticuatro á treinta y seis horas.

En el período de estado llega en los dos primeros dias la fiebre á su máximun, así como la angina y todos los

síntomas, pero despues todos decrecen y se mejora mucho el estado general al par que la erupcion palidece. La duracion de este período es de cuatro á cinco dias.

Cuando sobreviene el período de decamacion, ya no existe fiebre y la angina apénas molesta, la erupcion continúa palideciendo en el mismo órden como empezó y separándose el epidermis en escamas delgadas en el cuello y por grandes pedazos en las extremidades. A los ocho ó quince dias de ésta, ó sea al tercero ó cuarto septenario de la enfermedad, ha terminado ésta si es benigna.

La escarlatina inflamatoria sólo se diferencia de la descrita anteriormente en la mayor intensidad de los síntomas y con especialidad la angina, á la que entónces deberemos prestar grande atencion. La erupcion es tambien mayor y más intensa.

En la escarlatina tífica ó séptica pasa lo que ya queda indicado al tratar del sarampion.

Escarlatina anómala.—Sigue la misma marcha que el sarampion anómalo. Tambien se ha descrito una escarlatina sin exantema durante las epidemias.

Escarlatina complicada.—Las complicaciones más frecuentes de la escarlatina son la angina gangrenosa, el croup, una bronquitis agudísima, una bronco-neumonia, una netritis fibrinosa, etc.

Enfermedades consecutivas.—Sobrevienen además de las afecciones que acabo de indicar, la albuminuria y el hidrotorax, la ascitis, un estado de susceptibilidad nerviosa exagerada y diferentes neurosis y á veces alteraciones graves de los huesos y un estado caquéctico. Hay casos de niños de inteligencia muy clara que se han convertido en idiotas despues de pasar la escarlatina.

Del *diagnóstico diferencial* hablaré al tratar de la viruela.

El *pronóstico* es distinto segun la variedad de que se trate, la existencia ó no de complicaciones y la índole misma de estas complicaciones. Cuando viene epidémicamente, suele unas veces ser más maligna que otras y en estas epidemias se observa lo que en el cólera, etc., que al principio y en el estado de la epidemia, la enfermedad es mucho más grave que cuando aquella está en la declinacion. Esta es tambien la clave de la pretendida eficacia de muchos remedios que si se hubiesen empleado al principio de la epidemia, no hubieran alcanzado el menor éxito.

Tratamiento.—Debe arreglarse á los mismos principios expuestos al hablar del sarampion. Se ha preconizado como excelente profiláctico el extracto de belladona (15 centígramos ó sean 3 granos en 30 gramos ó una onza de agua para tomar dos ó tres gotas dos veces al dia) pero su eficacia es muy contestable. Se le ha empleado con el mismo éxito como medio curativo, así como tambien se preconizaron extraordinariamente el carbonato de amoniaco y el cloro líquido para la escarlatina maligna, y tambien sin fundamento. Brakenridge recomienda como profiláctico y como curativo el sulfofenato de sosa á la dósis de un gramo ó algo ménos.

El tratamiento debe reducirse á lo siguiente: el enfermo permanecerá en cama en una habitacion cuya temperatura sea de 10° á 13° R. y con un abrigo moderado. Se le dará como bebida usual limonada, naranjada, una solucion de ácido cítrico, agraz, etc., y como alimento caldo. Puede dársele al interior una pocion con el extracto de belladona, ponerle al cuello unas fricciones con pomada de lo mismo y prescribirle algunos gargarismos con oximiel ó con oxicrato. Si la angina molesta mucho, pero no hay en la boca posterior ulceraciones, pseudo-

membranas, etc., convendrá usar un emético (prefiero el sulfato de cobre). Si la fiebre es muy alta, puede administrarse el sulfato de quinina en enemas. Si la erupcion se hace con dificultad y se vé en lontananza la aparicion de síntomas ataxo-adinámicos, convendrá usar el envoltorio húmedo de los hidrópatas (envolver todo el cuerpo con sábanas empapadas en agua fria) y las afusiones frias. Si á pesar de esto aparece la ataxo-adinamia, se usarán el carbonato de amoniaco, el almizcle y el alcanfor. La aplicacion continuada de sinapismos volantes y de vejigatorios, ambulantes tambien, podrá prestar buenos servicios en una erupcion difícil.

Hay que vigilar mucho la convalecencia y no dar como completamente curado á un niño hasta las seis semanas de la aparicion del período prodrómico.

LECCION XXIV.

Continúa el asunto anterior.—Viruela.

VIRUELA.

Es tambien una fiebre exantemática, en cuyo período prodrómico son muy notables la cefalalgia, la raquialgia y los vómitos, cuya erupcion es papulosa en un principio, pustulosa y con umbilicacion más tarde, y que despues de supurar cierto tiempo se deseca, dejando á la caida de las costras, cicatrices más ó ménos indelebles.

Etiología.—La viruela es eminentemente contagiosa y este contagio se verifica por contacto inmediato ó sir-

viendo de conductores las ropas ó los objetos y de vehículo trasportador el aire y las emanaciones del enfermo. La propiedad de contagiarse empieza en la viruela desde la aparicion de la erupcion hasta el total desprendimiento de las costras, hallándose en su máximum desde que el contenido de las pústulas comienza á enturbiarse hasta la desecacion de las costras. Estas mismas costras conservan la propiedad de trasmitir la enfermedad áun despues de caidas, por un espacio de tiempo que llega hasta dos meses.

Sólo hay un virus variólico y la mayor ó menor intensidad con que ataca depende cuando es epidémica de lo que se ha llamado el genio de la epidemia y de la época de la evolucion de ésta en que se ha presentado, y en todos los demás casos, de condiciones puramente individuales.

La viruela no perdona edad ni sexo, pero una vez padecida produce inmunidad, aunque yo conozco dos personas que además de estar vacunados han tenido las viruelas dos veces.

Al tratar de la profilaxis de la viruela me ocuparé de la vacuna y de las cuestiones que han surgido y surgen en la actualidad acerca de ella.

La viruela se divide en simple, inflamatoria, séptica, complicada y anómala.

Se le consideran seis períodos, á saber: el de incubacion que pasa desapercibido en la inmensa mayoría de casos á causa de la falta de síntomas y dura de ocho á quince dias; el prodrómico; el de erupcion; el de estado; el de supuracion y el de desecacion; y en rigor podria agregarse áun otro, el de caida de las costras y desaparicion de las manchas.

Viruela simple.—El período prodrómico empieza por

calosfrios, seguidos de aumento de calor y aceleracion en el pulso. El enfermo se queja de quebrantamiento general, dolores en todas las articulaciones y con especialidad en los lomos y en la cabeza. La cara se pone vultuosa, las conjuntivas encendidas, las arterias carótidas y las temporales laten con violencia. Hay mucha sed, anorexia, náuseas y áun vómitos de materiales biliosos; el enfermo acusa una fuerte sensacion epigástrica y extreñimiento. Huye de la luz y además de la cefalalgia intensa frontal que sufre, suele tener algunos movimientos convulsivos y sobre todo delirio y en ocasiones un sopor muy vecino al coma profundo.

Estos síntomas acrecen en los tres primeros dias que es la duracion de este período, aunque presentan alguna remision por las mañanas.

El tercer período ó de erupcion dura de tres á cinco dias. En medio de la tercera exacerbacion á que he aludido en el período anterior y cuando los síntomas han llegado á su máximum de intensidad, empiezan á aparecer en la cara (generalmente en la frente y alrededor de los ojos y de los labios) unas elevaciones pequeñas, cónicas, duras, que poco á poco van generalizándose al cuello, al tronco, á las mucosas, y por último, á las extremidades, lo cual tiene lugar hácia el tercer dia de erupcion, época en que los otros síntomas han remitido notablemente, encontrándose el paciente muy aliviado. Del tercero al cuarto y al quinto dia continúa extendiéndose el exantema y las pápulas se convierten en pequeñas vesículas con un contenido claro que sin embargo comienza á enturbiarse en el quinto dia.

Del quinto al sexto dia de la erupcion y al par que el contenido de las vesículas se enturbia, éstas se hacen más voluminosas, se umbilican y se rodean de una areola ro-

jiza, es decir, se transforman en pústulas, se exacerban la fiebre y los síntomas generales, si habian remitido, ó aparecen de nuevo si ya no existian, y estos fenómenos son los que caracterizan al *cuarto período ó de supuracion* que dura tres ó cuatro dias. En este período los riesgos y las molestias del niño son considerables. Como la erupcion tiene lugar tambien en las mucosas, aparece en la conjuntiva querato-esclerotical y entónces es cuando si no se vigila bien el estado de los ojos sobreviene la destruccion del tejido de la cornea y más adelante una ceguera incurable. Las pústulas de la boca le dificultan la succion y la deglucion; las de la laringe dan lugar á una laringo-traqueitis que no siempre es benigna; las del tubo digestivo suelen provocar la diarrea y dejar en pos de sí una enteritis de bastante gravedad. En esta época el aspecto de los niños es horroroso, el olor que exhalan muy fétido y especial; y la comezon que sienten en la piel es tan extraordinaria que es imposible evitar que se rasquen, rompan las pústulas y se llenen de sangre.

Del noveno al undécimo dia de la erupcion empieza el quinto período de desecacion. La pústula suele romperse y su contenido depositado en la piel se seca y endurece, ó este endurecimiento y desecacion tienen lugar sin rotura alguna, lo cual no se encuentra casi nunca en los niños, pues como ya he dicho, es imposible evitar que se rompan las pústulas rascándose ó restregándose contra alguna parte. Las costras abandonadas á sí mismas tardan de tres á cinco dias en desprenderse, quedando la piel perfectamente sana aunque manchada de rojo, pero los niños, como el prurito es insoportable, se quitan á menudo las costras, se forman entónces otras nuevas y así sucesivamente, dando motivo esto á que el período de desecacion dure muchísimo tiempo. En este período desapa-

recen la fiebre y los síntomas generales y el niño en la mayoría de los casos tiene un apetito extraordinario que es indispensable no satisfacer á medida de su deseo. Alguna vez acompaña á la desecacion algun movimiento febril, pero de ordinario es muy escaso.

La descripcion que he hecho corresponde á una viruela medianamente confluente. Cuando la erupcion es discreta todos los síntomas están muy pocos acentuados, la fiebre prodrómica es poco alta, la de supuracion lo mismo y áun suele faltar, y falta siempre la de desecacion. Cuando la erupcion es muy confluente, los repetidos síntomas tienen aún mayor intensidad que la consignada en mi descripcion y con especialidad en el cuarto período es muy comun aparecer un estado de postracion considerable, un coma más ó ménos profundo, alternando quizás con convulsiones, hemorragias pasivas y la muerte en medio de un estado completamente tifoideo.

Otras veces los síntomas ataxo-adinámicos se presentan desde el período prodrómico y entónces no es extraño que el enfermo sucumba durante el período de erupcion y cuando ésta aún no ha terminado.

Hay una variedad temible en extremo que es la VIRUELA HEMORRÁGICA. Yo he visto enfermos casi sin fiebre y sin graves molestias en el segundo período, que al empezar el tercero se les ha teñido ligeramente de rojo la orina y se les han presentado media docena de puntos violados, equimóticos, en diversas partes de su cuerpo y no he visto salvarse uno sólo. No tardan en presentarse hemorragias pasivas por todas las aberturas de su cuerpo, congestiones, pasivas tambien, en órganos internos, el coma y la muerte. Otras veces en lugar de esas petequias se presentan equimosis extensos que cubren casi todo el cuerpo de un color violeta oscuro, impidiendo la sangre

extrasvasada que se presenten ó se distingan las pápulas, y el resultado es el mismo que acabo de indicar.

Viruela anómala.—Las anomalías que se observan consisten, ó en el órden de aparicion de las pápulas, que no siempre es el que he indicado, ó en la distribucion de la erupcion misma, que algunas veces es caprichosa, y sobre todo, y es la anomalía más notable, la viruela sin pústulas que parece haberse observado en diversas epidemias. En ella todos los síntomas y su sucesion es la misma que en la viruela, pero la erupcion falta completamente.

Hay ciertas erupciones que acompañan en determinados casos á la viruela y que suelen presentarse en el período prodrómico. Estas erupciones han recibido el nombre de *rash* y se ha descrito un rash sarampionoso, otro escarlatinoso, y otro hemorrágico, consistiendo la primera en una inflamacion erisipelatosa de la piel, limitada á ciertas partes del cuerpo; en unas manchas rojas análogas al sarampion la segunda, y en la aparicion de varias petequias la tercera. El rash siempre es limitado y se presenta en el período prodrómico, como he dicho, cuyas circunstancias son muy de tener en cuenta, principalmente si se trata de la tercera especie, pues este no es necesariamente mortal, y si la tomamos por una viruela hemorrágica hariamos un pronóstico funesto.

Complicaciones de la viruela.—Las más frecuentes son las inflamaciones de cada una de las partes que componen el aparato respiratorio y el digestivo, las inflamaciones oculares, las de los oidos, las ulceraciones del sacro y de los trocánteres, la gangrena del escroto.

Enfermedades consecutivas.—Los abscesos del tejido celular, la puohemia, las afecciones de los huesos, la escrofulosis, la tísis pulmonal.

Del *diagnóstico diferencial* trataré en la leccion siguiente.

El *pronóstico* de la viruela en los niños siempre es grave, pues mueren el 40 por 100 de los atacados, pero esta gravedad aumenta en presencia de accidentes convulsivos, de una fiebre muy alta y una erupcion difícil, de una viruela muy confluente, de accidentes tifoideos, de complicaciones, y sobre todo de una viruela hemorrágica que, refiriéndome á los niños, puede decirse de una manera casi absoluta que es necesariamente mortal.

Tratamiento.—Se divide en profiláctico y curativo. En el primero figura á la cabeza el descubrimiento del inmortal Jenner ó sea la vacunacion, de la que me ocuparé en la leccion próxima. Muy modernamente se ha preconizado una planta, *la sarracenia purpúrea*, á la que se atribuyen virtudes especiales como profiláctica y curativa de la viruela. Las partes usadas son la raiz y las hojas hechas en cocimiento, pero se dice que la primera tiene más eficacia que las segundas. Yo la he administrado en muy pocos casos y me ha parecido que si bien no preserva de la viruela, cuando ésta ha aparecido, disminuye la intensidad de la fiebre y la fuerza de la erupcion, siendo precisos por lo tanto más ensayos para decidir acerca de su utilidad.

Las precauciones higiénicas que exige el tratamiento de la viruela son las mismas que indiqué respecto al sarampion, insistiendo ahora más en que no se sofoque al enfermo con un abrigo perjudicial en extremo.

Se le prescribirá, si el niño no es de pecho, una bebida ácida cualquiera, permitiéndole algunos caldos; se le pondrán unas enemas con agua y vinagre, si hay extreñimiento, y unas cataplasmas de linaza y mostaza y

paños de oxicrato á la frente y sienes, si la cefalalgia es muy intensa. Tambien la raquialgia exigirá algunas fricciones á los lomos con el bálsamo anodino, ó la pomada de belladona. Los vómitos son á veces muy pertinaces, obligándonos á administrar alguna pocion con bicarbonato sódico, ó con subnitrato de bismuto, y si á pesar de ello no ceden y mortifican extraordinariamente al enfermito, le administraremos varias cucharadas del jarabe de hipecacuana hasta que hayan producido el efecto emético. Este recurso es muy celebrado por un distinguido profesor de esta ciudad (el Dr. Mata). Si la fiebre es muy alta se sumergirá el enfermito en un baño templado, cuidando de cubrirle la cabeza con compresas empapadas en agua fria, así como se pondrán sobre aquella vejigas rellenas de nieve si hay delirio y accidentes nerviosos. Este baño general, así como el envoltorio húmedo, deberian emplearse más de una vez, con particularidad si la fiebre es muy alta y la erupcion brota difícilmente. El delirio se combatirá tambien con los opiados.

Los prácticos antiguos empezaban generalmente el tratamiento de la viruela con dos ó tres sangrias y una ó dos aplicaciones de sanguijuelas, pero tal vez debido á la constitucion médica reinante en Cádiz ó á circunstancias que yo no puedo apreciar, ello es que actualmente producen pésimo efecto las evacuaciones de sangre.

Al brotar la erupcion hay que cuidar de evitar en lo posible las deformes cicatrices que luégo dejan en la cara y las manos, para lo cual ó se cauterizan las pústulas dentro del primero ó segundo dia de erupcion, con una aguja de oro empapada en una disolucion concentrada de nitrato de plata, ó se hacen lociones frecuentes con una solucion de sublimado corrosivo ó se coloca una careta cubriendo toda la cara (con aberturas correspondientes á

los ojos, ventanas de la nariz y boca), hecha con el emplasto de Vigo con mercurio. Tambien se aconseja el precipitado rojo suspendido en la glicerina. Yo he usado con frecuencia el ungüento napolitano mezclado con el extracto de belladona, embadurnando perfectamente la cara y manos.

Adonde se usará indispensablemente la cauterizacion de las pústulas que salgan, es en la conjuntiva óculo-palpebral.

En el período de supuracion se sostendrán las fuerzas del enfermo y para ello se le concederán algunas sopas y se hará uso del vino ó del alcohol. El sulfato de quinina presenta entónces tambien una excelente indicacion para evitar la puohemia.

La comezon insoportable del último período se alivia mucho con lociones frecuentes de un linimento óleo-calcáreo.

Parece excusado decir que si la viruela se presenta con síntomas ataxo-adinámicos, será preciso recurrir al tratamiento más activo de la fiebre tifoidea, tratamiento de que ya queda hecha mencion al tratar del sarampion y de la escarlatina.

En los casos de viruela hemorrágica se usará con valentía la solucion concentrada del percloruro de hierro de Pravaz, la ergotina, los baños frios y además el hielo al interior, todos los astringentes vegetales y minerales, una alimentacion nutritiva y el vino y el alcohol. Pero desgraciadamente en este caso todo será inútil y el enfermo sucumbirá.

Entre las complicaciones la que más llama la atencion es la infiltracion serosa de la glotis producida por una intensa laringitis aguda simple, pues si los eméticos y las escarificaciones en los repliegues ariteno-epiglóticos no

alivian el estado del enfermo, puede llegar á ser tan desesperado que exija la traqueotomía. Las otras complicaciones serán tratadas con los medios aconsejados para cada una de ellas en particular, aunque subordinándolos siempre á la enfermedad principal.

LECCION XXV.

Continúa el asunto anterior.—Cuadro del diagnóstico diferencial entre las distintas fiebres exantemáticas.—Vacunacion.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL SARAMPION, LA ESCARLATINA Y LA VIRUELA.

SARAMPION.	ESCARLATINA.	VIRUELA.
Se desarrolla siempre por contagio.	Puede, aunque en casos raros producirse expontáneamente.	Se desarrolla siempre por contagio.
La incubacion dura de diez á catorce dias.	No pasa de ocho á nueve dias.	Es de doce á trece dias.
Los síntomas característicos del período prodrómico son coriza, rubicundez de la mucosa ocular, lagrimeo, tos.	Estos síntomas son dificultad en la deglucion, rubicundez y tumefaccion de las amigdalas.	Cefalalgia intensa, raquialgia, náuseas y vómitos frecuentes.
El período prodrómico dura de tres á cuatro dias.	De uno á dos dias.	De tres á seis dias.
La erupcion consiste en manchas rojizas pequeñas, redondeadas y algo proeminentes y que empiezan por la cara.	Manchas grandes de color rojo escarlata que empiezan por el cuello.	Pápulas cónicas que se transforman pronto en vesículas y enseguida en pústulas umbilicadas y comienzan á aparecer por la frente.
Los períodos de erupcion y estado duran de tres á seis dias.	La duracion de estos períodos es de tres á cinco dias.	Dura el período de erupcion seis dias próximamente.
La decamacion se verifica en polvo ó en escamas furfuráceas.	La decamacion es por grandes trozos.	Despues de la erupcion hay un período de supuracion en que vuelve la fiebre y la decamacion se hace formándose costras que tardan en desaparecer.

DE LA VACUNA.

La vacuna ó cow-pox es una erupcion pustulosa que sale en la teta de las vacas y es susceptible de trasmitirse al hombre, produciéndole una afeccion análoga á la viruela, aunque infinitamente ménos grave. Esta enfermedad inoculada parece como que embota la predisposicion existente en el individuo y le liberta á lo ménos temporalmente de la verdadera fiebre variolosa.

El 14 de Mayo de 1796 y despues de muchos trabajos y ensayos, inoculó públicamente Jenner la vacuna procedente de las pústulas inoculadas que tenia en las manos un pastor de vacas, y habiendo brotado normalmente la erupcion, le hizo el 1.° de Julio varias punturas con la lanceta empapada en virus varioloso y el contagio no se verificó. La primera casa pública de vacunacion que se estableció en Lóndres fué en 1799 y en la actualidad existen tanto en esa capital como en la mayor parte de Europa y áun de América institutos de vacunacion y sociedades propagadoras de la vacuna. En España se han hecho muchas tentativas sin éxito para crear esos institutos, pero en la actualidad existe uno oficial en Madrid, bajo la inspeccion y direccion de profesores muy distinguidos, en Barcelona lo fundaron los Doctores Giné y Anet, y en Sevilla hay uno dirigido por el Dr. Sosvilla. Todos estos establecimientos y otros de índole análoga dan actualmente buenos resultados y contribuyen extraordinariamente á que se desechen absurdas preocupaciones del vulgo sobre vacunacion. Esta tambien va aclimatándose ahora entre nosotros.

Al tratar de la vacuna surgen multitud de cuestiones que voy á proponer, dándole sólo en pocas palabras y en forma casi aforística su solucion.

Estas cuestiones son :

1.° La vacuna preserva de la viruela?

2.° La preservacion es temporal ó permanente?

3.° La vacuna es capaz de alterar gravemente la salud del individuo inoculado?

4.° Hay vicios humorales susceptibles de trasmitirse con la vacuna?

5.° A qué edades deben hacerse la vacunacion y la revacunacion?

6.° Qué vacuna es preferible, el cow-pox ó la extraida de brazo?

7.° Qué precauciones exige la vacunacion?

8.° Cuáles son los fenómenos que produce la inoculacion?

1.° La preservacion de la viruela por la vacuna es hoy un hecho incontestable. Aquellos individuos en que la erupcion brotó perfectamente, si son inoculados de viruela ó ésta no aparece ó lo hace una varioloide.

2.° Despues de multitud de observaciones ha venido á comprobarse que en muchos casos la preservacion dicha es sólo temporal, y que al cabo de ocho ó diez años vuelve de nuevo en los individuos á aparecer la aptitud para el padecimiento de la viruela, de lo que se ha deducido la necesidad de repetir las inoculaciones del cow-pox cada siete ó diez años.

3.° Se ha pretendido que desde el descubrimiento de la vacuna habia aumentado la frecuencia y la gravedad del sarampion y la escarlatina y que si es verdad que segun Bousquet la vacunacion conserva el décimo de la poblacion que ántes sucumbia de viruelas, este décimo y áun más mueren hoy de esas otras erupciones y además de otras enfermedades, como la tísis pulmonal que tanto se ha extendido actualmente. Nada hay sin embargo que

compruebe esta asercion. Las epidemias de sarampion y escarlatina no son hoy más frecuentes que ántes del descubrimiento de Jenner, ni tampoco estas enfermedades son hoy más graves que en aquella época, y en cuanto al desarrollo de la tísis pulmonal hay infinitas causas en la sociedad moderna que lo explique. El poco cuidado en evitar el matrimonio á los tísicos y por lo tanto la condenacion de tantos niños inocentes á padecerla á la menor causa ocasional que se presente; el género de educacion que se da hoy á la niñez y á la juventud; esa *precocidad para gastar la vida* que tan frecuente es; ciertas costumbres, determinados vicios, todo concurrre á aumentar el número de casos de tísis, sin que la vacunacion tenga en ello la menor parte.

4.ª Hay multitud de observaciones incontestables de trasmision de la sífilis y de las escrófulas por la vacuna, habiéndose llegado á comprobar que esta trasmision es mucho más fácil y segura cuando al par que la linfa vacuna se ha inoculado la sangre del sifilítico ó del escrofuloso.

Esto, como se comprende, debe hacernos muy precavidos al emprender una inoculacion y el exámen muy detenido del individuo, la investigacion escrupulosa de los antecedentes de sus padres y nodriza, deben preceder á la operacion. De este gravísimo inconveniente carece la vacunacion hecha directamente de la vaca, que por lo tanto debe preferirse á cualquier otro medio.

5.ª Se ha observado que en los niños reciennacidos la erupcion de la vacuna se hace frecuentemente de una manera muy irregular, y esto unido á que en los primeros meses de la vida son muy raros los casos de viruelas, hacen considerar como muy prudente el consejo de Guersant y de Blache de que la época de la vida más favorable

para la vacunacion está comprendida entre las seis semanas y los dos meses. En cuanto á la revacunacion debe repetirse cada diez años.

6.ª Respecto á la vacuna preferible, ya he indicado más arriba los riesgos que pueden correrse con la trasmitida de brazo á brazo; creo por lo tanto que debe elegirse siempre que sea posible la linfa procedente directamente de la vaca.

7.ª y 8.ª Voy á tratar en conjunto de estas dos cuestiones, pues no sólo tienen muchas relaciones entre sí, sino que en ambas se contiene lo más interesante de la vacunacion en lo que se refiere á su parte práctica.

Pero como debo tratarlas con cierta extension, lo reservo para la leccion siguiente.

LECCION XXVI.

Continúa el asunto anterior.—Vacunacion. Precauciones que exije y fenómenos que produce.—Varicela.—Roseola febril.

PRECAUCIONES QUE EXIJE LA VACUNACION Y FENÓMENOS QUE PRODUCE.

La vacunacion puede hacerse ó directamente de brazo á brazo, ó de la vaca al hombre, ó trasportando la linfa vacuna en cristales apropiados, ó con puntas de hueso empapados en ella, ó trasportando las costras.

Aunque ya he dicho cual de estos modos es preferible, voy á tratar muy someramente de cada uno de ellos, porque no siempre nos encontramos en actitud de elegir

lo mejor y en muchos casos nos veremos precisados á aceptar como excelente lo único que tengamos.

Vacunacion de brazo á brazo.—Nos valemos para hacerla ó de una lanceta de grano de cebada, ó de una lanceta á propósito, ó de un vacunador. Estos dos últimos instrumentos tienen una ranura que se extiende desde su misma punta, la cual sirve para que se detenga allí cierta cantidad de linfa que pueda derramarse fácilmente en la puntura.

Se elige un niño robusto, bien constituido y de buenos antecedentes de familia, y de pústulas con los caractéres que diré luégo de la vacuna verdadera y en el octavo ó noveno dia de su inoculacion. Con la punta de la lanceta y sin profundizar lo más mínimo, se rompen dos ó tres pústulas, se las deja un rato para que asome por las pequeñas incisiones alguna gota de un líquido perfectamente límpido y cristalino, en cuyo líquido se moja perfectamente la lanceta ó el vacunador. Entre tanto se han descubierto al niño que vá á inocularse los brazos, y en los hombros y sobre la piel que cubre el deltoides, se practican en cada lado de tres á cuatro punturas que interesen sólo el epidermis y muy superficialmente el dérmis, cuidando al hacer cada puntura de rotar entre los dedos el vacunador, á fin de que la linfa penetre en la heridita y mojar á cada puntura el instrumento en la linfa. Hechas ya las punturas se dejan uno ó dos minutos descubiertos los brazos del niño inoculado, hasta que se sequen las gotas de linfa ó alguna de sangre que pueda existir y se ha terminado la operacion.

Vacuna directamente de la vaca.—Puede emplearse exactamente el mismo proceder, pero algunos lo desechan y quieren que se hagan con un pequeño escarificador varias incisiones muy pequeñas cruzadas en todas direc-

ciones, secar la corta cantidad de sangre que sale con un lienzo y llevar sobre las incisiones cierta cantidad de linfa vacuna, dejándola secar. Estas escarificaciones se hacen en el centro mismo de cada hombro.

Vacunacion con cristales.—Estos cristales son de diversas formas; unos son dos trozos de cristal plano de igual tamaño que se empapan en la linfa por una sóla cara y los colocan por la misma uno encima de otro: en estos cristales la linfa se seca muy pronto y al servirnos de ella es preciso diluirla en pequeña cantidad de agua. Otros se valen de cristales á propósito que tienen una concavidad ligera en una de sus caras y se les adosa, mirándose sus concavidades despues de recoger la vacuna en ellos. Pero los mejores cristales son unos tubos muy delgados con una ampolla en su centro y terminando casi capilarmente en sus extremidades; para llenarlos se aplica una de estas extremidades á la linfa y cuando asciende en el tubo se cierra éste con lacre por ambos lados, bastando cuando hay que usarlo romper una pequeña porcion de cada uno de éstos é insuflar aire por cualquiera de ellos, saliendo entónces por el otro la vacuna, en la que se puede empapar la lanceta ó el vacunador ó dejarla caer sobre las escarificaciones (si se ha adoptado este proceder).

Vacunacion con puntas de hueso.—Es un proceder que falta la mayor parte de las veces y que molesta más á los niños. Se hacen con la lanceta ó el vacunador las punciones que se desee y en ellas se introducen y dejan breves instantes las puntas dichas.

Vacunacion con las costras.—Es preciso escoger las que se caen expontáneamente de granos no picados ó arrancarlas del 18° al 20° dia de la vacunacion. Se les quita la parte central porque, segun Husser, la vacuna

sólo reside en el circuito perlado que se desarrolla alrededor de la cicatriz de la picadura. Estas costras se guardan en cajitas herméticamente cerradas y cuando van á usarse se las reblandece con pequeñísima cantidad de agua y empapamos los instrumentos que vayamos á usar.

La erupcion que sobreviene á consecuencia de la linfa vacuna, se ha llamado tambien vacuna. Tiene un período de incubacion que dura generalmente tres ó cuatro dias, durante los cuales no hay el menor síntoma. Al final del tercer dia ó en el cuarto empiezan á elevarse las picaduras, constituyéndose en verdaderas pápulas; el quinto ya son una vesícula y empiezan á umbilicarse; el sexto tiene, ya todos sus caractéres, es decir, es un grano redondo, algo achatado en el centro, adonde hay una depresion muy manifiesta, tiene un color blanquecino ó ligeramente azulado y su contenido es un líquido completamente transparente. El dia sétimo ha crecido algun tanto y empieza á rodearlo una areola inflamatoria, cuya areola es más considerable el octavo dia, en que el grano está en el máximum de su desarrollo, pues en el noveno y en el décimo lo que aumenta es la areola y la linfa se enturbia y se convierte en verdadero pus que se espesa y concreta, formándose las costras al duodécimo dia, encontrándose bien desarrolladas al décimo cuarto y tardando en caerse hasta el vigésimo cuarto ó vigésimo sétimo dia de la inoculacion.

Durante ese tiempo ha habido un ligero movimiento febril los dias noveno y décimo, y segun Eichhorn hay otra ligera *fiebre de incubacion* que se presenta del tercero al cuarto dia y que dura sólo de seis á doce horas ó veinte y cuatro el máximum.

Cuando la vacuna no sigue esta marcha, sino que al dia siguiente ó los dos dias de la inoculacion se han des-

arrollado unas vesículas que pronto se desecan, entónces tenemos lo que se ha llamado falsa vacuna que no preserva de la viruela y es necesario por lo tanto repetir la vacunacion.

Tambien en la vacuna sobrevienen, aunque raras veces, accidentes de consideracion en los niños. Lo más ordinario es una inflamacion ligera del brazo que no suele tener importancia alguna; en otros casos se encuentra una adenitis axilar, pero se ha observado igualmente, con especialidad cuando reina una epidemia de fiebre puerperal, erisipelas flegmonosas de funesta terminacion. Yo he visto en dos niños, vacunados por otro profesor, una angioleucitis bastante intensa, aunque sin consecuencias desagradables, y Bourdon ha asistido á un niño de dos meses que sucumbió á consecuencia de reabsorcion purulenta determinada evidentemente por la vacuna.

Es sin embargo, de advertir, que la mayoría de casos en que han sobrevenido estos accidentes han podido atribuirse sin mucha violencia, á supresiones de traspiracion y errores en el régimen.

VARICELA.

Se cree hoy generalmente que la varicela es una afeccion completamente distinta de la viruela: primero, porque se la observa idéntica en los niños vacunados y en los que no lo están; segundo, porque se presenta en los que han padecido la viruela; tercero, porque su contagio nunca produce la viruela sino siempre la misma varicela.

Esta erupcion se observa esporádica y epidémicamente y en esta última forma no es incompatible con una epidemia de viruelas.

No puede hacerse una division exacta de períodos, pues el de incubacion no ha sido objeto de estudio, el prodrómico que consiste unas veces en malestar general, quebrantamiento de fuerzas, anorexia y ligera reaccion febril, falta muy á menudo, y el primero y áun el único síntoma que caracteriza la enfermedad, á veces, es la erupcion. Esta consiste en pequeñas vesículas llenas de un líquido claro que aparecen en mayor número en el dorso y pecho, que se distribuyen irregularmente respetando á veces la cara, cuyo desarrollo se completa en seis á doce horas, que al segundo dia de su aparicion se enturbia su contenido y que al cuarto se forman unas costras pequeñas y delgadas que tardan cuatro ó seis dias en desaparecer. Generalmente se observan en un mismo enfermo dos ó tres erupciones sucesivas.

El *diagnóstico* de esta enfermedad es muy fácil.

Su *pronóstico* benigno.

El tratamiento profiláctico no merece la pena de ser empleado y el curativo consiste en impedir al enfermo que salga á la calle y hacerle guardar los preceptos de la higiene.

Con frecuencia se ha confundido con la varicela otra erupcion completamente distinta que es la VARIOLOIDES. Esta última es realmente una verdadera viruela, aunque sumamente benigna, y lo digo así porque se produce á menudo por contagio de ésta en individuos recienvacunados ó en quienes áun dura la virtud preservativa de la vacuna, y á su vez la varioloides que tambien es contagiosa, puede desarrollar al trasmitirse una viruela maligna.

En la varioloides hay un período prodrómico de dos ó tres dias, en los cuales sólo existen algun movimiento febril y ligeros síntomas gástricos. Despues de este pe-

ríodo aparece la erupcion que consiste en poquísimas elevaciones, globulosas unas veces, cónicas otras y umbilicadas algunas que contienen un líquido trasparente. Esta erupcion adquiere el máximum de desarrollo del quinto al sétimo dia de enfermedad, empezando á desecarse el octavo y habiendo caido las costras por completo al dia vigésimo primero. En ella no hay período de supuracion ni por lo tanto fiebre secundaria.

El pronóstico de esta afeccion es benigno y su tratamiento es algo más severo que el de la varicela, pues es preciso adietar á los enfermos miéntras la fiebre del período prodrómico, y administrarle algun demulcente ó algun sub-ácido y áun en ciertos casos en que existe una complicacion gástrica precisará dar la hipecacuana á dósis eméticas.

ROSEOLA FEBRIL.

Con este nombre se ha descrito una afeccion cuya verdadera naturaleza se desconoce, ó mejor dicho, diferentes afecciones, pues se habla de una roseola escarlatinosa en la que los pródromos son de la escarlatina y la erupcion la del sarampion y otra roseola sarampionosa en que los pródromos son los del sarampion y la erupcion la de la escarlatina. Estas dos variedades de la roseola febril las he descrito al hablar del sarampion anómalo y de la escarlatina anómala, y por lo tanto paso á ocuparme de otras afecciones de más interés.

LECCION XXVII.

De las fiebres palúdicas.

Las fiebres palúdicas se consideran producidas por la absorcion de un principio llamado miasma palúdico que se produce en las lagunas y pantanos adonde hay sustancias vegetales en descomposicion. Parece que no es la putrefaccion misma la causa de la fiebre, sino que ella suministra los elementos necesarios para el desarrollo de otros vegetales de organizacion inferior, cuya introduccion en el organismo humano lo hace enfermar. Dichos vegetales no encuentran en este organismo circunstancias favorables para su multiplicacion, y este es el motivo porqué las enfermedades palúdicas siendo infectivas y siendo miasmáticas no son contagiosas.

Ese miasma palúdico obra con diversa intensidad en los individuos, y de esta intensidad y de las circunstancias especiales de éstos se sigue la mayor ó menor frecuencia en los accesos, la índole misma de ellos.

Etiología.—Bouchut, que en 1845 fué el primero que llamó la atencion sobre las fiebres intermitentes de los niños, dá mucha importancia á la herencia considerada como causa. Se citan casos en que los niños han padecido esa enfermedad en el claustro materno y otros á los pocos dias del nacimiento.

Uno y otro sexo y todas las edades, están igualmente predispuestos á las fiebres palúdicas.

En cuanto á la causa productora de la enfermedad, ya he hablado del miasma palúdico.

División.—Las fiebres de que trato sobrevienen por accesos, constando cada uno de tres períodos llamados estadios, que son: el de frío, el de calor y el de sudor. Cuando los accesos son diarios la fiebre es cuotidiana, si en dias alternos terciana, si tardan dos dias en aparecer cuartana, etc. Hay tambien los tipos cuotidiana doble (dos accesos diarios), terciana doble (un acceso diario, pero correspondiéndose alternativamente), cuartana doble, etc., etc.

La division, sin embargo, que más nos interesa es la de fiebre intermitente simple, anómala, larvada y perniciosa. La primera está caracterizada por los tres estadios mencionados en el órden dicho; la anómala es aquella en la que la sucesion de los estadios está trastornado ó falta alguno de ellos; en la larvada se presentan síntomas extraños simulando frecuentemente una neuralgia, cuyos síntomas sólo tienen de comun con las fiebres palúdicas el guardar una intermitencia marcada y reductible á cualquiera de los tipos conocidos y el curarse con la quinina; la fiebre intermitente perniciosa reviste una gravedad extraordinaria y quita generalmente la vida en el tercer acceso ó ántes.

Síntomas.—Fiebre intermitente simple.—Un escalofrío más ó ménos violento seguido de un frio general intenso, durante el cual hay castañeteo de dientes, movimientos convulsivos y gran concentracion en el pulso y que dura desde media á una hora y más, constituye el primer estadio. Otras veces este frío es poco considerable y áun reducido á ligeros escalofrios parciales y que el niño no sabe indicar ni el profesor puede apreciarlo á causa de su poca intensidad. Tras del escalofrío aparece un calor

más ó ménos considerable en toda la piel, que se pone roja, y sobrevienen cefalalgia, sed, inapetencia, á veces náuseas y vómitos, se acelera la respiracion, se encienden las orinas y el pulso se pone muy frecuente. La duracion de este estadio es de una á doce horas. Al cabo de este tiempo el calor de la piel deja de ser urente y ella se pone madorosa, estableciéndose una traspiracion abundante que alivia á los enfermos, produciéndoles cierto bienestar, les quita la cefalalgia y la sed, disminuye la calorificacion y torna el pulso en lento. Despues de este período que dura de dos á tres horas, el niño se pone contento, quiere jugar y ha terminado el acceso para volver al dia siguiente ó al otro, etc., segun cual sea su tipo. Es frecuente observar en cada acceso un síntoma predominante que aparece ó desaparece con él.

Fiebres intermitentes anómalas.—En ellas ó falta uno de los períodos (generalmente el de frio ó el de sudor) ó empieza el acceso por el calor, siguiéndole el frio y el sudor por último. A esta variedad debe referirse la fiebre, llamada por los autores remitente, en la que la anomalía consiste en que el sudor ó no existe ó es muy escaso y apénas terminado un acceso sobrevienen escalofríos no muy fuertes y pasajeros que inician otro nuevo.

Fiebre intermitente larvada.—Pueden diagnosticarse de tales todos aquellos accidentes, sea cual fuere su naturaleza, que aparecen en horas determinadas acusando una periodicidad marcada. Unas veces es un dolor vivo en este ó el otro sitio; otras vómitos rebeldes; en algunas accidentes convulsivos y hasta verdaderos accesos eclámpticos.

Por muy simple y benigna que sea la fiebre intermitente produce rápidamente en los niños una caquexia palúdica caracterizada por la palidez mate de su piel, la

falta de expresion en los ojos, su ineptitud para todo trabajo moral ó corporal y edema en las extremidades inferiores que se ponen infiltradas de serosidad.

Fiebres intermitentes perniciosas.—Las formas que se han observado en los niños, son: la comatosa ó apoplectiforme, la convulsiva, la diarréica y la álgida, en las cuales hay, como su nombre lo indica, los síntomas de un acceso apoplético, ó de otro de eclampsia, ó los que simulan una enteritis violenta, ó el frio marmóreo, la agitacion extraordinaria, la depresion del pulso y la disminucion de los latidos del corazon, que caracterizan á la fiebre perniciosa álgida.

De cualquier suerte las intermitentes perniciosas están caracterizadas por la aparicion repentina precedida ó no de escalofríos, de síntomas graves, referibles unas veces á determinadas entidades patológicas, indeterminables otras, que despues de llegar en poco tiempo al máximum de intensidad (y tanto que algunas veces este primer acceso causa la muerte), empiezan á decrecer y desaparecer, dejando al enfermo en un estado muy satisfactorio, para volver despues de trascurrir un tiempo más ó ménos largo.

Generalmente en estas fiebres hay una intermision muy marcada del primero al segundo acceso, pero el tercero suele ser subintrante.

El tipo que con más frecuencia adoptan es el terciario simple ó doble.

Hay que notar en los niños que áun la intermitente más simple en cuanto dura algun tiempo les determina como he dicho un estado caquéctico evidentísimo, en el que sobresalen el infarto del bazo y una anasarca más ó ménos pronunciada. Este estado caquéctico es todavía tanto más de lamentar, cuanto que suele sobrevenir en él la púrpura

hemorrágica, reveladora del estado de disolucion de la sangre y anunciadora en la mayoría de casos, de una funesta terminacion.

Pronóstico.—El pronóstico de las intermitentes simples, de las anómalas y de las larvadas es benigno, si se hace el diagnóstico y se tratan oportunamente. El de las perniciosas es gravísimo, pues es muy fácil que el primer acceso no se diagnostique y hay que tener presente que á menudo el tercero es subintrante y no da por lo tanto tregua para combatir la enfermedad, y además de esto y de que ese mismo primer acceso puede ser mortal, todavía hay que tener presente que ni es empresa leve administrar la quinina á los niños, ni ese medicamento es infalible ni mucho ménos.

Tratamiento.—No me detendré en formular los principios generales del tratamiento de las fiebres intermitentes. Sabido es que el tratamiento específico es la quinina, que la mayor parte de los profesores convienen hoy en administrarla inmediatamente despues de un acceso, y que parece comprobado que la administracion de una dósis fuerte produce mejores efectos que si la repartiéramos en otras dósis más cortas.

El sulfato de quinina á los niños debe dársele en disolucion, mezclándosela con jarabe de ácido tártrico ó con una infusion de café, y la vía de administracion preferible es la boca. Tambien se puede emplear la disolucion en enemas y respecto á las dósis debo decir que siendo la ordinaria en un adulto para curar una intermitente de un gramo (18 á 24 granos) al dia, continuando en el medicamento aunque decreciendo poco á poco desde que falten tres ó cuatro accesiones, con esta dósis como tipo y con la escala posológica de Gaubius y el dato de la edad del niño puede hacerse el cálculo de la cantidad que deba dársele.

Desconfio mucho de la administracion del sulfato de quinina en fricciones, y las inyecciones hipodérmicas rara vez deberán hacerse en niños muy pequeños.

Para sustituir á ese medicamento se ha administrado tambien la quinina en bruto á la dósis de 20 á 50 centígramos (4 á 10 granos). Algunas veces me he valido del medio de dejar caer una gota de pirotónido en la lengua del niño, cuya sustancia es sabido que paraliza momentáneamenle el sentido del gusto, y me he aprovechado de esa parálisis para hacer tragar el medicamento.

El ácido salícico tambien puede ser empleado.

Cuando se trate de una intermitente perniciosa, entónces y sin perjuicio de atender á los síntomas del acceso, es preciso de todo punto administrar doble ó triple dósis de la quinina que la correspondiente, aprovechar la boca, el intestino recto, la piel, y áun si el niño tiene más de un año, hacerle las inyecciones hipodérmicas, y por último, empezar la administracion del específico desde que se diagnostica el caso.

A la quinina habrá que agregar en las distintas variedades de fiebres intermitentes los ácidos minerales (con especialidad el sulfúrico en limonada), los tónicos reconstituyentes, con especialidad el hierro, que puede darse bajo la forma del jarabe de proto-ioduro de hierro, del de quina y hierro de Grimault, etc., etc.

Tambien precisará en algunos casos aconsejar el cambio de clima, trasladando al niño á lugares en que no se padezcan las intermitentes, ni endémica, ni epidémicamente.

LECCION XXVIII.

De la fiebre tifoidea.

Mucho se ha hablado sobre si existe ó no la fiebre tifoidea en los niños y la verdad es, que si bien en los niños de pecho no se la observa, su existencia es indudable despues del primer año, por más que hasta una edad mucho más avanzada no se la encuentra en la práctica con el estupor manifiesto y todos los síntomas que la caracterizan en el adulto.

La fiebre tifoidea es endémica en algunos países y se presenta epidémicamente muchas veces. Es contagiosa y la materia contagiante parece consistir en ciertos organismos inferiores, susceptibles de presentarse fuera del cuerpo humano, siendo entónces el aire el vehículo que los trasporta y capaces tambien de existir en el organismo, expelerse muchos de ellos con las deyecciones alvinas, siendo entónces estas evacuaciones el foco del contagio. Resulta, pues, de aquí que la afeccion de que me ocupo, además de contagiosa es miasmática, y por lo tanto el agente productor de ella se desarrolla dentro ó fuera del cuerpo. Dicho agente, á su vez, parece engendrado por la putrefaccion de las sustancias animales.

Los niños parecen más predispuestos á esta enfermedad

que las niñas; todos los temperamentos y constituciones suministran igual predisposicion, así como los diferentes climas.

Se la observa con mayor frecuencia en los individuos que están sometidos á malísimas condiciones higiénicas, y si éstas por sí sola no ocasionan en muchos casos la enfermedad, ello es que pueden suministrar todos los elementos indispensables, incluso el agente miasmático productor.

Anatomía patológica.—La lesion más constante y que más llama la atencion es la hipertrofia y raras veces la ulceracion de las glándulas de Brunner y de las placas de Peyero, aunque es de notar que á pesar de la constancia de esta lesion en muy pocos casos guarda relacion con la gravedad de la enfermedad supuesta por la muerte, pues en muchas ocasiones esa hipertrofia alcanza á escaso número de los órganos dichos. Los instestinos, tanto delgados como gruesos, presentan arborizaciones capilares más ó ménos extensas y se hallan tricocéfalos habitando el ciego y ascárides en los delgados. El hígado y el bazo se encuentran hiperemiados y la mucosa del estómago inyectada y reblandecida en algunos puntos, principalmente en las cercanias y en la misma tuberosidad menor. Los ganglios mesentéricos están generalmente tumefactos.

Todas estas lesiones abdominales suelen encontrarse tambien en las fiebres eruptivas.

En el aparato respiratorio se observa: inyeccion en la mucosa laringo-bronquial, congestion ó esplenizacion lobular en los pulmones y á veces hepatizacion roja, amarilla ó gris en uno de estos órganos ó en ambos. El corazon flácido, infiltrado el endocardio, disminucion en la fibrina y glóbulos rojos de la sangre, y segun Haller

existen en la sangre dos microscocus: el penicillium crustaceum y el rhizopus nigricans.

Las meningo-cerebrales, así como la sustancia cerebral, están tambien inyectadas y hay alguna cantidad de serosidad rojiza en los ventrículos laterales.

División.—Bouchut describe cuatro formas de la enfermedad, á saber: la *mucosa*, la *inflamatoria*, la *atáxica* y la *adinámica*, más frecuente la primera en los niños de 2 á 8 años y la segunda, tercera y cuarta en los mayores de esa última edad.

Síntomas.—Preséntase casi generalmente con pródromos que duran desde uno á seis dias y consisten en malestar, abatimiento, cansancio, cefalalgia, insomnio ó sueño agitado é interrumpido por pesadillas, inapetencia y sed.

Forma mucosa.—Al cabo de uno á seis dias en que dichos síntomas continúan agravándose, sobreviene un estado febril que áun cuando sea muy intenso jamás hace surgir el delirio. El niño continúa sin sueño, está triste y postrado, rehusa los alimentos, tiene náuseas y alguna vez vómitos, frecuentemente diarrea, en ciertas ocasiones extreñimiento, acusa sensibilidad en el vientre, especialmente hácia la region umbilical y ambas fosas ilíacas, pero rara vez hay meteorismo. Tiene tos frecuente con espectoracion mucosa, acusa dolores vagos en el pecho y suele oirse hasta á cierta distancia un estertor mucoso. El calor de la piel no es muy intenso, el pulso llega á 120 y áun á 140 pulsaciones por minuto y muy á menudo hay una remision muy marcada de todos los síntomas al medio dia, sobreviniendo el recargo por la tarde ó noche. Cuando hay dos remisiones no son tan marcadas ni evidentes, ni tienen lugar diariamente á las mismas horas.

En esta forma faltan el estupor, el fuligo en los dien-

tes, las manchas lenticulares y hasta el delirio, síntomas que se observan en los adultos y algunas veces se delinean en los niños.

Forma inflamatoria.—En ella se observa la coloracion encendida de la piel, la cefalalgia frontal intensa, agitacion considerable, delirio á veces, epistaxis, diarrea, sensibilidad en el vientre, calor considerable de la piel, fiebre bastante alta, llegando el pulso hasta á 160 en casos que sin embargo no terminan fatalmente.

Esta forma por el contrario de la anterior, es bastante rara en los niños pequeños.

Forma atáxica.—Desde los primeros dias y además de los síntomas gástricos y de la fiebre, hay una postracion grande, al mismo tiempo que accidentes nerviosos, como son una agitacion considerable, gritos semejantes á los del hidrocéfalo agudo, delirio, convulsiones, subsulto de tendones, carfologia, y por muy pequeños que sean los niños cuesta trabajo sugetarlos en la cama.

Esta es la forma más grave y que mayor número de casos desgraciados ofrece.

Forma adinámica.—La postracion es el síntoma más notable en esta forma, por presentarse hasta en el período prodrómico. En ella se notan el estupor y el fuligo en la boca y dientes que tan raros son en los niños. El decúbito que adoptan es el supino, existen constantemente diarrea y el meteorismo y los borborismos, así como la sensibilidad en la fosa ilíaca derecha se nota perfectamente. En los primeros dias de enfermedad una epistaxis, que luégo se repite á menudo, abre la marcha á una serie de hemorragias pasivas que se verifican por todas las superficies mucosas. Tambien á causa del estado de liquefaccion en que se encuentra la sangre no es infrecuente observar neumonías hipostáticas y toda clase de con-

gestiones de la misma índole, á los órganos internos.

A pesar de todo, la fiebre suele ser bastante alta y con las mismas remisiones que en las otras formas.

Curso, duracion y terminacion.—La fiebre tifoidea de los niños tiene una marcha contínua, aunque con las remisiones indicadas, y á no ser detenida en el principio, corre inevitablemente sus diversos períodos. Dura próximamente de un mes á seis semanas y sus terminaciones son ó por la muerte, ó por la vuelta á la salud, ó por otra enfermedad.

La muerte es debida ó á los progresos mismos del mal ó á una complicacion (neumonía, cistitis, peritonitis, abscesos flegmonosos y la puohemia consecutiva, etc.) ó á un suceso accidental aunque íntimamente ligado á la misma enfermedad (hemorragia imposible de contenerse, perforacion intestinal y la peritonitis por perforacion, etc.) La terminacion favorable es por lisis, es decir, disminuyendo gradualmente el calor de la piel hasta el tipo fisiológico, la frecuencia del pulso y todos los demás síntomas. Otras veces la terminacion es por crísis, esto es, repentina y sin causa aparente, si bien entónces sobrevienen con frecuencia ó sudores muy copiosos ó diarrea ó un verdadero flujo de orina, etc., etc.

De las enfermedades que subsiguen á la tifoidea la más terrible es la tísis pulmonal que no tarda en seguir su marcha funesta.

Complican á la fiebre de que trato diferentes afecciones, de las que las más frecuentes son la bronquitis aguda, la neumonia lobular, el muguet, la enteritis y la entero-mesenteritis, la melena, la otitis, las parótidas, las inflamaciones del oido externo y del medio. Algunas de estas enfermedades siguen su marcha áun despues de curada la principal.

Diagnóstico.—El siguiente cuadro reasume lo que más interesa respecto á él:

FIEBRE TIFOIDEA.	FIEBRE GÁSTRICA.	MENINGITIS.
Tiene pródromos.	No los tiene.	Tiene pródromos cuando no es traumática.
Cefalalgia intensa.	Cefalalgia poco intensa y de sien á sien.	Cefalalgia frontal intensísima.
Existencia de síntomas catarrales torácicos.	Faltan.	Faltan.
Algunas veces estupor.	Falta.	Falta.
Náuseas y vómitos poco frecuentes.	Faltan á menudo.	Vómitos frecuentes desde el principio de la enfermedad.
A menudo diarrea.	Vientre natural.	Extreñimiento.
Meteorismo y borborismo, sensibilidad en las fosas ilíacas	Sensibilidad en el epigástrio y no hay meteorismo.	No hay dolor ventral y la pared de éste está deprimida.
Frecuentemente la erupcion tifoidea.	Falta.	Mancha cerebral.
Ausencia de gritos.	Ausencia.	Grito hidro-encefálico.
La inteligencia se conserva hasta un período avanzado.	Se conserva siempre.	Se perturba desde el primer momento.
Duracion de un mes á seis semanas.	Duracion de un setenario.	Duracion de uno á tres setenarios.

Pronóstico.—La gravedad de la fiebre tifoidea suele ser menor en los niños que en los jóvenes de 15 á 30 años. Sin embargo, en ciertos años y durante determinadas epidemias adquiere más gravedad que en otros.

La forma tambien influye mucho en el pronóstico, así es que la mucosa y la inflamatoria son las más benignas, sigue la adinámica, y la atáxica es la que con más frecuencia y más prontamente es mortal.

Las complicaciones tambien ejercen grande influencia,

con especialidad la neumonia y la entero-mesenteritis. En caso de existir éstas, aunque la fiebre tifoidea desaparezca (que no es muy frecuente) pueden continuar su evolucion las otras enfermedades y terminar de una manera funesta.

Respecto á determinados síntomas se ha visto que cuando la temperatura del cuerpo ha llegado á 42° y el pulso á más de 160 no se ha salvado ningun enfermo.

Tratamiento.—Segun Bouchut, tres son las indicaciones principales que se presentan, á saber:

Hacer desaparecer la saburra gástrica ó la gastro-intestinal y sostener y reanimar las fuerzas.

Con este objeto administra en el primer dia un emético ó un emeto catártico, alimenta desde el tercer dia á los enfermos y les dá si es preciso algun agua alcoholizada para reanimar un tanto sus fuerzas.

Por mi parte he aquí en extracto el tratamiento que sigo.

Si soy llamado muy al principio de la enfermedad, administro el tártaro emético segun el consejo de Bouchut ó la hipecacuana, hago guardar cama al enfermo y le prescribo una limonada cítrica ú otro sub-ácido, permitiéndole algunos caldos. Si no ha habido numerosas ó abundantes evacuaciones, doy el dia siguiente ó los dos sucesivos un purgante de calomelano y escamonea y en el interin observo si hay remision evidente en los síntomas ó intermision. En caso afirmativo empiezo á usar el sulfato de quinina de modo que ántes del recargo haya tomado el enfermo la cantidad suficiente (segun la edad) para evitarlo y consígalo ó no, insisto en el sulfato de quinina miéntras no se hayan disminuido el calor de la piel, y la frecuencia de las pulsaciones. Si la remision ó intermision no existen ó no son evidentes, doy tambien el referido medica-

mento pero con continuacion. Es frecuente que los niños no puedan tomar el sulfato de quinina en píldoras y no lo quieran en disolucion aunque se mezcle ésta con café ó con jarabe tártrico; entónces ántes de darle la disolucion (que es la que elijo) le instilo sobre la lengua una gota de pirotonide que como es sabido paraliza pasajeramente el sentido del gusto, con lo que se consigue hacer tomar la repetida sal. Si á pesar de esto no se la logra dar, la prescribo en enemas, y si arroja éstas enseguida de ponerlas, les receto la quinina bruta que como es sabido no tiene sabor. El Sr. Calatrigo, farmacéutico de ésta, ha preparado unas pastillas de chocolate muy semejantes á las de la fábrica de D. Matías Lopez hasta en su aspecto exterior, en cuyas pastillas, además de otras sustancias febrífugas, entra el citado medicamento, y bajo esta forma suelen tomarlo con gusto los enfermos. Rarísima vez prescribo el sulfato de quinina en fricciones á la piel porque desconfío mucho de su absorcion y no puedo apreciar, si ésta existe, en qué cantidad se verifica. Si la frecuencia del pulso y el calor de la piel son muy considerables, aconsejo los baños generales casi frios y si la familia lo resiste, pasear tres ó cuatro veces al dia á todo lo largo del ráquis una esponja empapada en agua fria ó en agua y vinagre. Si el enfermo está muy postrado ó se trata de la forma adinámica, uso el alcohol á dósis escitante, la quina en polvo unida á la serpentaria en un electuario, la opiata de Masdewall, el ácido fénico y además los astringentes minerales, como los ácidos sulfúrico, nítrico ó clorídrico en limonada, y áun el percloruro de hierro.

En la forma atáxica los baños templados ejercen buena influencia, y habrá tambien que administrar la tintura de almizcle, el alcanfor, la asa-fétida, la valeriana etcétera, además del sulfato de quinina.

Respecto á los vejigatorios que tanto se han usado en estos casos, creo muy problemática su accion y temo á la excitacion nerviosa que producen frecuentemente en los niños, y si se trata de la forma adinámica hay que tener en cuenta la facilidad con que se gangrenan.

LECCION XXIX.

Apéndice á las enfermedades infectivas.—Difteria.

Hasta el instante de dar á la prensa este pliego, he estado indeciso sobre el lugar que debia darle á la difteria. Colocada por unos autores entre los processus locales, ya de índole exclusivamente inflamatoria, ya de naturaleza específica; considerada por otros como una enfermedad parasitaria análoga al muguet; asimilada por algunos á las afecciones miasmáticas; incluida tambien entre las infectivas, lo que de todo esto se deduce es que aún reina bastante oscuridad en este asunto.

Para mí, sin embargo, contribuye mucho á esta oscuridad una cuestion de palabras. Hasta ahora no se ha determinado clara y distintamente por todos qué es la difteria y cuales son las afecciones que produce, y la division que los alemanes hacen de las inflamaciones en crupales y diftéricas ha aumentado esta confusion, porque algunos prácticos no han reflexionado en que esa division corresponde á aquella otra antiquísima de inflamaciones exquisitas é inflamaciones específicas, y que esas inflamaciones crupales jamás han tenido la más leve relacion con el croup, es decir, con la laringitis ó laringo-traquei-

tis ó faringo-laringo-traqueo-bronquitis pseudo membranosa, que es verdaderamente el tipo de la genuina difteria.

A pesar de todo, y á pesar de mis ideas sobre la difteria, que expondré á continuacion, yo no me atrevo á incluirla entre las afecciones locales, porque yo no puedo creer local, meramente local, lo que es capaz de producir una faringitis como una conjuntivitis, como una enteritis, con lesiones idénticas y susceptibles de existir sucesivamente en el mismo individuo ó en individuos diferentes; tampoco creo exquisita una inflamacion (que el processus inflamatorio es el que aparenta la difteria en todas sus manifestaciones), que en nada se parece á las otras inflamaciones y que tiene un producto especial capaz de trasmitirse por contagio directo y áun indirecto; yo no veo, tampoco estudiando hasta las epidemias de difteria que se han sucedido, la naturaleza *miasmática* de la enfermedad de que trato; dudo mucho que á pesar de existir parásitos en las placas diftéricas, ese parásito sea la causa y no un efecto de la difteria; los caractéres de ésta en muy poco convienen con los que he asignado á las enfermedades infectivas, y en vista de todo esto, y sin saber en qué lugar describirla, y para no prejuzgar cosa alguna sobre ella, he determinado colocarla fuera de las afecciones locales, porque no es local; léjos de las parasitarias, porque no es un parásito su causa; á distancia de las inflamaciones, porque no tiene los caractéres todos de una inflamacion; y como apéndice á las infectivas, porque en rigor tambien se diferencia de las que se acaban de describir como tales.

¿Pero qué es la difteria?

A esta pregunta yo no puedo contestar categóricamente, porque no sé definirla lógicamente, y por lo tanto

me limitaré á describirla, es decir, á dar sus señas, para que la conozca quien jamás la haya visto, para que indique su nombre quien la conozca á fondo.

La difteria es una afeccion general cuyas manifestaciones son en la piel y en las mucosas, á donde simulan un processus inflamatorio, pero tiene un producto especial; es susceptible de trasmitirse, ya por el contacto con ese producto especial, ya por las emanaciones que se desprenden de los individuos afectos, y cuyo efecto más inmediato es determinar un trastorno considerable é incompatible muchas veces con la vida, del órgano en que se presenta, y como efecto mediato producir un envenenamiento del enfermo que concluye con sus dias.

Permítanseme algunos aunque muy breves comentarios.

He dicho que la difteria es una enfermedad general. En efecto; yo he visto conjuntivitis diftéricas en niños que curados de ella han fallecido luégo del croup; yo he visto individuos afectados de esta última enfermedad en quienes un vejigatorio puesto en la piel se ha cubierto de placas diftéricas; yo he visto enfermos de faringitis diftéricas curarse completamente de ellas y padecer luégo la afeccion ocular que ántes nombré; todos los autores han visto, sin duda alguna, casos idénticos á estos, y yo no puedo explicarme ninguno de ellos, si considero á la difteria como una enfermedad que puede venir de fuera y cuya evolucion principia y se termina sin que el resto del organismo tenga la más leve parte en ello.

Las manifestaciones de la difteria son en la piel y en las mucosas. El producto pseudo-membranoso es un efecto de la difteria, es decir, la manifestacion de la misma, y á su vez es su causa, pues la trasmite por su contacto y áun por las emanaciones que de ella se desprenden. Los auto-

res han considerado dos especies de difteria: una dura maligna, otra blanda benigna; pero semejante distincion es errónea. La difteria blanda benigna no es tal difteria, es el exudado que se observa en todas las inflamaciones, especialmente en las de las mucosas, y ni este exudado tiene la estructura de las placas pseudo-membranosas de la verdadera difteria, ni es contagiante, ni produce infeccion; son, pues, dos productos muy diferentes y sólo me ocuparé del primero, es decir, de la difteria verdadera, dura, infectante, maligna.

Las placas diftéricas ofrecen al exámen microscópico una materia amorfa, especie de ganga ó trama que contiene multitud de granulaciones finas; fibrina que se presenta bajo la forma de fibrillas muy delgadas entrecruzadas unas con otras, y entre esta fibrina y la materia amorfa tienen aprisionado leucocitos con núcleos ó sin él, ó sean glóbulos purulentos y además corpúsculos granulosos. Obsérvanse tambien glóbulos de materia grasa, células epiteliales en diverso grado de desarrollo, vegetales bajo la forma de *sporos* y de *mycelium* y vibriones de los géneros *bacterium* y *vibrio*, y en algunos casos y segun el órgano afecto, glóbulos rojos, restos de epitelium, etc.

El contagio de la difteria es evidente. Además de los muchos ejemplares que se conocen en los niños, los hay de trasmision de éstos á los profesores encargados de su asistencia y varios de éstos han pagado con la vida el esmero puesto en la asistencia de aquellos.

De lo expuesto se deduce la razon que me asiste para ocuparme con alguna extension de la difteria.

Las afecciones diftéricas no se caracterizan sólo por las falsas membranas, sino que hay en ellas tambien la ulceracion y la gangrena que tiene mucha importancia y tanta que algunos profesores admiten una difteria sin

falsas membranas, es decir, una difteria sin difteria.

Etiología.—La enfermedad de que trato es endémica en algunos puntos, esporádica muchas veces, epidémica algunas y en este último caso invade indistintamente á los individuos de todas las edades, siendo así que en los otros tiene una triste predileccion por los niños.

Es más que probable que existan ciertas circunstancias individuales que favorezcan el desarrollo de la difteria, pues hay muchas familias que parecen tener este triste patrimonio. Los hijos de un apreciable comprofesor de Cádiz (de los que han fallecido tres del croup), los mios propios (de los que tres de cinco lo han padecido), son entre muchos una prueba de esta verdad.

Las privaciones y la miseria tienen muy poca influencia en su produccion y tanto que existe en el vulgo la idea, y la práctica la confirma á veces, de que miéntras más robusto está un niño se halla más predispuesto á ella.

La predisposicion parece como que se agota con la edad.

No hay hechos suficientes estudios sobre las causas ocasionales. Se cree que una denticion laboriosa, una supresion de traspiracion hacen estallar la difteria. Obsérvasela tambien en pos del sarampion y sobre todo de la escarlatina.

Las manifestaciones principales de la difteria son: la conjuntivitis, la estomatitis y la angina diftéricas, el croup, la neumonia fibrinosa, la enteritis y la vulvitis pseudo-membranosas, ciertas erosiones de la piel y una especie particular de parálisis.

Trataré sucesivamente de cada una de ellas, aunque sintiendo no hacerlo con la extension que desearia.

LECCION XXX.

Continúa el asunto anterior.—Conjuntivitis diftérica.

Esta enfermedad ha sido desconocida hasta que M. Bouisson (de Montpellier) la describió en 1846, siendo luégo estudiada por Chassaignac, Testelin, Wecker, y sobre todo por De Graefe.

Es bastante rara y el primer caso que yo observé fué en 1871, habiendo visto desde entónces hasta nueve.

La naturaleza de esta conjuntivitis es evidente. En cuarenta casos de Graefe tres sucumbieron de una angina coenosa; en cinco de Gibert cuatro murieron; de mis nueve enfermos cuatro fallecieron del croup y otro de una enteritis diftérica.

Etiología.—La edad de dos á ocho años es la en que más frecuentemente se observa y se ha dado cierta influencia para su produccion á la sífilis congénita, influencia que jamás la he visto suficientemente comprobada. Suele ser bi-ocular.

Síntomas.—Los autores le han considerado tres diferentes períodos en su evolucion; el primero ó de *infiltracion fibrinosa* está caracterizado por una tumefaccion edematosa y muy considerable de los párpados, los que son casi imposibles de separar sin el auxilio de los elevadores; al mismo tiempo están duros, dolorosos al tacto, y no se dejan ranversar: la conjuntiva toma un color amarillento, se engruesa y presenta algunos vasos que despues de un corto trayecto se pierden en su espesor, observán-

dose tambien algunos pequeños equimosis y una red vascular de mallas poco apretadas y distendidas con frecuencia. Esta inyeccion vá desapareciendo á medida que la enfermedad avanza: el quemosis es muy poco pronunciado y un exámen hecho por un individuo poco experimentado en esta clase de enfermedades podria apénas infundirle recelo alguno, vista esta aparente benignidad. Si se incinde la mucosa palpebral no sale líquido alguno, pues la infiltracion de *fibrina coagulada en el estado gelatinoso* se extiende al tejido celular subyacente: otras veces la exudacion fibrinosa se hace tambien en la superficie de la conjuntiva, destruyéndose la capa epitelial y distinguiéndose estas exudaciones de las falsas membranas que suelen encontrarse en el cuarto período de la conjuntivitis idiopática, en que no se presentan á colgajos como en esta, y en que no es fácil separarlas ni restregando los párpados, ni áun con la ayuda de las pinzas, verificándolo en este caso á colgajos y representando á menudo el molde del fondo de saco conjuntival.

Desde el principio de esta forma de la conjuntivitis, los enfermos acusan un dolor intenso y un calor insoportable en los párpados: hay lagrimeo y las lágrimas tienen un color grisiento y suelen arrastrar algunos flocones albuminosos.

En el segundo período ó de *secrecion purulenta*, la dureza de los párpados desaparece, el color amarillento de la conjuntiva y la ausencia ó escasez suma de vasos ceden su lugar á una rubicundez y una vascularizacion muy pronunciadas; desaparece el epitelium de la mucosa y la infiltracion fibrinosa se va reabsorviendo paulatinamente ó se elimina á colgajos ó de un modo casi insensible: la falta del epitelium deja á los ramillos vasculares al descubierto, de lo que se originan hemorragias expon-

táneas, abundantes á veces: al mismo tiempo se observan pequeñas nodosidades constituidas por ligeras elevaciones que tienen un fondo comun y están formadas por un tejido resistente y cubiertas por papilas vasculares muy pronunciadas. Estas nodosidades existen en todos aquellos sitios en que no ha tenido lugar la eliminacion de la infiltracion fibrinosa y dan á la conjuntiva un aspecto muy irregular. El producto segregado va tambien haciéndose más ó ménos purulento, y el ojo presenta un aspecto muy parecido al del cuarto período de la conjuntivitis idiopática.

El tercer período se ha llamado de *cicatrizacion y acortamiento de la conjuntiva*, y durante él y despues de haberse completado la eliminacion de la fibrina infiltrada, se van cicatrizando las pérdidas de sustancia que aquella eliminacion dejara y se forma un tejido cicatricial fuerte y resistente, que á causa de la retraccion que produce dá lugar á corvaduras de los párpados mucho más considerables que despues del trachoma.

La duracion de estos períodos es variable: la del primero es de tres á seis dias en los casos leves y hasta diez en los más graves; la del segundo guarda relacion con el anterior, y el tercero se completa en seis ú ocho dias. En ocasiones bastan veinte y cuatro horas para dar lugar á la pérdida total del ojo.

Los peligros de esta enfermedad dependen: 1.° de la gravedad del estado general, bajo cuya dependencia se halla, y del que sólo es una manifestacion, y 2.° de los desórdenes que se producen en el globo del ojo. Aparte del simblefaron y del entropion que con inusitada frecuencia se producen, la cornea no tarda en mortificarse á causa de la compresion que la infiltracion fibrinosa hace en los vasos que la nutren, y su necrosis va seguida bien pronto de su rotura y eliminacion. Otras veces esta com-

presion no es muy exagerada y la cornea pierde su brillo y se hace asiento de una infiltracion, se ulcera, esta ulceracion va ganando en diámetro y en profundidad y no tarda en verificarse una perforacion más ó ménos extensa, produciéndose la hernia del íris que se cubre á su vez de una exudacion fibrinosa, teniendo lugar á la larga la lísis ocular.

Diagnóstico.—Respecto al diagnóstico vamos á copiar el cuadro sinóptico que ponen Ms. Warlomont y Testelin en su traduccion de la obra de Mackenzie :

CONJUNTIVITIS DIFTÉRICA.	CONJUNTIVITIS IDIOPÁTICA EN SU CUARTO PERÍODO.
Presencia de una falsa membrana gruesa, con gran tendencia á arrollarse y tan unida á la conjuntiva que es difícil separarla.	Algunas veces hay pseudomembranas que parecen debidas al mucus coagulado, pero no son elásticas ni friables, dan á la conjuntiva, á la que se adhieren débilmente un aspecto liso y se desprenden con facilidad restregando los ojos ó con una pequeña pinza.
Se la observa al microscopio como una masa amorfa más ó ménos granulosa y que presenta aquí y allá estrias irregulares y en su superficie y en los bordes una gran cantidad de células.	Membranas fibrosas y mucopus bajo todas sus formas.
El tejido de la mucosa está duro, resistente y penetrado por una exudacion sólida.	Mucosa blanda, vascular é infiltrada de una exudacion líquida.
Los párpados tensos y sin poderse mover: dolor excesivo del enfermo cuando se los pretende evertir.	Párpados tumefactos pero blandos y pudiendo ser evertidos con facilidad.
La superficie de la mucosa presenta el aspecto de una membrana *única* en la que la circulacion está interrumpida.	Red vascular superficial muy desarrollada, hasta el punto de dar lugar á multitud de pequeñas elevaciones rojas, ó escrecencias de forma variable prominentes ó papilares que dan á la mucosa un aspecto como granuloso.

Al principio de la afeccion hay algunos vasos dilatados y á su rededor pequeños equimosis en número considerable: éstos nunca se extienden mucho ni se reunen como sucede en los equimosis de la conjuntiva y dan á la mucosa un aspecto marmóreo.	Vasos dilatados, prolongados y que fácilmente dan salida á un flujo sanguíneo algo abundante seguido del adelgazamiento de la mucosa, á la menor erosion.
Mucosa poco vascularizada y conteniendo poca sangre que pueda servir para la fácil circulacion.	Mucosa muy vascularizada y circulacion libre de la sangre.
El producto de secrecion consiste en un líquido ténue de un color gris sucio, semitrasparente y en el que nadan algunos flocones amarillentos. Putrefaccion muy rápida.	Pus bastante homogéneo de color amarillo puro y no putrefaciéndose con tanta rapidez.
Grande aumento de calor.	Este síntoma está muy poco pronunciado.
Dolor muy vivo; mucosa muy sensible á el menor contacto.	Dolor muy soportable ó nulo y que en los casos en que existe desaparece desde que la supuracion ha hecho progresos.
Considerable tumefaccion del tejido conjuntival, fácil de demostrar por una incision hecha en este tejido.	No hay tumefaccion del tejido de la conjuntiva, la que no está más que levantada por una exudacion líquida colocada bajo el epitelium.
Tumefaccion dura y rápida del párpado superior que se desarrolla rápidamente y se anuncia por la desaparicion de sus arrugas. Tinte ligeramente rojizo de la piel, que tiene su punto de partida en el borde palpebral.	Tumefaccion ménos dura y ménos rígida aunque alguna vez sea muy considerable.

Pronóstico.—El pronóstico de la conjuntivitis diftérica es sumamente grave, pues la pérdida del ojo afectado es la mayor parte de las veces su consecuencia, y áun la misma vida corre alguna vez un riesgo inminente, si se tiene en cuenta que siendo una manifestacion de un estado diatésico, éste, es decir, la difteria, puede presentarse en otros puntos como la boca posterior, la laringe, etc., en que sus consecuencias sean muy serias, y testigos de ello son

los casos que hemos citado con referencia á De Graefe, Gibert, Wecker y los mios. Esta gravedad aumenta si el atacado de esta afeccion es un adulto, y se ha visto que en el principio de una epidemia los primeros invadidos han llevado siempre la peor parte. Wecker deduce el pronóstico respecto al estado local, de las consideraciones siguientes:

1.ª De la energía de la exudacion fibrinosa en el tejido de la conjuntiva y del aumento de expesor que resulta para esta membrana.

2.ª De la manera más ó ménos rápida con que tiene lugar la vascularizacion.

3.ª De la aparicion más ó ménos anticipada de las complicaciones por parte de la cornea.

Si la exudacion es abundante, la vascularizacion tarda en aparecer y se hace con dificultad y la cornea se afecta en seguida, debiendo ser tambien mayor la pérdida de sustancia de la conjuntiva en el período de eliminacion de esas exudaciones. La tardanza en aparecer el período purulento ó de vascularizacion es una constante amenaza para la cornea, y cuando las complicaciones por parte de ésta sobrevienen ántes del citado período purulento, la pérdida del ojo es inevitable. Es preciso tener además muy presente que áun llegada la enfermedad al período de cicatrizacion puede haber una recidiva de fatales consecuencias. Sin embargo, si la exudacion fibrinosa no es muy abundante, si la vascularizacion aparece pronto y no se descuida el tratamiento, la conjuntivitis diftérica puede terminar por la curacion sin dejar lesion alguna, ó éstas ser muy insignificantes, y consistir ora en un pequeño nefelium escéntrico, ora en un symblefaron muy limitado, etc.

Tratamiento.—Este varía segun el período de la enfermedad. En el primero debemos proponernos apresurar

cuanto ántes la aparicion del segundo, y para ello proscribiremos absolutamente las cauterizaciones, que no harian otra cosa que aumentar la congestion y el éxtasis de la sangre en los vasos de la conjuntiva, y haremos aplicaciones muy frecuentes sobre los párpados, de compresas empapadas en agua á 40 ó 43° centígrados, medio preconizado por Wecker como de excelentes resultados; ó usaremos del mismo modo el agua helada con la que los enfermos experimentan un alivio muy notable, se limpia bien el ojo y es un medio que se opone poderosamente al éxtasis de la sangre en los vasos capilares. Tambien se aconseja la aplicacion de sanguijuelas al ángulo interno del ojo, sobre la raiz de la nariz ó á la sien, pero puestas una á una con el objeto de sostener una salida constante de sangre; mas este medio no es aplicable á los niños, en que sabemos que tantos inconvenientes tiene, y en los que siempre la conjuntivitis diftérica se halla combinada con un estado anémico. Tampoco tardaremos en administrar el calomelano por el método de Law, pues se ha observado con frecuencia seguir muy de cerca la vascularizacion de la conjuntiva á la aparicion de la estomatitis mercurial.

Cuando la cornea se halla afectada y la vascularizacion comienza á presentarse, cree Wecker que se podrian intentar algunas cauterizaciones con el nitrato de plata en los puntos en que aquella exista, y áun hacer escarificaciones poco profundas.

Si aparece el segundo período y el pus no es muy abundante, podremos permanecer en una semi espectacion que consista en recomendar un aseo prolijo, en ocluir el otro ojo, si no ha sido afectado (lo que es raro), con un vendaje compresivo, y en hacer instilaciones seis á ocho veces al dia con un colirio astringente. Pero si la secrecion

purulenta es excesiva ó existen las complicaciones tantas veces mencionadas, nos apresuraremos á poner en práctica las cauterizaciones que deberán hacerse con soluciones muy concentradas de nitrato argéntico ó el mismo nitrato en barra, pero mitigado con el de potasa, bastando generalmente una cauterizacion cada veinticuatro horas.

En el período de cicatrizacion deberemos velar porque no se verifiquen adherencias viciosas, y si la exudacion ha sido considerable y por consiguiente aquella es profunda, aconsejaremos el uso de un líquido emoliente como la leche templada (que ocupa el primer lugar) para humedecer el ojo á menudo y suplir así la sequedad que se experimenta, la cual es hija de la falta del líquido que segregaba la conjuntiva en su estado normal y que modificada notablemente en su estructura deja de producirlo. Esta sequedad de la conjuntiva ó xerophtalmia, es otro de los graves accidentes que trae en pos de sí la conjuntivitis diftérica.

La mayor parte de esta descripcion de la conjuntivitis diftérica está tomada de mi obra sobre *Enfermedades de los ojos y sus accesorios*, cuya publicacion terminé en 1870, aunque añadiéndole los datos que mi experiencia personal me ha dado desde aquella fecha en que todavía no habia visto un solo caso de esta enfermedad, hasta hoy en que segun ya he dicho he observado nueve.

En la nueva edicion de dicho Tratado, que está en prensa, me ocupo con más extension de este asunto.

LECCION XXXI.

Continúa el asunto anterior. — Estomatitis diftérica.— Angina diftérica.

ESTOMATITIS DIFTÉRICA.—ANGINA DIFTÉRICA.

Voy á describir juntas ambas afecciones porque á menudo la primera es el principio de la segunda, así como ambas del croup y además porque casi siempre se encuentran reunidas en el mismo individuo.

Respecto á las causas ya he hablado, aunque de un modo general en la leccion veintinueve.

Síntomas.—Unas veces empieza la enfermedad por un ligero movimiento febril que pasa desapercibido porque el niño continúa jugando y distrayéndose y entónces al cabo de un par de dias es cuando la resistencia que opone á alimentarse y la dificultad en la deglucion que notan los padres, así como la tumefaccion de los ganglios sub-maxilares llaman la atencion y obligan á recurrir á los auxilios médicos. En otros casos ese movimiento febril es bastante intenso, el escalofrío que lo precede es violento, hay náuseas y vómitos y áun agitacion y delirio.

De cualquier manera que sea, si se reconoce la boca del niño se nota desde luégo un olor fétido del aliento, quizás más desagradable que el de la misma gangrena; se observan los labios agrietados y que al niño se le cae de la boca una mezcla de saliva, pus y sangre, con el olor indicado. Abriéndole la boca se encuentran multitud

de placas irregularmente redondeadas, de color blanco ceniciento, separadas unas de otras por la mucosa enrojecida y sangrando con facilidad. Bretonneau dice que suelen empezar á presentarse por el borde sinuoso de las encias, extendiéndose paulatinamente á la cara interna de los labios, á la bóveda palatina, velo del paladar, fosas nasales, amigdalas (sitio muy predilecto), faringe y laringe.

Cuando comienza la produccion por estos últimos puntos suele tardar muchos dias en continuarse hácia las encías y labios.

Al mismo tiempo hay una tumefaccion considerable en los ganglios sub-maxilares y en los demás del cuello y el niño se pone muy postrado y abatido, la fiebre se hace remitente, aparecen accidentes convulsivos y no es raro que áun ántes que la intoxicacion que sufre el enfermo concluya sus dias, éstos se terminen repentinamente en medio de un colapsus súbito ó que sobrevenga una apoplegía serosa con el mismo fin. Lo más frecuente, sin embargo, es ó que la afeccion continúe su marcha invasora y sobrevenga pronto el croup, ó que aparezca la parálisis diftérica, ó el envenenamiento miasmático. Pero no siempre termina así la difteria bucal, sino que bajo la influencia de un tratamiento oportuno ó simplemente siguiendo los preceptos higiénicos (en los casos muy ligeros y en epidemias muy benignas en su faz declinatoria), las placas pseudo-membranosas desaparecen, dejando una ulceracion de fondo grisiento que luégo se pone rojo, llegando á cicatrizar por completo, pero en estos casos, felices relativamente, tambien sobreviene la parálisis diftérica que, como veremos muy pronto, puede terminar de un modo desastroso.

Diagnóstico.—En la estomatitis y en la faringitis af-

tosas, no hay movimiento febril ó es muy escaso, existe frecuentemente una saburra-gástrica ó gastro-intestinal; la afeccion local invade con frecuencia los bordes y punta de la lengua y la interna de los labios y jamás hay ni placas pseudo-membranosas ni considerable tumefaccion en los ganglios sub-maxilares como se observa en la estomatitis y angina diftéricas.

En el muguet hay ausencia absoluta de movimiento febril que le sea atribuible, aunque comunmente se observa en los niños que lo padecen, ó una constitucion muy deteriodada ó afecciones crónicas graves; en vez de las placas pseudo-membranosas, hay puntos blancos agrupados en mayor ó menor extension, constituidas por granulaciones albumino-fibrinosas llenas del *óidium albicans*.

En la gangrena de la boca hay las escaras negruzcas manando una sanies fetidísima que la caracterizan.

Pronóstico.—Hay que hacerlo con mucha reserva durante los tres ó cuatro primeros dias, pues es muy fácil que unas veces por no usar un tratamiento oportuno, otras por empezarlo demasiado tarde, la enfermedad siga su marcha progresiva y se trasmita á la laringe, constituyéndose el croup que tan gravísimo es. Pero á los tres ó cuatro dias de buen tratamiento, suelen limitarse las pseudo-membranas, hacerse más delgadas y áun como mucosas y entónces lo más natural es la feliz terminacion. Se tendrá, sin embargo, mucho cuidado con el estado general del niño, pues si es malo hay muchas probabilidades de un mal éxito.

Tratamiento.—Apénas distingo una falsa membrana en la boca ó en la faringe de un niño, acostumbro cauterizarle algo profundamente con la barra de nitrato argéntico, sin que sea un argumento contra este modo de proceder, la naturaleza diatésica que he asignado á la difteria,

pues mi idea al hacer dicha cauterizacion es hacer abortar la manifestacion de la diátesis, pues la manifestacion es la que mata y la diátesis no, al modo como se hace abortar una pústula variolosa cauterizándola tambien. Si la falsa membrana es muy gruesa, apelo al ácido clorhídrico empapando en él una barrilla de vidrio ó de amianto, repitiendo la cauterizacion á las veinticuatro horas ó ántes si se ha desprendido ya la escara. Se ha recomendado tambien para este objeto el alumbre y Trousseau usaba mucho las insuflaciones con calomelano.

La solucion de Pravaz de percloruro de hierro ha sido tambien reconocida como eficaz y los toques frecuentes con el ácido láctico. Bouchut alaba la escision de las amigdalas para impedir la trasmision á la laringe, pero yo considero á este medio completamente irracional y totalmente ineficaz á pesar de los resultados que se asegura han sido obtenidos por dicho autor, por Domere, Symian, etcétera, etcétera.

Al interior se dá el sulfuro de potasa (desde 25 centígramos ó sean 5 granos, hasta 1 gramo ó 18 granos), el clorato de potasa, el bicarbonato de sosa, el percloruro de hierro, las flores de azufre y otros muchos medicamentos. Yo doy el sulfato de cobre en disolucion (15 centígramos ó 3 granos, en 112 gramos ó 4 onzas de vehículo) á cucharadas, y si la fiebre es un tanto alta, apelo al uso del sulfato de quinina.

LECCION XXXII.

Continúa el asunto anterior.—Croup.

CROUP.

Es una de las enfermedades que más víctimas hace en la infancia. Se presenta generalmente en los niños desde dos á siete años, en los varones más que en las hembras, en los robustos que en los débiles, en los sanos que en los achacosos.

Divisiones.—Se han descrito el croup seco y el húmedo, la laringo-traqueitis mixogena, piógena, meningógena, el croup esténico, el asténico y el espasmódico; uno agudo, otro crónico, otro intermitente; el croup verdadero y el falso, etc. etc.

Síntomas.—Unas veces se presenta la enfermedad con pródromos y otras no, consistiendo aquellos en un ligero movimiento febril, lagrimeo, coriza, tos húmeda y ronquera. En muchas ocasiones antecede al croup una angina diftérica y sólo al cabo de algunos dias de desarrollada ésta (y quizás con poca intensidad) es cuando se presenta aquel. El principio del croup áun en los casos en que hay pródromos es repentino (por regla general) y á cualquier hora del dia y con especialidad por la noche, levántase de repente el niño asustado y víctima de una agitacion considerable: sus espantados ojos ruedan en sus órbitas, la piel del rostro se torna lívida y se cubre de sudor, su pecho se dilata con dificultad depri-

miéndose á cada inspiracion el hueco del estómago, el pulso se vuelve pequeño y concentrado.

No se está quieto un instante, quiere como arrancarse una cinta que le oprime el cuello y en medio de su agonía suele pronunciar con voz ronca y cortada palabras que hieren duramente el corazon de sus padres. Al cabo de dos á quince minutos se vuelve húmeda la tos (ronca hasta entónces y poco frecuente) empieza el niño á respirar más fácilmente y á estarse quieto, á desaparecer su terror, y por último, fatigado y cansado por el ataque se acuesta y suele dormir tranquilamente.

Este sueño y la tranquilidad con que suele despertar el niño que pide *incontinenti* de comer y desea jugar, engañan completamente á los padres, que á no ser aleccionados por una fatal experiencia no pueden convencerse de que ese niño que ahora se rie, juega, come y distrae la preocupacion de sus deudos, será quizás un cadáver ántes de diez y ocho ó veinte horas.

Si examinamos al enfermito á pesar de ésta aparente calma, hallaremos síntomas de importancia suma como son dolor en la laringe, en la tráquea y á veces en la boca posterior, tumefaccion de los ganglios submaxilares, cierto olor repugnante del aliento. Rara vez tiene fiebre alta, pero siempre se le nota alguna aceleracion, y respecto á la tos, pierde con frecuencia su timbre de tos de gallo ronco y se hace más húmeda, aunque recordando siempre el tipo primitivo. Bien pronto sobreviene otro acceso de sofocacion y ya el niño no queda tan tranquilo como ántes, sino que la disnea y el ruido con que se hace la respiracion pone en guardia á los ya avisados y les hace presagiar lo que pronto ha de sobrevenir. Y la fiebre adquiere mayor intensidad, y la inapetencia es absoluta, y la deglucion difícil en extremo; y el niño está constan-

temente agitado; y el timbre de su tos es ronco y característico; y la espectoracion cuando existe es un mucus incoloro ó un moco-pus y á menudo con trozos de falsas membranas; y el enfermo está casi afónico ó afónico por completo, y los accesos de sofocacion se suceden unos á otros, aunque son de breves segundos de duracion; y la orina se vuelve albuminosa; y no tarda en aparecer la anestesia de la piel, síntoma señalado la primera vez por Bouchut, y que no es exclusivo del croup, porque lo que revela es la asfixia latente que poco á poco va concluyendo con el pobre niño, á no ser que un nuevo acceso de sofocacion corte repentinamente el débil hilo de esta pobre existencia.

En otras ocasiones se dibujan perfectamente los tres períodos que se han considerado al croup, á saber: el primero caracterizado por la aparicion de las falsas membranas en la boca y en la faringe, en cuyo período apénas hay un ligero movimiento febril; el segundo ó de sofocacion en el que se presentan los accesos de disnea, y el tercero ó de asfixia, ya violenta, ya latente, cuyo síntoma característico es la anestesia cutánea.

Complicaciones.—Las principales son la angina gangrenosa, la neumonia lobular y la presencia de las pseudomembranas en los intestinos (enteritis diftérica), en la mucosa de las vías genitales y en la superficie cutánea, principalmente si ha sido denudada por un vejigatorio.

Diagnóstico.—Se confunde principalmente con el falso croup ó laringitis estridula y los signos distintivos son los siguientes:

CROUP.	FALSO CROUP.
El primer acceso de sofocacion ha sido precedido de síntomas que caracterizan á la estomatitis ó á la angina diftérica.	El estado de salud anterior al acceso es perfectamente satisfactorio.
La enfermedad continúa su marcha invasora, á contar desde el primer acceso.	O sólo existe un acceso ó los sucesivos van decreciendo en intensidad y en duracion.
Existen falsas membranas, muchas de las cuales se arrojan con los vómitos.	No hay falsas membranas.
Anestesia cutánea y albuminuria.	Faltan estos síntomas.

Pronóstico.—Es gravísimo. La inmensa mayoría de los niños sucumben de esta enfermedad ó de las complicaciones que le son anexas. En ciertas epidemias fallecen casi todos los niños afectados.

Tratamiento.—Infinito es el número de medios propuestos para el tratamiento de esta enfermedad, lo cual prueba que resiste á todos. Mencionaré algunos.

Las evacuaciones sanguíneas eran empleadas antiguamente cuando se consideraba el croup de naturaleza meramente flogística. Con ellas, sin embargo, se conseguia un alivio pasajero en los síntomas asfíticos y tal vez que la funesta terminacion fuera más pronta. Los eméticos han gozado siempre de mucho crédito, y luégo indicaré su verdadera influencia en esta enfermedad. El clorato de potasa ha sido considerado sin el menor fundamento como un específico. El sulfato de cobre tambien ha sido preconizado. Las flores de azufre se usan mucho por los que creen en la naturaleza parasitaria del croup. El percloruro de hierro al interior y en toques á la garganta, ha gozado de mucho crédito. El ácido láctico así como el bicarbonato de sosa y los alcalinos, se ha dicho que disolvian las falsas membranas. El calomelano al interior y en insuflaciones tambien se ha usado. Se ha cauterizado la garganta

con el nitrato de plata en barra ó en disolucion ; con los ácidos concentrados incluso el fénico; con la potasa cáustica. Se ha recomendado este mismo ácido fénico al interior, la quina en sustancia y las sales de quinina, el bromo y el bromuro de potasio, la tintura de yodo, los revulsivos cutáneos, la traqueotomía, etc. etc.

Por mi parte y renunciando á la tarea de discutir sobre la accion de cada uno de estos medicamentos y de los otros muchos que no he mencionado, voy á limitarme á indicar el tratamiento que creo preferible y las reglas de conducta á que me he sugetado siempre y á las que debo haber obtenido cinco curaciones auténticas en casos desesperadísimos.

Desde luégo y siempre que observo en un niño una tos ronca, tenga ó no fiebre, existan ó no falsas membranas en la boca ó en la faringe, le administro un emético y despues un electuario hecho con miel y flor de azufre. Esta es una medida preventiva que ningun daño causa y puede producir muy buen efecto.

Si á esa tos se acompaña la existencia de pseudo-membranas, haya habido ó no accesos de sofocacion, creo más evidente la accion del emético que viene mecánicamente á limpiar de mucosidades el árbol aéreo, y áun tal vez á hacer evacuar algunas placas. El emético que empleo es el sulfato de cobre en la proporcion de 15 centígramos por 28 gramos de agua (3 granos por onza). Cauterizo las pseudo-membranas con la barra de nitrato de plata, despues de haber desprendido las porciones que se puedan con un pincel de hilas empapado en una disolucion de ácido fénico. Esta cauterizacion se repite dos ó tres veces al dia aunque no se haya desprendido la anterior escara, fijándome especialmente en las nuevas placas que hayan podido aparecer de una cura á otra. Despues del emético ad-

ministro tambien en estos casos, el electuario citado. Cuando el croup se encuentra perfectamente confirmado, mi terapéutica es bastante complicada y consta de medicacion local y medicacion general. Localmente cauterizo tres veces al dia con el nitrato de plata, llevando la barra hasta el epíglotis mismo y áun el interior de la laringe, valiéndome de un porta-cáustico acodado ; prescribo frecuentes lociones á la boca posterior, con un pincel de hilas empapado en una solucion algo concentrada de percloruro de hierro, y hago frecuentes pulverizaciones con una disolucion de ácido fénico.

Una vez al dia ó dos, si es mucha la dificultad de la respiracion, administro algunas cucharadas de la pocion con el sulfato de cobre, hasta conseguir que vomite el niño, y en el resto del dia, además de una alimentacion animal y en proporcion con el estado de la fiebre y las fuerzas del enfermo, le receto el sulfato de quinina de la manera y bajo la forma que pueda tolerarlo mejor, y el líquido hemostático de Pravaz. Algun sub-ácido como bebida usual, alguna pocion con alcohol y ácido fénico, si las fuerzas se abaten mucho, y un aire lo más puro posible, aunque siempre caliente y húmedo (para conseguir lo cual hago evaporar en la habitacion calderas de agua hirviendo) completan el tratamiento.

Como se vé, proscribo absolutamente los vejigatorios y sólo uso entre los revulsivos algunas fricciones á las paredes torácicas con la tintura alcohólica de yodo, cuando sospecho la existencia de la neumonia lobular.

Quiere decir que si la enfermedad camina á la curacion, voy alejando la administracion del emético y las cauterizaciones, aunque insisto algun tiempo en el sulfato de quinina y en las pulverizaciones.

Quédame aún por resolver una importantísima cues-

tion, cual es la que se refiere á la traqueotomía, lo que haré en la leccion siguiente.

LECCION XXXIII.

Continúa el asunto anterior.—De la traqueotomía en el croup, su valor, sus indicaciones y procederes operatorios.

Hace muy poco tiempo se habia desarrollado en Cádiz una verdadera traqueotomanía. A todos los pobres niños afectados del croup se queria abrirles *velis nolis* la tráquea, tratando de vencer la justa resistencia de los padres, desarrollando ante su vista un mundo de ilusiones y de halagüeñas esperanzas si la operacion se practicaba. Y en efecto; no pocos fueron los enfermos sometidos á ella y la inmensa mayoría sucumbió, pues de unas 14 ó 15 operaciones que recuerdo, sólo un niño puede contarla.

Yo tengo, no sé si la fortuna ó la desgracia, de no entusiasmarme jamás con ningun medio terapéutico por grande que sea su reputacion, pero en cambio jamás desecho ningun otro sin someterlo á un exámen y á una experimentacion detenidos. Y aunque el nombre de Trousseau pesaba para mí mucho en la balanza de la traqueotomía, mi pobre criterio me inclinaba á que me fijase más en lo que mi razon aprobase que en opinion alguna. Yo he practicado tan sólo tres veces la traqueotomía en casos de croup y todas tres tuvieron fatal éxito, lo cual tampoco es mucho de extrañar, pues en la tremenda reaccion desarrollada en el público contra la traqueotomía, ningun padre accede hoy á ella, y en los casos dichos se retardó incon-

sideradamente el *ocasio præceps* y se me permitió operar sólo cuando yo ya juzgaba pasada la indicacion y me resistia á practicarlo. Esta es la razon por la que no me fundaré en mis observaciones para hablar de la traqueotomía, ni tampoco en las otras que en Cádiz se han hecho; yo no creo que las estadísticas pueden probar cosa alguna, y por lo tanto voy á exponer lo que mi razon me dicte sobre este particular.

Hé aquí, pues, los puntos que yo creo deben resolverse :

1.° Qué papel hace la traqueotomía en el tratamiento del croup ?

2.° La traqueotomía es una operacion grave por sí misma ?

Es de observacion, y los médicos de todos los tiempos y países convienen en ello, que todas las enfermedades tienen una evolucion marcada y una duracion determinada, y que considerando la enfermedad como una entidad, tiene sus períodos de incubacion, de crecimiento, de florescencia y de terminacion. Esta terminacion puede ser en buen hora por destruccion completa del órgano enfermo, por la inutilizacion del mismo, pero despues que esta inutilizacion ó la destruccion aquella se han verificado el decrecimiento de la enfermedad debe conducir á su desaparicion completa. Pero como las enfermedades no existen sin órganos enfermos y los órganos enfermos no pueden ser considerados como separados del resto del organismo y con absoluta independencia, lo que realmente ocurre es que á medida que la enfermedad progresa el órgano se hace inapto para las funciones que ejerce y segun la importancia de éstas y las relaciones que con otras tiene, así sobreviene una alteracion más ó ménos considerable en el organismo. Y esta alteracion puede ser tal,

que áun ántes que la evolucion de la enfermedad llegue á su máximum la vida se haya hecho imposible. En otros casos ciertos productos de la enfermedad pueden constituirse á su vez en agentes morbígenos y la muerte ser debida á estos agentes. Tampoco es raro que un fenómeno accidental, pero á cuya presentacion contribuya aquella, sea el motivo de esta terminacion.

La difteria es de estas enfermedades y su perfecta evolucion la encontramos, por ejemplo, en la difteria de la piel, en la de la vulva, en la de la conjuntiva. Preséntase la conjuntivitis diftérica (y me fijo en ésta porque hace muy poco que la he descrito): sobreviene el período llamado de infiltracion fibrinosa, síguele el de purulencia y tras él aparece el de eliminacion de las pseudo-membranas y de acortamiento de la conjuntiva. Y suponiendo (lo que ocurre alguna vez) asistido irracionalmente el enfermo, la infiltracion es extraordinaria, la córnea se vé privada de nutricion y se esfacela por completo y aparecen tal vez signos evidentes de una flecmasía ocular interna y cuando se elimina la exudacion quedan grandes pérdidas de sustancia y los párpados se adhieren al muñon ocular, etc. etc., pero la evolucion se verifica y despues de ella la enfermedad se termina, es decir, desaparece por completo, sea cualquiera el estado del órgano afecto.

Ahora bien, yo creo otro tanto en el croup.

Hay más; estoy convencido de que en los casos de curacion que se conocen, la infiltracion pseudo-membranosa ha sido poco considerable, ó cuando ménos que ha sido posible al individuo, bien por lo excelente de su organizacion, bien por la medicacion empleada, traspasar el período de exudacion ó de infiltracion y el de purulencia, sin que haya sobrevenido una intoxicacion á causa

de la absorcion de los productos segregados, ni una asfixia por los obstáculos mecánicos opuestos en la laringe y en la tráquea (y tal vez más abajo) á la entrada y salida del aire, por un lado por las exudaciones, por otro por la parálisis de aquel órgano, compañera inseparable del croup en su mayor desarrollo. Por esto es por lo que en el tratamiento yo me dirijo siempre á tres objetos principales: 1.° á procurar la pronta evacuacion de las pseudo-membranas; 2.° á acelerar el período de purulencia; 3.° á oponerme á las reabsorciones. Pero áun con estas miras ocurre á menudo ó que la produccion pseudo-membranosa es considerable, ó que el período de purulencia se retarda, ó ambas cosas á la vez, y la asfixia es inminente y entónces necesito ganar tiempo, me es indispensable como á Josué parar al Sol, y esto no puedo conseguirlo de otra manera que abriendo un ancho camino al aire para que al llegar á los pulmones haga desaparecer la asfixia lenta que se está actuando, y que siendo mayor ese camino que el estrecho paso que permite la laringe, no sea tan fácil de obturarse por las falsas membranas, al mismo tiempo que me presenta una nueva vía por donde atacar á éstas.

Y hé aquí lo que consigo con la traqueotomía, es decir, evitar la asfixia lenta, dificultar la asfixia rápida y ofrecer un nuevo camino para atacar la exudacion. Claro es que en muchos casos la produccion es tan inmensa que la abertura traqueal no basta para llenar estos objetos, como sucede siempre que la operacion se hace en enfermos casi asfixiados; ó la absorcion purulenta ha tenido ya lugar y entónces el enfermo sucumbe á ella y sucumbiria aunque nos fuese posible en un instante dado suprimir por completo el croup, pero nada de esto habla en contra de la operacion y sólo podrá argüir contra la

mala eleccion del momento oportuno para operar.

Sin embargo, los adversarios de la traqueotomía alegan que esta operacion es muy grave en sí misma, y por lo tanto, su único efecto en la inmensa mayoría de casos es abreviar los momentos del enfermo por las pérdidas nerviosas que sufre, por las pérdidas sanguíneas y por las consecuencias de una herida en los cartílagos de la tráquea y de la introduccion y permanencia de un cuerpo extraño (la cánula) en las vías aéreas, amen de multitud de accidentes que aseguran pueden sobrevenir.

Pero... hay algo de verdad en esto?

Respecto á pérdidas nerviosas, descartemos tratándose de un niño, los sufrimientos morales (inmensos á veces) de quien conoce su estado y espera la práctica de una operacion de cuyo buen éxito depende su vida, y nos quedan sólo el susto natural del enfermito al verse cogido y sujeto (cuyo susto se puede mitigar mucho) y el dolor material de la operacion que tambien es menor que en el estado fisiológico, pues ya hemos visto que la anestesia de la piel es uno de los síntomas más constantes del croup confirmado.

En cuanto á las pérdidas sanguíneas no sé de ningun vaso arterial importante que deba ser cortado, hecha la operacion con las reglas del arte; y la hemorragia venosa suministrada por los vasos que rodean á el cuerpo tiroides cesan en cuanto se abre la tráquea y penetra por ella el aire.

Nada diré de la lesion de los cartílagos ni de la permanencia de la cánula, pues ni aquella ni ésta han ofrecido inconvenientes de ninguna clase en los casos que se han llevado á cabo.

En comprobacion de cuanto acabo de decir vienen la multitud de observaciones que posee la ciencia de indi-

viduos que en su locura suicida se han cortado más ó ménos extensamente la tráquea y áun completamente y en direccion oblícua, es decir, en las circunstancias más desfavorables, y sin embargo han escapado por regla general de las garras de la muerte, y su herida ha cicatrizado sin dejar apénas vestigio.

Si indivíduos traqueotomizados han muerto con un intervalo más ó ménos próximo, débese el éxito á la enfermedad que exigió la operacion y á lo tarde que esta se practicara, de lo que debe naturalmente deducirse que jamás se perderá un tiempo siempre precioso para ejecutarla y que en cuanto la indicacion sea evidente, es decir, cuando empieza el tercer período de la enfermedad y en cuanto se ha presentado la anestesia cutánea es indispensable llevarla á cabo.

Pasemos ahora á la descripcion de los métodos operatorios.

Estos pueden reducirse á tres, á saber: por incision, por puncion y por la electro-termia.

Traqueotomía por incision.—El aparato instrumental es el siguiente: un bisturí ligeramente convexo y de un tamaño mediano, un bisturí botonado, una erina de mango fijo, dos ganchos romos, una pinza de Fergusson, un dilatador de Trousseau, una cánula doble, dos escobillones para limpiar las cánulas, una cinta estrecha para amarrar éstas á el cuello, un trozo de tul de ojo no muy fino, cordonete, hilas, esponjas, agua, vinagre.

Se necesitan tres ayudantes de los que dos se colocan uno á un lado del enfermito (teniendo los ganchos romos y los cordonetes y procurando sugetar al paciente) y el otro ayudante colocado al lado mio, me da los instrumentos, enjuga la sangre que va derramándose, y en una palabra, constituye mi tercera mano.

El paciente se colocará en su cama situado de modo que la luz hiera su cuello oblícuamente y teniendo éste algo saliente con almohadas; se le sugetará por dos indivíduos, uno que mantenga firme la cabeza y otro y en ocasiones dos, que sugeten su tronco por los hombros.

El profesor procede acto contínuo y armada su diestra con un bisturí recto y puntiagudo á practicar una incision longitudinal en la línea media del cuello, y que á partir desde tres á cuatro milímetros por cima de la union del cartílago cricoides con el primer anillo de la tráquea, tenga de extension 4 centímetros próximamente. Esta incision interesará la piel y luégo se irá profundizando poco á poco por el intersticio celuloso que separa á los dos músculos externo-tiroides, tratando de huir los vasos venosos que se presenten, para lo que á veces será preciso separarlos con erinas romas, pero si las venas tiroideas forman un plexus como ocurre muchas veces, es indispensable cortarlas aconsejando algunos su ligadura, cosa que debe evitarse, pues la hemorragia que producen cesa instantáneamente con la abertura de la tráquea.

Cuando se tiene este conducto al descubierto, se le fija bien con el dedo índice de la mano izquierda, miéntras se sumerge el bisturí en ella para romper tres ó cuatro anillos, con los que basta en la inmensa mayoría de casos. El índice izquierdo que no ha abandonado la herida, sirve de conductor al dilatador de Trousseau de dos ramas, ó al de tres de Laborde, é introducido este instrumento en la tráquea se separan sus ramas, entre las que se procura introducir una cánula doble de plata, sacando luégo aquel y sugetando ésta al cuello con la cinta que preliminarmente se ha cosido á sus argollas. El ruido que hace el aire al penetrar en la tráquea es característico.

El apósito consiste en un rodete de esparadrapo por

el que se ha hecho introducir la cánula ántes de colocarla, una tira de tul ceñida alrededor del cuello y sobre ésta, para evitar la entrada de los corpúsculos que revolotean en la atmósfera. Desde que se ha concluido la operacion, el niño queda afónico y arroja por la cánula multitud de mucosidades y de falsas membranas, tantas que alguna vez su abundancia obstruye aquella y es indispensable sacarla para limpiarla.

Traqueotomía por puncion.—Sée ha inventado una cánula provista de un conductor-punzon como el de un trocart corriente, aunque con la curvatura necesaria, y hace la operacion de un solo golpe, es decir, introduciendo este instrumento, punzando el segundo ó tercer anillo de la traquearteria. Este proceder facilita mucho la operacion pero no ha hecho prosélitos.

Traqueotomía por la electro-termia. — Mauriac en Agosto de 1876 y otros profesores han aplicado á esta operacion el termo-cauterio de Paquelin. El proceder operatorio es exactamente el mismo descrito en la traqueotomía por incision, diferenciándose sólo en que se usa una lámina del termo-cauterio puesta al rojo. Esta aplicacion evita la hemorragia, lo que permite mayor celeridad en el manual operatorio y evita la produccion de falsas membranas en los labios de la herida traqueal.

Tratamiento posterior á la traqueotomía.—Como he dicho ántes, no está todo concluido, ni con mucho, despues de la operacion, sino que por el contrario, es preciso saber aprovechar en beneficio del enfermo la tregua que esta nos dá. Débese, pues, insistir en el tratamiento interno y no descuidar ni un instante el tratamiento local. Trousseau aconseja limpiar á menudo la cánula (lo que se facilita mucho si es doble) sacarla una vez al dia y miéntras con el dilatador se mantiene abierta la herida,

se pasa á lo largo de la tráquea un escobillon, cuya esponja se empapa en una solucion de nitrato argéntico (un gramo por 5 de agua destilada). Tambien á menudo se instilan estando colocada la cánula algunas gotas de agua templada para reblandecer las mucosidades y facilitar su espectoracion, y además otras gotas de otra solucion lunar, pero mucho más débil que la anteriormente indicada (30 centígramos por 30 gramos de agua destilada).

Cuando se ha obtenido la curacion se saca la cánula y se obtura momentáneamente la herida con el pulpejo del dedo pulgar, y si la respiracion continúa completamente libre sin ruido alguno, y si hay tos ésta es puramente catarral, se puede quitar completamente dicho instrumento. En caso contrario se le deja permanecer algunos dias más, volviendo á repetir luégo el mismo intento. Si extraida la cánula tarda en cerrarse la herida, se le estimula con la barra de nitrato de plata, y si se encuentran fungosidades se las cauteriza tambien ó se las escinde.

No conozco caso alguno en que la abertura se haya hecho fistulosa y haya precisado practicar una autoplastia.

LECCION XXXIV.

Continúa el asunto anterior.—Neumonia fibrinosa.—Enteritis pseudo-membranosa.—Vulvo-vaginitis diftérica.—Falsas membranas del tegumento externo.—Parálisis diftérica.

NEUMONIA FIBRINOSA.

Es casi siempre una complicacion del croup que se desarrolla cuando éste lleva dos ó tres dias de duracion y recae en niños débiles, máxime si han padecido ya ó de bronquitis intensas ó de atelectasia pulmonal ó de verdaderas inflamacioues del pulmon.

Generalmente pasan desapercibidos sus síntomas ante la gravedad inmensa de los que revelan el croup, y sólo la exploracion del pecho puede suministrarnos datos ciertos. Por esta exploracion notamos una matitez más ó ménos circunscrita y la auscultacion hace percibir en un principio estertores sonoros, sibilantes y mucosos y luégo el estertor sub-crepitante y el ruido de fuelle de la hepatizacion pulmonal, lo cual parece probar que la neumonía es en estos casos la continuacion por propagacion de una bronquitis pseudo-membranosa.

Respecto á los síntomas fisiológicos son muy difíciles de apreciar, á excepcion del dolor de costado, cuando existe con bastante intensidad para que pueda llamar la atencion de un enfermo abrumado en exceso por sufrimientos considerables.

El pronóstico de esta neumonia es gravisimo, pues cons-

tituye una complicacion importantísima del croup y si éste por sí solo termina el mayor número de veces por la muerte, con más razon sucederá si se agrega una neumonia lobular de la que tambien es propia esta terminacion.

Al hablar del tratamiento del croup indiqué que cuando existia esta complicacion solia agregar al propio de aquella afeccion algunas fricciones á las paredes del torax (es decir en el lado afecto) con la tintura alcohólica de yodo.

ENTERITIS PSEUDO-MEMBRANOSA.

No está aún completa la historia de esta afeccion que fué descrita por primera vez por Powel. Copland, Guersant, Bretonneau, Gibert, Valleix, Rilliet y Barthez, etc., etc., han visto casos de esta enfermedad.

Rara es la vez que se presenta aislada, siendo lo más comun que coexista con ella la estomatitis ó la angina diftéricas y el croup. Valleix ha encontrado falsas membranas en los intestinos delgados en la autopsia de un niño que padecia tambien el muguet. Las falsas membranas parece que ocupan de preferencia la porcion última del ileon y son ó gruesas y duras, ó más delgadas, y revisten circularmente la parte de la mucosa intestinal en que se encuentran, ó constituyen islotes, y la mucosa que separa los unos de los otros se halla arborizada y áun ulcerada.

Síntomas.—La enteritis pseudo-membranosa reviste generalmente la forma sub-aguda de la enteritis y va casi siempre acompañada de la difteria de otras partes. Se caracteriza por un ligero movimiento febril y poco aumento de la temperatura, existiendo comunmente exacerbaciones nocturnas de esta fiebre. El niño se encuentra

triste y abatido, el color de la piel es térreo, los rasgos del semblante retraidos, la boca suele estar seca y con las placas de la estomatitis diftérica, y cuando éstas no existen, la lengua se halla algo roja en los bordes y punta y crapulosa en el centro; el niño tiene completa aversion á los alimentos y sed aunque no siempre. Tambien hay sensibilidad en el vientre, cólicos intestinales y diarrea serosa ó de un líquido súcio en el que nadan copos blanquecinos y á veces trozos grandes de pseudo-membranas. El orificio anal se encuentra eritematoso y áun con placas diftéricas.

En la enfermedad de que trato las fuerzas del niño decaen rápidamente, al paso que aumenta el número de evacuaciones y el enfermo sucumbe por emaciacion rapidísima.

Con frecuencia hay como complicaciones además de la estomatitis y de la angina diftéricas, el muguet que aparece en un período avanzado de la enfermedad.

Diagnóstico.—En realidad sólo la coincidencia de otra manifestacion diftérica con la enteritis, ó la presencia de las falsas membranas en la materia de las evacuaciones nos pueden ilustrar para el diagnóstico.

Pronóstico.—Es mortal en la inmensa mayoría de casos.

Tratamiento. —No conociéndose específico para la difteria es imposible recomendar medicamento determinado, y por lo tanto sólo aconsejaré contra esta afeccion los medios de que más adelante hablaré al tratar de la enteritis aguda simple. Sin embargo, parece que el percloruro de hierro *per superiora* y *per inferiora* y el láudano líquido de Sydenham en enemas, son los medicamentos que mejor resultado han producido en los casos de esta especie.

VULVO-VAGINITIS DIFTÉRICA.

Bretonneau fué el primero que se ocupó de esta enfermedad que ha sido muy poco estudiada hasta el presente.

Se la observa mucho más frecuentemente en las niñas que en las adultas y coincide casi siempre con otra manifestacion de la difteria.

Síntomas.—Lo primero que aparece es una rubicundez y una tumefaccion considerables de la vulva que se extienden pronto al interior de la vagina, pero casi siempre á muy poca altura y nunca llega hasta el cuello del útero. Dicha tumefaccion produce alguna dificultad á la emision de la orina, y cierta cantidad de este líquido se queda entre los labios, á quienes escoria, determinándose un prurito y un escozor considerables. Bien pronto se ven las falsas membranas características que al ser desprendidas dejan una superficie ulcerada de color grisiento que no tarda en cubrirse de las placas dichas, cuyas placas forman como islotes separados unos de otros. Hay tambien un flujo leucorrágico sanioso y fétido que escoria los muslos y el periné y más tarde puede sobrevenir algun movimiento febril y sobre todo la aparicion de la difteria en cualquier otro punto del organismo.

Diagnóstico.—La existencia de las falsas membranas con todos sus caractéres, distingue la enfermedad de que trato, tanto de la vulvitis simple como de la gangrenosa.

Pronóstico.—La gravedad del pronóstico depende de las otras manifestaciones diftéricas coexistentes. Por sí sola la vulvo-vaginitis diftérica puede dejar en pos de sí lesiones de consideracion y deformidades del conducto vulvo-vaginal.

Tratamiento.—Es local y general. Para el primero se han aconsejado las cauterizaciones de las placas con el nitrato de plata en barra, el ácido clorhídrico ó el nítrico puros ó diluidos en agua, el alumbre, etc. Se harán tambien con frecuencia lociones é inyecciones vaginales con una disolucion de ácido fénico, ó con agua clorurada. Tambien podrá dirigirse á las partes afectas una corriente del ácido hiponítrico y curarlas con las hilas hiponítricas del Dr. Torres Muñoz de Luna.

Al interior se administrarán la quina y sus preparados, con especialidad el sulfato de quinina, el percloruro de hierro y el ácido fénico, recomendándose una buena alimentacion y el uso de los vinos generosos.

FALSAS MEMBRANAS DEL TEGUMENTO EXTERNO.

Se las observa en la piel denudada por los vejigatorios aplicados á los niños que padecen de una manifestacion de la difteria. Tambien se las ve en la piel de los labios de los que están afectados de la estomatitis, en la de las márgenes del ano en los que tienen la enteritis y en el periné y parte interna de los muslos de las que padecen la vulvo-vaginitis.

Su diagnóstico es fácil, su pronóstico está subordinado al de la otra manifestacion, así como su tratamiento. En estos casos deben recomendarse mucho las lociones fenicadas y las hilas hiponítricas.

PARÁLISIS DIFTÉRICA.

Muchos profesores he visto que desconociendo la relacion de causalidad que existe entre el croup ó cualquiera otra afeccion diftérica y la parálisis, han creido á ésta

completamente independiente de aquella y áun la han dado los honores de una pretendida parálisis idiopática.

He observado bastantes casos de esta afeccion, aunque nunca primitivamente, sino siempre en pos del croup especialmente y de la angina diftérica otras veces. Creo haberla visto mayor número de veces en las niñas que en los niños, aunque la diferencia ha sido poco notable.

La parálisis diftérica ha sido clasificada sin razon entre las esenciales.

Síntomas.—Puede ser parcial ó general, siendo la primera la más frecuente y ambas pueden ser completas ó incompletas. De ordinario el indivíduo en la convalecencia del croup ó de la angina diftérica se encuentra en un estado de salud general muy satisfactorio, pero se le presenta inopinadamente, ora una cofosis simple ó doble, ora una amaurosis mono ó bi-ocular, ya una parálisis de la deglucion, ya una hemiplegia ó una paraplegia, ya por último, una especie de parálisis general progresiva que empieza en las extremidades inferiores, sigue á las superiores, se trasmite á los órganos de los sentidos, y por último, á los de la respiracion y la circulacion, y el niño sucumbe generalmente de una manera súbita.

Diagnóstico.—Sólo los antecedentes pueden guiarnos para establecerlo.

Pronóstico.—Suele ser halagüeño el de las parálisis parciales que duran ordinariamente de uno á dos meses y al cabo de este tiempo desaparecen de una manera gradual y lenta. Las parálisis generales es muy raro que no terminen por la muerte.

Tratamiento.—Una buena higiene y el uso de los tónicos reconstituyentes son muy recomendados en el tratamiento de la parálisis diftérica. Si la afeccion es general, habrá que recurrir á la administracion interna de la

tintura alcohólica de la nuez vómica ó de la estrignina y además á las aplicaciones eléctricas, á una tira emplástica expolvoreada con tártaro emético y colocada á lo largo del ráquis, á la pasta de Viena en el punto correspondiente á los canales vertebrales, á la flagelacion y á la urticacion.

A pesar de todo, si la parálisis general es algo intensa su más constante resultado es la muerte.

LECCION XXXV.

Clase 3.ª Alteraciones de la nutricion.—Esclerema de los recien nacidos.

CLASE 3.ª ALTERACIONES DE LA NUTRICION.

Durante los primeros tiempos de la vida, parece que no se ocupa la naturaleza de otra cosa que de atender á la nutricion del fétus, fuente principal del desarrollo de todos los órganos, sistemas y aparatos.

Y no comprendo aquí sólo con el nombre de nutricion á la formacion del quilo y su mezcla con la sangre; aludo tambien á todos esos actos, principales unos, secundarios otros que se ejercen en casi todos los órganos y cuyo fin principal, sino exclusivo, es atender á la conservacion y crecimiento del individuo.

Los materiales para esta nutricion vienen generalmente del exterior y consisten en el alimento que se ingiere en el tubo digestivo, en el aire que penetra en el aparato respiratorio y en una multitud de sustancias absorvidas por la piel y las mucosas. El resultado inmediato de esta nutricion es convertir á la sangre en el líquido formador

conservador y regenerador por excelencia del cuerpo humano, al mismo tiempo que un escitante poderoso de las funciones de todos los órganos.

Esta sangre necesita ser revivificada con frecuencia suma, pues á su paso por todo el organismo va dejando sus materiales reparadores y cargándose de otros excedentes, inútiles en primer término para las funciones de los órganos en particular, é incompatibles más tarde con la vida del organismo entero.

A la formacion de esta sangre y áun á su revivificacion, concurren casi todos los órganos, ya sean el estómago y los intestinos elaborando el quilo que en union de la linfa procedente de tantas otras partes se mezcla directamente con la sangre en las venas subclavias; ya el cúmulo infinito de ganglios, parte importantísima del aparato que conduce el quilo y la linfa elaborando estos líquidos; ya el bazo productor incesante de leucocitos ó glóbulos blancos; ya el hígado destructor incansable de estos leucocitos; ya los distintos órganos secretores separando ciertos materiales; ya los órganos no glandulares; ya la piel y las mucosas; ya por último, el grandioso aparato pulmonal.

Nada tiene de particular que á medida que adelanta la ciencia surjan nuevas dificultades y que las cosas más triviales y sencillas ántes, exijan hoy mayor estudio y una suma grande de conocimientos, pues si la tendencia de la ciencia antigua era á explicar todos los fenómenos con palabras, la ciencia moderna busca sólo en éstas la manera de expresarse y tiene necesariamente que entregarse á la árdua empresa de investigar la causa próxima ó cuando ménos la más próxima, es decir, la más asequible, de los fenómenos naturales.

Si tan importante es la elaboracion del líquido nutri-

cio, si tantos órganos al parecer tan diversos, concurren á ella y tantos órganos tambien inducen modificaciones interesantísimas en su composicion, claro es que el estudio de las enfermedades de ese líquido es muy vasto y difícil, pues difícil en extremo es resolver el problema de dada una lesion de la sangre, averiguar su causa y hallar el medio de corregirla.

Por eso es por lo que merecen mejor esas lesiones el nombre de alteraciones de la nutricion, frase muy general y que en nada alude directamente al órgano ú órganos que se encuentran afectados.

En estas alteraciones de la nutricion comprenderé el esclerema de los recien nacidos, la atrepsia, la clórosis, la púrpura, las escrófulas, la leucemia y la glucosuria, cada una de las cuales representa una forma diversa de esa alteracion.

Todas estas enfermedades que tambien pueden llamarse alteraciones primitivas de la nutricion, convienen en un carácter, cual es que la primera y durante algun tiempo la exclusiva lesion es la de la nutricion, al paso que en otras enfermedades que podrian llamarse alteraciones secundarias de la nutricion, la lesion primitiva existe en un órgano importante y la alteracion de la sangre es consecutiva. Estas son las caquexias.

ESCLEREMA DE LOS RECIEN NACIDOS.

Esta enfermedad consiste en el endurecimiento parcial ó total de la piel, debido á un obstáculo en la circulacion de los vasos capilares sanguíneos superficiales.

A Uzemberius se debe la primera descripcion del esclerema (á mediados del siglo XVIII).

Bouchut lo considera debido á una atonía general del

organismo, caracterizada por la inercia vascular, el edema, la induracion, la algidez, la inanicion y la asfixia. La causa de esta atonia es la falta de compensacion entre las ganancias y pérdidas y el predominio de éstas en el balance de la nutricion.

Etiología.—El esclerema de los niños es más comun en la primera que en la segunda infancia y sobre todo se le observa en los quince dias que siguen al nacimiento. Es mucho más frecuente en los niños de la inclusa y en los de las clases poco acomodadas que en los otros. Una mala lactancia puede producirlo.

Lesiones anatómicas.—Se encuentran en la autopsia lesiones esenciales y lesiones accidentales. Las primeras son el endurecimiento de la piel y del tejido celular subcutáneo que se encuentra infiltrado de serosidad. Los vasos capilares se encuentran casi impermeables á las inyecciones más finas, aunque no absolutamente y en su totalidad, pues las dichas inyecciones suelen atravesar, aunque con dificultad, algunas porciones de tejido. Los vasos capilares profundos están perfectamente permeables. Las lesiones accidentales son la persistencia del agujero de Botal y del conducto arterial que se han observado algunas veces; una hepatizacion pulmonal más ó ménos extensa; hiperemia y áun reblandecimiento del parenquima del hígado.

Division.—Se han considerado dos especies de esclerema, segun que exista ó no edema.

Síntomas.—En ciertos casos sobreviene un movimiento febril sin causa aparente, y al cabo de dos ó tres dias se nota en los miembros inferiores, en los superiores, en el púbis, en el dorso, en la cara y en el resto del cuerpo, un endurecimiento notable de la piel que al principio tiene un color rosado y luégo blanco mate, conser-

va más ó ménos la impresion del dedo segun la infiltracion serosa que haya y se encuentra fria. Esta frialdad no es aparente, pues el termómetro colocado en el áxila apénas llega á 24° C y baja algunas veces hasta 22°. Al mismo tiempo que la piel se endurece, se tumeface y esta tumefaccion es á veces considerable, como sucede cuando hay el esclerema con edema.

En otras ocasiones no aparece la fiebre inicial y el endurecimiento cutáneo es el primer síntoma que se presenta.

Poco á poco se manifiesta una lentitud considerable de todas las funciones. La digestion es difícil, así como la respiracion, y se presenta una tos seca y frecuente y los síntomas físicos de una neumonia generalmente doble; la circulacion tambien está retardada, ménos cuando existe la neumonia, pues entónces adquiere el pulso una frecuencia extraordinaria.

Uno de los fenómenos más notables del esclerema es el grito que es agudo, débil, aislado, mucho ménos fuerte que el hidro-encefálico y parece la expresion de los grandes sufrimientos que causa al niño esta enfermedad, como se confirma con la agitacion contínua que experimenta, su negativa á tomar alimentos y su falta de sueño.

Tambien es frecuente observar la ictericia.

Diagnóstico.—Se podria confundir con el anasarca, pero la ausencia de padecimientos anteriores, la dureza de la piel, la pronta aparicion de la neumonia y la ictericia y el grito característico, bastan para diferenciar el esclerema de aquella otra afeccion.

Marcha y pronóstico.—De cualquier modo que haya empezado la enfermedad, su marcha siempre es invasora y lo más frecuente siendo general es, que ó bien la neumonia que no tarda en complicarla, ó los desórdenes gas-

tro-intestinales, ó una inflamacion hepática concluyan con el enfermo. Otras veces sucumbe éste por inanicion. Si el esclerema está limitado á uno ó dos miembros dura mucho tiempo, pero puede terminar por la curacion.

Tratamiento.—La primera induracion que se presenta es la de levantar las fuerzas, así es que se procurará una buena nodriza al niño. Se tratará de conservar las fuerzas digestivas con la administracion del bicarbonato de sosa y los alcalinos y si la edad lo permite con algun vino generoso. Se escitarán las funciones de la piel por medio de los baños generales templados, las fricciones secas, alcohólicas ó aromáticas hechas con mucha frecuencia. Legroux preconiza á este fin el *massage* repetido cada dos ó tres horas. Valleix alaba la accion rápida y favorable de la aplicacion de sacos de harina muy caliente alrededor del cuerpo del niño. Si éste no puede tragar hay que darle cucharaditas de la leche de la madre ó introducirle un tubo de alimentacion por la nariz é inyectársela.

En cuanto á medicamentos para uso interno, son muy cortos en número, los que pueden y deben ser prescritos. Se ha aconsejado la salvia, la manzanilla, el vino, el alcohol, las tinturas aromáticas, el agua de los carmelitas descalzos, etc., etc.

Los medios dichos, y con especialidad el *massage*, la aplicacion de sacos calientes y los baños, apresuran considerablemente la resolucion del edema y la desaparicion del endurecimiento en los casos de esclerema parcial.

El esclerema de los niños ha sido incluido por Parrôt entre los fenómenos que caracterizan la atrepsia.

LECCION XXXVI.

Continúa el asuuto anterior.—Atrepsia. Etiología, division, síntomas y complicaciones.

ATREPSIA.

Parrôt ha descrito con este nombre (de α partícula negativa y θρεψις accion de nutrirse) á *una enfermedad constituida por un conjunto de afecciones del tubo digestivo que dan por resultado una perturbacion nutritiva profunda.*

La primera descripcion completa que se ha dado de esta enfermedad la hizo Parrôt en 1814 en sus lecciones clínicas en el *Hospice des enfants assistés*, lecciones que recogidas por E. Troisier fueron publicadas en *Le Progrés medical* de Paris.

Estas lecciones clínicas, y lo observado por mí, serán las fuentes de donde saldrá la doctrina que voy á exponer.

Etiología.—Todo cuanto sea capaz de desmejorar al niño y trastornar su nutricion es causa de atrepsia. Así una mala nodriza (sea la encargada de cumplir esta mision la misma madre ó una mercenaria) (1), la lactancia artificial, dar al niño ántes de tiempo otros alimentos que la leche, así como el mal régimen á que la criatura se somete por madres inexpertas cuyo amor mal entendido

(1) Véase eleccion de nodriza, tomo 1.°, pág. 439.

se cifra en atracar á cada instante á su hijo de alimento sea el que fuere; el descuido de corregir á tiempo algun trastorno digestivo, el desaseo, la habitacion en parajes húmedos y mal ventilados, son entre otras análogas las causas de la atrepsia.

Division.—Parrôt considera en la atrepsia tres períodos, en el primero de los cuales el trastorno en la nutricion es ligero, fácil de remediar y se traduce sólo por los síntomas de lo que vulgarmente se llama un empacho; en el segundo la alteracion es más considerable y los síntomas que se producen son los de la enteritis crónica de los autores. Y en el tercero ó de atrepsia confirmada hay un trastorno profundo de la nutricion y lesiones viscerales de importancia suma y á menudo irremediables.

Síntomas.—Primer período.—El niño está pálido, inquieto y no hace sueño sosegado, despertando á menudo con respingos y llanto; tiene sed y esto se traduce por el afan con que coge el vaso del agua y la bebe y el ansia con que toma el pecho á cada instante. Cuando mama en cierta cantidad pronto lo vomita y la leche sale cortada, es decir, con grumos, y comparando la cantidad de ella que toma con la que consume en su estado normal, se nota que á pesar de sus deseos y de estar todo el dia al pecho, apénas aquella es igual á ésta, pues á menudo su inquietud sigue miéntras mama y en cuanto hace algunos movimientos de succion suelta el pecho para volverlo á tomar y llorar si se le niega.

Obsérvase tambien que estando callado rompe á llorar repentinamente como si le acometiese un dolor intenso y esto se nota igualmente cuando va á hacer alguna evacuacion alvina. Estas son más frecuentes que de ordinario, más blandas, de color gris súcio, con grumos

blancos y estrias verdosas. Otras veces son verde mar, y estos son los *verdines* que dicen las madres deponen sus hijos cuando están *empachados*.

En este período rara vez hay fiebre y las orinas se hallan encendidas y escasas.

Segundo período.—La fisonomía del niño está muy descompuesta: su color es pálido y sus facciones están retraidas. Hay demacracion y se nota un eritema en la piel de las nalgas, en las márgenes del ano, en el periné, escroto ó vulva y en la cara interna de los muslos.

La boca está roja y seca, las papilas de la lengua tumefactas; percíbense á menudo placas de muguet, el niño tiene ménos sed que en el período anterior, carece de apetito y aunque toma el pecho á menudo, lo suelta en seguida y apénas ha hecho dos ó tres movimientos de succion. Con frecuencia lanza súbitamente unos gritos agudos y se agita en todas direcciones para deponer, y la materia de las deposiciones es muy líquida como agua sucia, con grumos de leche sin digerir y bilis en proporciones variables. Otras veces los gritos son contínuos, cesando al deponer, pero quedando al niño un quejido lastimero que conserva áun durante el sueño.

Tambien en este período se encuentran regurgitaciones de olor ácido y vómitos, y éstos son de grumos de leche, y bilis mezclada con mucosidades.

La temperatura presenta oscilaciones notables que llegan algunas veces hasta ser de 2 grados C., pero no es raro verla seguir una marcha lenta y constantemente decreciente. El pulso es pequeño y muy depresible y sigue las oscilaciones de la temperatura.

Tercer período ó de atrepsia confirmada.—La mayor parte de los casos de enteritis crónicas rebeldes, otros de disentería, algunos de tabes mesentérica y áun de

pretendida sífilis constitucional, así como el esclerema, son sólo casos de atrepsia confirmada.

Los síntomas de este tercer período son los siguientes: enflaquecimiento considerable de los enfermos, cuyas carnes ofrecen al tacto la sensacion de la madera y cuya piel de color térreo, y cianótica á veces, presenta multitud de arrugas. La cianosis es más marcada en los párpados y alrededor de la boca. En el cráneo notamos la depresion de las fontanelas y la salida de las suturas debida al cabalgamiento del borde de un hueso sobre el de su vecino. El niño se encuentra en decúbito supino del que rehusa salir; está indiferente á todo, rechaza el alimento, y cuando se le introduce el pecho en la boca lo coge á veces, pero lo suelta en seguida y llora como con sentimiento por no poder mamar. Tiene con frecuencia vómitos que son casi sin esfuerzo y parecen como de leche sin digerir y con el olor nauseabundo de las sustancias butirosas en putrefaccion, ó de mucus teñido por una materia rojiza. Hay frecuentes evacuaciones alvinas sumamente líquidas y fétidas, aunque no es extraño que falten del todo ó que sean casi normales.

La orina y el sudor están suprimidos.

El aliento es frio, la respiracion difícil, pero la percusion y la auscultacion nos dan signos negativos.

El calor de la piel está disminuido hasta 2 ó 3° por debajo del tipo normal, el pulso pequeño y lento, llegando á veces hasta 60 por minuto.

Además de los síntomas indicados suele haber trastornos considerables de la inervacion que son desde la simple atresia pupilar y el estrabismo divergente, hasta las convulsiones de la epilepsia, el delirio y la parálisis. Ya he hablado del grito atrépsico que en este período es más constante y más plañidero.

A medida que la enfermedad avanza, estos síntomas aumentan de intensidad, sobrevienen algunas complicaciones, con especialidad por parte del aparato respiratorio, y postrándose cada vez más el enfermito y haciéndose más extraño á cuanto le rodea, va disminuyendo la temperatura, haciéndose más lento el pulso, y en este estado y casi sin agonía en muchos casos, sucumbe el niño. En ocasiones la muerte es causada por los vómitos que arrojados sin esfuerzo suelen penetrar en el aparato respiratorio estando el niño acostado, y determinar la asfixia. Parrôt ha visto varios casos de esta especie confirmados por la autopsia.

Complicaciones.—La mayor parte de ellas son inflamatorias y las inflamaciones más frecuentes son las de los bronquios y las del pulmon. Tambien sobreviene á veces la erisipela.

Respecto á la bronquitis se la ve á menudo complicar á la atrepsia, y la tos mucosa, la dificultad en la respiracion y la fiebre sirven para diagnosticarla, si bien en la mayoría de los casos los síntomas de la afeccion general oscurecen los de aquella.

La neumonia rara vez puede diagnosticarse en su principio, por la razon que últimamente acabo de exponer, pero segun dice Parrôt, cuando aparece prematuramente una disnea considerable hay que proceder á la auscultacion y por ella percibimos ya simplemente una ausencia del murmullo respiratorio en un punto más ó ménos limitado del pecho, ya estertores crepitantes ó mucosos de timbre seco y sonoro, ya un ruido de fuelle.

La erisipela y las inflamaciones flegmonosas con sus consecuencias (abscesos etc.) tampoco son raras, pudiendo ocurrir que en un mismo individuo sobrevengan sucesivamente y sin desaparecer las anteriores, todas estas complicaciones.

Encuéntranse, tambien complicando á la atrepsia, inflamaciones cerebrales ó meningo-cerebrales á parte de la encefalopatía atrépsica ó trastornos nerviosos propios de la afeccion de que trato y que enuncié al hablar de los síntomas del tercer grado.

LECCION XXXVII.

Continúa la atrepsia. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Diagnóstico.—El órden con que se presentan los síntomas, la multiplicidad de éstos y la marcha de la enfermedad además de la causa que la produce, bastan para distinguirla de cualquier otra. Sin embargo, en algunos casos de complicaciones nos veremos muy dudosos para decidir si una neumonia existente en un niño ha sido la causa de la atrepsia por las dificultades que induce en su lactancia y nutricion, ó si por el contrario la atrepsia fué la enfermedad primitiva y la neumonia vino á complicarla. Otro tanto digo de las demás complicaciones.

Pronóstico.—Depende de las causas de la enfermedad y de la posibilidad de alejarlas, del período en que se encuentre y de la presencia ó ausencia de complicaciones y la naturaleza de éstas. En efecto, si la atrepsia es debida á que la que amamanta al niño tiene mala leche y puede sustituirse por una buena nodriza, si somos llamados en

el primer período de la enfermedad ó en el segundo no muy avanzado, y si á esto se agrega la ausencia de complicaciones ó que si existe alguna es, v. g., un simple catarro, es evidente que el pronóstico, aunque reservado, siempre se inclinará á una feliz terminacion, cosa que no ocurrirá seguramente si las circunstancias son totalmente contrarias á las que he propuesto.

Tratamiento.—La primera indicacion y comun á todos los períodos es la causal. Ya he dicho en varios lugares que los trastornos del régimen son la causa de la atrepsia; pues bien, hay á todo trance que corregir esos trastornos y proporcionar al niño una buena nodriza, condicion *sine quá nom* para el buen resultado. Si hay imposibilidad material de hacer esto, hay que someter al niño á la lactancia artificial y á la leche de burras ó de cabras ó la de vacas, que son las que generalmente se usan, se debe sustituir el alimento formulado así por Liebig:

Rp.—De harina de trigo 15 gramos (media onza).
De id. de cebada 15 gramos (media onza).
De bicarbonato de potasa 40 centígramos (8 granos).
Mézclese y añádase.
De agua comun 30 gramos (una onza).
De leche de vaca 150 gramos (5 onzas).

Hiérvase á fuego lento, agitándolo sin cesar hasta que empiece á espesarse. Quítese luégo de la candela sin dejar de moverlo por cinco minutos. Hiérvase de nuevo hasta que se empiece á espesar, apártese y déjesele luégo hervir. Pásese luégo el todo por un cedazo ó tela fina y está en disposicion de servir.

Esta preparacion de Liebig es preferible á la leche pura, como he indicado, y jamás nos cansaremos de aconsejarlo á las madres que no pudiendo criar tienen que

lactar artificialmente á su hijo y máxime si siente éste los síntomas del primer período de la atrepsia.

Se prohibirá terminantemente el uso de muñequillas ó *pipotes* con que ciertas mujeres callan á sus hijos, pues esta costumbre que perjudica notablemente á los niños cuando se hallan buenos, lo hace mucho más á los enfermos.

Se procurará una excelente limpieza á los niños, así como que la habitacion en que se encuentren tenga una temperatura moderada (16 á 18° C.)

Aunque tenga fiebre podrá permitírsele el baño acostumbrado, elevando su temperatura á 30 ó 35° C. y se administrarán varias cucharadas del jarabe de hipecacuana hasta que produzcan 3 ó 4 vómitos. Si después de la administracion del emético continúa la lengua saburrosa y el niño no tiene apetito, se le dará el aceite de ricino mezclado con jarabe de cidra ó una ó dos dracmas de manito. Algunas fricciones al vientre con aceite de manzanilla, algunas enemas con oxicrato muy ligero y la prohibicion de todo otro alimento que la leche, completan el tratamiento del primer período de la atrepsia, obteniéndose con mucha frecuencia detener la marcha de la enfermedad.

El segundo período exige más asíduos cuidados, debiendo versar los primeros sobre la alimentacion. Parrôt suprime la leche y dá á los niños caldo desengrasado y helado, al mismo tiempo que algunas cucharadas de una bebida hecha con agua azucarada y cognac (200 gramos de la primera y 10 del segundo). Se le dan dos ó tres baños al dia de á cinco minutos de duracion con agua á 32 ó 35° C., en la que se haya echado alguna harina de mostaza (40 gramos por cada 25 litros de agua), secando y abrigando mucho al niño al salir del baño. Tambien se le

administra al mismo tiempo el subnitrato de bismuto en una pocion con el jarabe de consuelda mayor, agregándole el agua de cal, si la diarrea es verde. Parrôt rechaza absolutamente el láudano, pero yo lo he visto muchas veces administrado con prudencia, dar excelentes resultados.

En cuanto mejora el niño, es decir, se anima su fisonomía y disminuyen los gritos y las evacuaciones alvinas, se le empieza á dar la leche, aunque sin fatigarlo mucho, siendo preciso en ocasiones que la nodriza se ordeñe en una cuchara y alimentarlo así; pero si la nodriza de que se dispone no es buena ó el niño se empeora con la leche, se recurre á la fórmula de Liebig.

En este mismo segundo período, si la atrepsia sigue una marcha lenta é insidiosa, se suprimen los baños, pero se sustituyen con fricciones estimulantes á la piel ó ligeros rubefacientes; se dá á los niños la leche á cucharadas é inmediatamente despues una cucharada pequeña del *elixir de pepsina* de Mialhe.

Si la enfermedad ha llegado al tercer período, es completamente incurable y aunque insistamos en los medios indicados aumentando su energía, siempre lo haremos sin esperanza alguna de buen resultado. En este período recomienda Parrôt el hidrato de cloral y yo he visto buen resultado alguna vez de la administracion de la carne cruda y reducida á papilla, en la que se echan algunas gotas de vino generoso, y del láudano líquido de Sydenhan.

El muguet que al lado de la estomatitis ulcerosa, las alteraciones de la piel, las del oido, el coma, las convulsiones, los infartos úricos y la uremia, las congestiones pasivas, etc., es considerado por Parrôt como un síntoma de la atrepsia, exige ciertos medios tópicos. Una prueba de que el muguet es debido á la perversion de la nu-

tricion la tenemos en que se presenta ordinariamente en la mayor parte de los estados caquécticos de los adultos, y yo recuerdo muchos tísicos en que se presentó en el último período de la enfermedad, agravando su triste situacion.

Entre los tópicos que mejor resultado dan en el muguet miéntras está limitado á la boca y parte superior de la faringe, los más eficaces son el clorato de potasa mezclado con miel en partes iguales, agregándole ó no glicerina, y el ácido fenico unido á este último medicamento. Las lociones deben hacerse con mucha frecuencia. Cuando el muguet se ha extendido á la epiglotis, al interior de la faringe y á todo lo largo del tubo digestivo, se encuentra fuera del alcance de los medios terapéuticos. Esa extension del muguet se observa en el último período de la atrepsia.

LECCION XXXVIII.

Continúan las lesiones de la nutricion.—Clórosis.—Púrpura.

CLÓROSIS.

La clórosis de los niños se diferencia algun tanto de la de los adultos y depende como en éstos de una lesion en los principios constitutivos de la sangre, de un empobrecimiento del líquido nutricio por excelencia cuyos glóbulos aumentan al par que disminuye su fibrina.

Causas.—Es bastante frecuente en los niños de pecho

y en la segunda infancia, lo cual se comprende si tenemos en cuenta que rarísimas veces es una enfermedad primitiva si no secundaria ó consecutiva á la atrepsia, á las escrófulas, á la tísis, al herpetismo, á la sífilis, etc., y estas afecciones abundan desgraciadamente en esas edades. Tambien se la observa á veces en la convalecencia de las enfermedades infectivas.

Síntomas.—Además de la palidez de la piel, de la decoloracion de las mucosas, de la flacidez de las carnes, de la falta de fuerza del niño y de la lentitud con que se ejecutan todas las funciones, hay un síntoma muy importante, puesto que su existencia nos conduce la mayor parte de las veces á buscar los signos para hacer nuestro diagnóstico.

Aludo á la pica y á la malacia.

Muchas veces viene una madre á consultarnos qué determinacion tomar con un niño que sólo quiere comer caliza, carbon, búcaro, los desperdicios de la casa, etcétera, etc., rehusando tomar otro alimento; y dando á este síntoma el interés que se merece, comprobamos en seguida la clórosis en el niño é investigamos la enfermedad que la ha producido ó puede sostenerla.

Los niños cloróticos de uno ú otro sexo están siempre displicentes, tristes, inaptos para todo; sus digestiones se hacen irregularmente, tienen dolores y calambres de estómago, náuseas y vómitos, meteorismo y borborismos y alterna en ellos el estreñimiento con la diarrea.

En el aparato circulatorio se encuentran las mismas alteraciones que en la clórosis de los adultos; llamaradas al rostro, palpitaciones de corazon, ruido de fuelle en la region precordial y en el trayecto de las gruesas arterias más superficiales, y las mismas irregularidades se notan en el aparato respiratorio.

No es extraño hallar una ligera anasarca.

Diagnóstico.—La circunstancia de ser casi siempre una enfermedad consecutiva á otra, las alteraciones digestivas, incluso los apetitos depravados y los síntomas que acabo de indicar del aparato circulatorio, además de la palidez y el trastorno general de todas las funciones, suministran signos de tanto valor que bastan para el diagnóstico de la clórosis.

Pronóstico.—Cuando es primitiva se cura fácilmente, á condicion de ser conocida y bien tratada. El pronóstico de la secundaria depende de las lesiones que haya podido dejar en órganos importantes para la vida, la enfermedad que coexiste con la clórosis.

Tratamiento.—En la primitiva ejerce una notable influencia la higiene. Un buen aire, buena alimentacion, ejercicios activos, aseo, baños de mar, bastan para obtener la curacion, que se abrevia agregando á dichos medios el uso de algun preparado ferruginoso. El jarabe de quina y hierro de Grimault y C.ª es muy aceptable para los niños que lo toman sin reparo. Tambien puede dárseles fácilmente el fosfato de hierro soluble de Lerás.

En el tratamiento de la clórosis secundaria, hay que atender principalmente á la otra enfermedad, y cuando ésta haya desaparecido podrán administrarse los ferruginosos que en otra circunstancia tal vez perjudicarian. Un medicamento á propósito para la clórosis y que no está contraindicado para la mayoría de afecciones que pueden producirla, es el arseniato de sosa que se recetará á los niños pequeños á la dósis de 25 milígramos por 280 gramos de agua (½ grano por 10 onzas) y del que se administra de media á dos cucharadas al dia.

PÚRPURA.

La púrpura es una enfermedad debida tambien á una lesion en los principios constitutivos de la sangre, como la clórosis, y se caracteriza por la presencia en la piel y en las mucosas de multitud de manchas de color rojo de púrpura.

Se divide en púrpura simple y en hemorrágica.

Causas.—Se presenta en las dos infancias, siendo casi siempre hereditaria. Hay muchos niños en quienes la más pequeña contusion determina un equimosis extenso y la menor picadura una hemorragia terrible y este estado de la sangre siempre congénito y hereditario á veces, se ha llamado diátesis hemorrágica y hemofilia. Los individuos que se encuentran en estas condiciones están sumamente expuestos á padecer de la púrpura.

Aunque no haya tal predisposicion congénita, puede adquirirse, y entónces concurren á ello todas aquellas circunstancias capaces de debilitar la constitucion; así un aire viciado, el desaseo, los alimentos de mala calidad, el hacinamiento de personas, etc., son bastantes para ello.

La alteracion de la sangre de que hablo, tambien puede desarrollarse á consecuencia de las enfermedades infectivas.

Síntomas.—PÚRPURA SIMPLE.—De la noche á la mañana y sin pródromos ó precediendo algun malestar general y dolores articulares no muy intensos, aparece la piel sembrada de multitud de petequias de color rojo oscuro, interrumpidas en diversos puntos por manchas equimóticas, cuyas petequias y manchas tambien suelen encontrarse en la superficie de las membranas mucosas y se

desenvuelven hasta bajo las serosas. A veces hay verdaderos tumores sanguíneos y en raras ocasiones sobreviene un ligero aparato febril.

El color de estas manchas va poco á poco disminuyendo en intensidad, y al cabo de cinco á ocho dias desaparecen por la reabsorcion de la sangre derramada, siendo frecuente que haya apariciones sucesivas de manchas y reabsorcion de ellas, terminando todo próximamente á los veinte dias.

Púrpura hemorrágica.—Se diferencia de la anterior en que las petequias son mayores y más confluentes, las manchas más oscuras y más extensas, formando verdaderas elevaciones y aparecen hemorragias pasivas por todas las aberturas naturales.

A esta púrpura se refiere la hemorragia incoercible que se presenta alguna vez en los recien nacidos por el cordon umbilical, hemorragia constantemente de terminacion funesta, sea cualquiera la prontitud con que se socorra y la energía de los medios que se pongan en práctica.

Diagnóstico.—Es bastante fácil. La ausencia de alteracion en las encías y la falta de fiebre, la distinguen del escorbuto de tierra en que los dolores articulares son frecuentísimos y muy fuertes.

Pronóstico.—Es benigno el de la púrpura simple, pero gravísimo el de la hemorrágica, durante cuyo curso pueden presentarse hemorragias internas abundantes y que terminan súbitamente por la muerte. La primera especie dura de quince á treinta dias, la segunda de dos á tres meses cuando termina bien.

Tratamiento. —Las mismas precauciones higiénicas de que hablé en la clórosis. Como medios terapéuticos los ácidos vejetales y minerales y los ferruginosos. He obte-

nido excelentes resultados en niños que ya no lactaban, de la administracion diaria de grandes cantidades de zumo de limon (el de ocho á doce limones) que rara vez repugnan los niños, y del líquido hemostático de Pravaz. Puede agregarse á estos medios el uso de la esencia de trementina tan recomendada por Neligan, el de la quina y sus preparados y la hidroterapia.

Claro es que los medios farmacológicos dichos deben usarse en la púrpura hemorrágica, pues la simple cede frecuentemente á los medios higiénicos.

LECCION XXXIX.

Continúa el asunto anterior.—Escrófulas. Generalidades. Etiología y clasificacion.

ESCRÓFULAS.

Aunque las enfermedades escrofulosas son conocidas desde la antigüedad más remota, sólo hasta fines del siglo pasado empezaron á designarse con ese nombre.

La escrofulosis se ha confundido recientemente con la tuberculosis, y tanto que algunos autores han considerado al tubérculo como el producto que caracteriza á los accidentes terciarios de la escrófula. Esta opinion es hoy completamente insostenible y tanto que los caractéres de la escrofulosis y los de la tuberculosis son muy distintos, y segun dice Virchow, totalmente opuestos, pues al paso que en la primera la formacion es homeoplásica y se trata tan sólo de ciertas modificaciones (desde una simple con-

gestion hasta la destruccion completa del órgano) y en la tuberculosis por el contrario, hay formaciones heteroplásicas, es decir, produccion de limphoides en puntos á donde no existen en estado normal.

Se ha buscado la causa íntima de las escrófulas, haciéndola consistir unos en determinado estado de la sangre, pero estado desconocido y sin que sea posible reconocerlo por caractéres de ninguna especie y siendo compatible ese estado tan lamentable del líquido nutricio con las apariencias de la salud más bella. Otros creen en una lesion especial de los nervios, etc., etc.

Virchow dice, y su respetable opinion me parece muy digna de tenerse en cuenta, que en la escrofulosis existe una debilidad de ciertos órganos y regiones, debilidad que consiste en una imperfeccion en la organizacion de los ganglios y vasos linfáticos, imperfeccion que á su vez depende de la de otros tejidos, como la piel, las mucosas, etcétera. De esta debilidad ó imperfeccion resulta que una irritacion insignificante de cualquier órgano que en la mayor parte de los individuos apénas produce trastorno alguno, ocasiona en aquellos á que me refiero, una tumefaccion glandular que no se detiene en los límites de una irritacion, sino que ó sigue la marcha de una inflamacion, aunque con más lentitud que las inflamaciones ordinarias y revistiendo otros caractéres especiales, ó el ganglio se hace asiento de un trabajo neoplásico sufriendo luégo la regresion caseosa ó la amyloides y concluyendo de un modo absoluto con la vida del ganglio, y tanto que cuando la enfermedad se cura y el processus patológico desaparece, no lo hace en la mayoría de casos sin que la glándula haya sido destruida por completo, eliminándose unas veces y quedando totalmente indurada otras é inapta por consiguiente para toda funcion.

De esta imperfeccion en la organizacion de los ganglios resulta una constitucion patológica que en un principio y áun durante un espacio de tiempo bastante largo, puede permanecer latente sin revelarse por carácter alguno y hasta presentando el individuo todos los signos de la más brillante salud.

Los caractéres únicos de esta constitucion escrofulosa cuando empieza á hacerse evidente, son la gran vulnerabilidad de las partes, la persistencia de los processus patológicos que se inician en los ganglios, y la especie de independencia que estos tienen una vez enfermos respecto del organismo, que parece extraño á sus padecimientos. Esta constitucion escrofulosa no siempre es congénita, sino que á veces se adquiere, contribuyendo á esta adquisicion lesiones de la piel y de las mucosas ó alteraciones en la digestion.

Segun Virchow, las modificaciones que se operan en los ganglios linfáticos consisten en aumento de los tejidos celulares y de los corpúsculos linfáticos. Las células que se multiplican por segmentacion son imperfectas generalmente y hasta se ven núcleos libres sin envoltura, pero en ciertos casos adquieren mayor perfeccion aún que las de los ganglios normales y entónces la tumefaccion de estos ganglios permanece estacionaria algun tiempo, aunque luégo se hacen asiento de una metamorfosis grasienta y ántes de completarse ésta los elementos mueren, al paso que al lado de los primitivos se desarrollan nuevos elementos y el tumor llega á estar formado de una masa compacta, en la que se encuentran células jóvenes y productos de la necrobiosis de otras. Entónces es cuando se observa la metamorfosis caseosa que no es otra cosa que la terminacion necrobiótica de un processus hiperplásico de proliferacion y por lo tanto un estado secun-

dario, nunca un estado primitivo. Esta materia caseosa ha sido confundida con la tuberculosa, de la cual se separa completamente.

La materia caseosa suele reblandecerse y liquidarse en gran parte, dando lugar á lo que se ha llamado pus caseoso, sobreviene una rotura del absceso y la ulceracion consiguiente (úlcera escrofulosa) que subsiste miéntras subsista una mínima parte de materia caseosa; y cuando ésta ha desaparecido se forma entónces la cicatriz radiada y deprimida de las úlceras escrofulosas. Otras de las terminaciones de la materia caseosa son la metamorfosis ateromatosa y la cretificacion. Virchow refiere otra terminacion rarísima, cual es la reabsorcion de la materia caseosa.

Etiología.—Mirando la cuestion bajo el punto de vista expresado más arriba, tenemos precision de rechazar los caractéres fisionomónicos que tanto y tanto se han repetido para distinguir á los individuos que tienen un temperamento linfático ó una constitucion escrofulosa. El mismo Bouchut, que se esmera en describir estos caractéres, dice que en París dichos individuos tienen el color de la piel blanco y los cabellos rubios, pero cree que en países más meridionales ostentan la piel morena y son pelinegros. La verdad de esto es que lo que se ha descrito por Bouchut y los que con él opinan, es el individuo padeciendo de escrófulas, no el individuo que tiene áun en su período latente la constitucion escrofulosa.

He dicho ántes que esta constitucion es congénita y adquirida: agregaré ahora que puede ser general ó parcial, es decir, que la imperfeccion orgánica puede afectar á todo el sistema linfático ó sólo á una parte de él, y esto se observa en algunos de los casos en que la enfermedad es adquirida.

Los niños están más predispuestos á la escrofulosis que los adultos y la que se encuentra en ellos es la congénita ; las hembras la padecen ménos que los varones en la niñez y vice-versa en la edad adulta. La mala alimentacion, el uso exclusivo de féculas y vejetales, la permanencia en lugares oscuros, húmedos y mal ventilados, el desaseo, la producen. Se la observa con frecuencia en los hijos de matrimonios consanguíneos.

Se ha visto, sin embargo, que el desarrollo de la enfermedad ha sido ocasionado muy frecuentemente por una denticion laboriosa, por una enfermedad aguda y con especialidad por las fiebres eruptivas y de éstas en primer término el sarampion.

Clasificacion.—Se han descrito tres períodos en la evolucion de la escrofulosis, con los nombres de accidentes primitivos, secundarios y terciarios, comprendiendo en el primero lo que he llamado escrófula latente ó constitucion escrofulosa, en los segundos las afecciones de la piel, de las glándulas, de las mucosas y de los huesos, y entre los terceros los tubérculos. Pero por un lado yo no sé cómo describir un período como el primero en que la enfermedad está latente, es decir, oculta sin presentar caractéres para distinguirla, y por otra parte, ya dige ántes que los tubérculos eran completamente distintos de las escrófulas : queda por lo tanto sólo un período, el de accidentes secundarios, y en él habria que describir todos los síntomas de la enfermedad. Pero como efectivamente existe cierta limitacion, ó mejor dicho, cierta separacion entre las lesiones escrofulosas, de aquí que yo adopte la clasificacion expresada, aunque dándole otra interpretacion.

Dividiré, pues, la evolucion de la escrofulosis en tres períodos : 1.° de processus irritativos ; 2.° de processus

propiamente escrofulosos ó alteraciones profundas en los tejidos, y 3.° de caquexia.

Compréndense en el primer período la blefaritis, la conjuntivitis que yo he llamado linfática, la queratitis epitelial, los exantemas escrofulosos, los catarros escrofulosos de todas las mucosas, los infartos ganglionares.

En el segundo período trataré de los processus verdaderamente escrofulosos, y por lo tanto de los abscesos, las ulceraciones y las alteraciones de los huesos.

Y por último, en el tercer período describiré la caquexia escrofulosa.

LECCION XL.

Continúa el asunto anterior. — Diversos períodos de la escrofulosis. — Primer período. Processus irritativos. — Afecciones oculares.

PERÍODOS DE LA ESCROFULOSIS.

PRIMER PERIODO.

Vulnerabilidad de las partes, persistencia de los accidentes y frecuencia de las recidivas, son los caractéres más constantes, casi distintivos de las lesiones escrofulosas y estos caractéres se encuentran reunidos, como no podia ser por ménos, en las alteraciones patológicas que constituyen el primer período de la escrofulosis.

Durante él se presentan las afecciones oculares, los

catarros de las membranas mucosas, los exantemas cutáneos y las adenitis linfáticas.

Dos palabras acerca de cada una de estas lesiones.

AFECCIONES OCULARES.

Son la blefaritis, la conjuntivitis linfática y la queratitis epitelial.

BLEFARITIS.

Se dá este nombre á la inflamacion del borde libre de los párpados.

Para la mejor inteligencia de esta afeccion, es preciso no olvidar que en el borde libre de los párpados se puede considerar, anatómicamente hablando, un labio posterior, otro anterior y un intersticio. El posterior tiene una multitud de aberturas muy pequeñas, paralelas unas á las otras, que son los orificios de las glándulas de Meibomio; del anterior salen las pestañas en número próximamente de 100 á 150 para cada párpado, y cada una tiene su bulbo (bulbo ciliar) que se encuentra situado entre el músculo orbicular y el cartílago tarso. En el intersticio se observan los orificios de las glándulas ciliares, las cuales son en número de 200 á 300, hallándose anexas dos á cada folículo ó bulbo ciliar y segregando una materia sebácea.

Teniendo en cuenta, pues, la estructura del borde libre de los párpados, fácilmente nos daremos cuenta del porqué de cada uno de los síntomas de la blefaritis y podremos establecer una division exacta de ella. Nuestro distinguido maestro el Dr. Delgado Jugo en un interesante artículo publicado en el número del *Pabellon Médico*

correspondiente al 7 de Marzo de 1863, clasifica esta enfermedad del modo siguiente:

«1.° Blefaritis ciliar . . . . { Escamosa ó furfurácea. / Folicular.

2.° Blefaritis glandulo-ciliar. . { Simple. / Ulcerosa.

Blefaritis escamosa ó furfurácea.—Esta es una de las variedades de la blefaritis ciliar, llamada por algunos autores *psoroftalmía*. Constituye propiamente hablando, una pitiriasis ciliar, ó una eflorescencia epidérmica, segun la feliz expresion de M. Velpeau. Pequeñas escamas delgadas y furfuráceas, blancas ó grises, aparecen entre la raiz de las pestañas, sobre todo por el lado cutáneo del párpado.

Ese producto escamoso del borde libre palpebral, obliga á los enfermos, á causa de la comezon de que se acompaña, á frotarse constantemente los ojos. El prurito y la sequedad producidas por la blefaritis furfurácea no motiva, por lo general, ninguna otra lesion en el ojo, en términos que los enfermos se aperciben poco de un estado que suele perpetuarse largo tiempo.

Blefaritis folicular.—Segunda variedad de la blefaritis ciliar, cuyo punto de partida existe sólo en los folículos de la raiz de las pestañas.

Pustulillas pequeñas, comparables por su volúmen á una cabeza de alfiler, aisladas muchas veces en número de dos ó tres, y otras en mayor cantidad, pero siempre distribuidas por grupos, ocupan el borde de los párpados alrededor de una ó más pestañas, ó desde los puntos lagrimales hasta el ángulo externo del ojo. Esas pustulillas al abrirse al esterior suministran una materia espesa y purulenta, que convirtiéndose en costritas, se pega fuertemente á las pestañas, las cuales forman como pince-

les al unirse unas á otras por la adherencia de las costras. Esta clase de blefaritis es bastante frecuente, y produce, por lo comun, cierto grado de hiperemia conjuntival.

Blefaritis glándulo-ciliar simple.—Esta es una de aquellas, en la cual además de los folículos, participan de la inflamacion las glándulas ciliares y no las de Meibomio, como piensan equivocadamente M. Velpeau y algunos otros autores.

El efecto inmediato de la parte que toman las glándulas en esta blefaritis, se traduce por un aumento en la secrecion de la materia sebácea. Ese producto glandular se hace más concreto por la accion del aire, y forma de este modo en el borde libre de los párpados y en los puntos de implantacion de las pestañas, costras grandes y densas, sobrepuestas unas á otras y de un color pajizo.

Esta blefaritis no es otra cosa que una psoriasis palpebral, limitada al borde libre; aunque de vez en cuando se la vé acompañada de una rubefaccion eritematosa de los tejidos vecinos. Ella produce en los que la padecen una conjuntivitis óculo-palpebral, acompañada de una sensacion parecida á la que causa la presencia de un cuerpo extraño entre los párpados.

Blefaritis glándulo-ciliar ulcerosa.—Tiene el mismo orígen que la anterior, solamente que sus efectos son mucho más graves.

Ulceraciones consecutivas á pequeños abscesos glandulosos interciliares, nacidos en el borde libre de los párpados, desnudas algunas de ellas y cubiertas otras por costras bastante espesas, constituyen principalmente el síntoma distintivo de esta variedad de blefaritis. Cuando esas ulceraciones son algo profundas, se interesan en la inflamacion la capa tegumentosa del párpado y el tejido

celular subyacente. Para algunos autores toma parte tambien el pericóndrio mismo del tarso, y de allí la denominacion de oftalmía tarsiaca.

Si los bordes palpebrales han permanecido inflamados durante mucho tiempo, sufren una degeneracion dura, callosa é insensible. Este estado ha sido designado con el nombre de *tylosis*. Las pestañas normales, en las partes degeneradas, desaparecen casi todas, encontrándose sólo algunas falsas cuya viciosa direccion contribuye á irritar constantemente el globo del ojo.

La blefaritis glándulo-ciliar ulcerosa produce en los que la padecen una oftalmía rebelde, acompañada de epífora y fotofobia.»

La duracion de la blefaritis es bastante larga, principalmente cuando no es convenientemente tratada.

Diagnóstico.—Puede confundirse esta enfermedad con la conjuntivitis idiopática en sus dos primeros períodos, pero la distincion es fácil si se tiene en cuenta que las costras de la blefaritis son blandas y friables á causa de la gran cantidad de grasa que contienen, y las de la conjuntivitis son duras y resistentes; que las primeras se hallan situadas en la base misma de las pestañas y las segundas á uno ó dos milímetros (media á una línea) de su base; y que en la inflamacion del borde libre de los párpados, no se pegan éstos durante la noche ó si acaso muy poco, al paso que en la flegmasía conjuntival los enfermos no pueden abrir los ojos por la mañana al levantarse, á causa de la adhesion de los párpados, debida al desecamiento del producto segregado durante el dia, y tienen las pestañas reunidas en pequeños pinceles por esa misma secrecion.

Pronóstico.—Es grave, pues su curacion es larga y difícil y suele dejar en pos de sí lesiones de entidad.

Tratamiento.—Debe ser general y local. El primero consiste en colocar al individuo en las mejores condiciones higiénicas, administrándole al interior los yodurados, los ferruginosos, los amargos, y aconsejándole los ejercicios gimnásticos, los baños de mar y los procedimientos hidroterápicos.

Localmente se debe procurar el mayor aseo posible en los párpados, locionando frecuentemente su borde libre con una disolucion de borato de sosa y solicitando la caida de las costras, reblandeciéndolas con la glicerina y haciéndolas desprender con agua templada. Cada vez que se reproduzcan se repetirá la misma operacion. Enseguida se friccionará una ó dos veces al dia el borde libre de los párpados con una de las pomadas cuya base es el precipitado rojo, como la de la viuda de Farnier, la del Príncipe Regente, la de Lyon, etc.

En la blefaritis glándulo-ciliar ulcerosa se hace necesario á veces cauterizar las úlceras con el nitrato de plata en barra ó en disolucion concentrada, y yo he obtenido á veces muy buenos resultados de las lociones con una disolucion de deuto-cloruro de mercurio en la proporcion de 15 centígramos (3 granos) por 60 gramos (2 onzas) de agua, disueltos S. A. Cuando existen algunas pestañas invertidas hay que arrancarlas, y en el tylosis es preciso, segun Rosas, escarificar la parte callosa cada cuatro ó cinco dias, además de usar los medios arriba dichos y de la aplicacion de algunas cataplasmas calientes de cicuta, saponaria y una pequeña cantidad de alcanfor, ó de fricciones con ungüento napolitano.

Deval recomienda tambien para la blefaritis el uso del precipitado amarillo.

CONJUNTIVITIS LINFÁTICA.

No entraré ahora en la cuestion que he debatido en mi *Tratado de enfermedades de los ojos*, de si la conjuntivitis pustulosa de los autores es ó no una manifestacion de la escrofulosis; al colocarla en este sitio, claro es que resuelvo la cuestion en sentido afirmativo.

Síntomas.—Esta enfermedad está caracterizada por la existencia de unas elevaciones de magnitud variable, desde la de una cabeza de alfiler pequeño hasta la de una lenteja, elevaciones que son ó pápulas (conjuntivitis papulosa), ó pústulas (c. pustulosa), ó flictenas (c. flictenular); su sitio predilecto es la conjuntiva esclerotical más ó ménos próximo al borde querático, aunque á veces tambien se presentan sobre la córnea. Estas elevaciones son el punto terminal de una porcion de vasos que en forma fasciculada vienen desde los fondos de saco, y su número es variable. En ocasiones una sola elevacion recibe dos haces distintos de vasos.

A estos síntomas anatómicos se une algun lagrimeo y si la afeccion es intensa, alguna fotofobia.

La conjuntivitis linfática coincide á menudo con un eczema húmedo, cuyo asiento es detrás de las orejas, y con otros exantemas.

Yo considero en esta afeccion dos formas: una benigna y otra grave. En la primera hay pocas pústulas, se hallan bien separadas unas de otras y distantes del márgen querático y los haces vasculares son poco notables. En la forma grave ó hay muchas pústulas, se hallan en el márgen de la córnea y la inyeccion es tan considerable que se confunden completamente unos haces con otros, ó aunque el número de pústulas sea escaso (una

quizás) se encuentran éstas sobre la córnea y entónces sobrevienen casi irremediablemente las úlceras de esta membrana con toda la cohorte de alteraciones que suelen traer tras sí.

En la conjuntivitis linfática grave hay lagrimeo abundante, fotofobia intensa, dolores ciliares y además los síntomas de las úlceras de la córnea si se trata de la segunda variedad, y si de la primera es muy frecuente que sobrevenga la afeccion que Desmarres llamaba conjuntivitis purulenta de los niños escrofulosos.

Duracion, marcha y pronóstico.—La duracion, pues, de esta forma es larga y su buena ó mala terminacion depende en mucho del mayor ó menor celo en la asistencia del enfermo, abstraccion hecha de la oportunidad en el diagnóstico.

En la forma leve, al cabo de cinco ó seis dias, empieza la pústula á aplanarse, reabsorviéndose su contenido y desapareciendo al mismo tiempo la inyeccion, verificándose la curacion sin lesiones á los doce á quince dias de iniciada la afeccion. Otras veces la pústula se rompe, se derrama el líquido que contiene, se arroya la película rota y se cura la enfermedad de un modo análogo al indicado. Esta rotura de la pústula es lo que ocurre siempre que es querática y entónces es cuando aparece la ulceracion á que ántes he hecho referencia.

Diagnóstico—Es muy fácil y en rigor sólo puede confundirse esta afeccion con la episcleritis.

Tratamiento.—Hé aquí el que suelo seguir en esta enfermedad.

Si hay pocas pústulas y estas son pequeñas, hago insuflaciones diarias con el calomelano en el ojo afectado, las que continúo doce ó trece dias despues de desaparecidas, pues creo con Donders que el mercurio dulce pre-

viene en parte las recidivas. Hago tambien tomar al niño dos cucharadas pequeñas diariamente de aceite de hígado de bacallao y recomiendo una buena higiene. La administracion del aceite la sigo indefinidamente.

Si el caso es grave y hay ulceraciones, instilo algunas gotas tres veces al dia, de una disolucion de sulfato neutro de atropina, en la proporcion de un grano por onza de agua destilada; aplico algunas sanguijuelas á la region temporal ó sobre las apófisis mastoides, doy el calomelano á dósis alterante y despues de estos medios hago tomar al individuo dos papeles al dia de los polvos de Sichel que formulo del modo siguiente:

Rp.

Azufre dorado de antimonio.
Polvos de ruibarbo. . . .
Carbonato de magnesia . .
} a a 1 dracma (4 gramos).

Mézclese exactamente y divídase en veinte papeles.

Cuando la inflamacion es muy intensa prescribo algunas veces como hipostenizante el cloruro bárico á la dósis de ½ grano, llegando hasta 1½ al dia, pero procediendo con mucha cautela á causa de las propiedades tóxicas de este agente.

Tambien en los casos leves suelo usar de la pomada de precipitado amarillo.

Uno de los medicamentos que han sido muy preconizados en esta enfermedad y al que debo muchas curaciones, es el precipitado rojo ó bioxido de mercurio anidro, mezclado con la manteca sin sal ó el Cold-cream, en la proporcion de 6 á 8 granos (30 ó 40 centígramos) por una dracma (4 gramos) de la segunda. Pangenstecher fué el primero que llamó la atencion de los médicos acerca de la eficacia de este agente, pero usado á mayores dósis de las que se empleaban hasta entónces. Sin

embargo, es preciso tener en cuenta, que tanto el precipitado rojo como el amarillo, ó sea el bióxido hidratado de mercurio obtenido por precipitacion, no deberán usarse nunca en los casos en que haya infiltraciones ó úlceras atónicas de la córnea con pocos síntomas inflamatorios por parte de la mucosa, debiéndose emplear ántes en estos casos compresas empapadas en agua caliente y puestas sobre los ojos con el objeto de reanimar la nutricion de la córnea y la vascularizacion de la conjuntiva. Tampoco lo usaremos en los casos graves hasta que hayamos disminuido mucho la intensidad de los síntomas flogísticos.

Respecto al tratamiento general ya he hablado del aceite de bacallao y del cloruro bárico, pudiendo agregar á estos medios el ioduro de potasio ó las píldoras ferruginosas de Blancard, ó de Vallet, etc., etc., los baños de mar, ejercicios activos, cambio de clima, viajes, alimentacion reparadora, etc. etc.

Quede sentado ántes de concluir, que aunque el tratamiento general de la conjuntivitis linfática es de una importancia suma, puesto que coloca al enfermo en las condiciones más favorables para obtener su curacion é impide las recidivas, no por eso olvidaremos ó descuidaremos nunca el tratamiento local, al que infinitas veces somos deudores de la conservacion del estado de integridad funcional del órgano quizás más necesario para la vida de relacion.

QUERATITIS EPITELIAL.

Ya he hablado de ella al tratar de la sífilis congénita, pues parece que ésta y la escrofulosis son las dos afecciones constitucionales, bajo cuya dependencia se halla casi exclusivamente.

Agregaré tan sólo ahora que en la queratitis epitelial

escrofulosa no se emplearán los mercuriales como en la sifilítica, sino aquellos otros medicamentos que segun se dice son anti-escrofulosos, y á la cabeza de todos el aceite de hígado de bacallao, á cuya administracion á dósis elevada (de seis á ocho cucharadas grandes todos los dias) he debido éxitos muy notables. En época oportuna y no existiendo estado inflamatorio agudo ni sub-agudo, se le recomendará al enfermo el uso de los baños de mar y un tratamiento riguroso hidroterápico.

LECCION XLI.

Continúa el primer período de la escrofulosis.—Catarros de las membranas mucosas.—Erupciones cutáneas. Infartos ganglionares.

CATARROS DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS.

Todas las membranas mucosas son susceptibles de padecer bajo la influencia de la escrofulosis, y este padecimiento tiene por caractéres su poca intensidad, su tendencia á producir flujos mucosos, su rebeldía y la frecuencia con que despues de invadir con preferencia y áun casi exclusivamente los folículos mucosos, se trasmite la lesion á los gánglios circunvecinos.

De estos catarros los más comunes son: *el coryza*, durante el cual hay engruesamiento de la mucosa nasal, tumefaccion de la nariz y del labio superior y flujo mucoso abundante, continuándose á menudo con el catarro de la mucosa de las vías lagrimales, causa á su vez de la obstruccion de estas vías y de la rija que es consiguiente:

el *catarro de la mucosa buco-faríngea* caracterizado por la tumefaccion de las encías que sangran fácilmente, la elevacion de las papilas linguales, la formacion de granulaciones en la faringe, la hipertrofia consecutiva de las amígdalas, acompañado todo de una salivacion abundante y con frecuencia fétida: el *catarro del oido externo* ó la otitis crónica que produce una otorrea abundante y de un olor insoportable, y luégo el engruesamiento de la membrana del tímpano ó la ulceracion y destruccion de la misma y de todos modos la sordera, temporal unas veces, permanente en la mayoría de casos; el *catarro de la mucosa ocular* con el estado granuloso de la misma ó sea la hiperplasia de las papilas conjuntivales; el *catarro de la mucosa gastro-intestinal* caracterizado por la falta de apetito, náuseas y vómitos de mucosidades abundantes, digestiones lentas y penosas, diarrea frecuente acompañada de meteorismo y cólicos intestinales, no tardando en aparecer el infarto de los gánglios mesentéricos y trastornos todavía más graves en la nutricion que llevan á la tabes mesentérica; el *catarro bronquial* de larga duracion, con frecuentes exacerbaciones y una tísis pulmonal en perspectiva; el *catarro vesical y uretral* que aunque raro he visto al primero en un niño de 5 años de edad; el *catarro vaginal* muy frecuente en las niñas y que las produce esa leucorrea que Deizemeris llamaba linfática ó constitucional.

Pronóstico.—Todas estas afecciones son graves: 1.°, porque revelan un estado constitucional difícil de desaparecer: 2.°, por su gran tendencia al cronicismo; 3.°, porque á causa de ellas suelen venir alteraciones muy importantes de órganos de sumo interés para la vida, y 4.°, porque todas estas lesiones son seguidas, por poco que se descuiden, de enfermedades de los tejidos fibrosos y de los

huesos y en pos de todas la caquexia escrofulosa.

Tratamiento.—Buen aire, buen alimento, buena higiene, en una palabra, es lo que principalmente necesita el niño afectado de cualquiera de las manifestaciones dichas. Se administrarán además los medicamentos expuestos al tratar de la conjuntivitis linfática, y respecto al catarro mismo demás está advertir que cada especie exige medios diferentes, pero en general puede decirse que olvidando el carácter inflamatorio que se atribuye á estos processus, deben recomendarse en primer término los escitantes de todas clases. Una cauterizacion con sulfato de cobre puro ó una disolucion concentrada de nitrato de plata, cura un catarro de la mucosa ocular; las insuflaciones con una mezcla de precipitado rojo y precipitado blanco hacen buen efecto en un coryza; los balsámicos y el ácido fénico convienen á la bronquitis; el café de bellotas modifica la diarrea; inyecciones de sulfato de zinc destierran una leucorrea; la hidroterapia produce felices resultados en todos estos catarros.

ERUPCIONES CUTÁNEAS.

Las que más se observan en la práctica son el eczema, el impétigo y el ectima.

Eczema.—Es una erupcion de vesículas pequeñas que producen algun prurito y que á consecuencia de su rotura se forman costras amarillentas, debajo de las cuales hay una abundante exudacion líquida, parte de la cual se deseca á su vez, aumentando el volúmen de dichas costras que por último caen expontáneamente ó no, y concluyen por desaparecer en un período de cuatro semanas á dos meses y á veces más tarde. Aparece en todas las partes del cuerpo, con especialidad detrás de las orejas,

alrededor de los párpados y de los labios, en el cuero cabelludo y en los sitios en que hay arrugas ó pliegues naturales. Viene acompañado de infarto de los gánglios correspondientes, y cuando se cura no deja cicatriz, sino la piel algo rosada, desapareciendo tambien esta coloracion. Se ha distinguido un *eczema simplex* y otro *rubrum*, segun que las partes atacadas estén pálidas, ó por el contrario, rojas y tumefactas.

Impétigo.—Es una erupcion pustulosa que apénas se diferencia del eczema más que en la erupcion que es pustulosa y las pústulas son grandes, las costras más gruesas y duras y la exudacion menor. Su sitio de preferencia es el cuero cabelludo.

Ectima.—Está constituido por la presencia de pústulas aisladas de base dura y rodeada de una pequeña areola inflamatoria, cuyas pústulas al romperse forman unas costras morenas que al caerse dejan en su lugar una úlcera atónica que apénas supura, pero que se cicatriza con suma lentitud.

Tambien se presenta en la escrofulosis el acne y áun el lupus en sus formas más temibles, pero esto último no suele ocurrir sino en el período tercero ó sea el que he llamado de caquexia escrofulosa.

Tratamiento.—El tratamiento local de las tres erupciones citadas, pues el general es idéntico al de cualquiera otra manifestacion ó processus, es el siguiente. En primer término la limpieza y para conseguirla se recomiendan los baños generales casi frios dados con afrecho ó echando en el agua bicarbonato de sosa ó haciendo un ojo de jabon; estos últimos baños convienen más bajo la forma de baños locales repetidos á menudo. Las superficies exulceradas que quedan despues de quitar las costras se lavan con esas mismas aguas y se cubren con

licopodio en polvo ó con glicerolado de almidon ó con una pomada hecha con glicerina y una pequeña cantidad de precipitado rojo ó blanco.

Con estos medios y el tratamiento local se curan el eczema y el impétigo, agregando, cuando residen en la cabeza, el cortar de raiz el cabello.

Las úlceras del ectima hay que tocarlas con el nitrato de plata y cubrirlas con bálsamo de Arceo ó ungüento digestivo simple untados en hilas. Aquí tiene aún más importancia que en las otras dos erupciones, el tratamiento general.

INFARTOS GANGLIONARES.

En cuanto aparece un processus irritativo escrofuloso, se tumefacen los gánglios vecinos, y principalmente aquellos á donde van á parar los linfáticos que salen del sitio afecto; así es que vemos el infarto de los pre-auriculares en los catarros de la conjuntiva y eczema peri-palpebral; el de los que están detrás del ángulo de la mandíbula y bajo el menton en los catarros buco-faríngeos; el de los de la raiz de los bronquios en las bronquitis; el de los del mesenterio en el catarro gastro-intestinal, etc. etc.

Durante el primer período de la escrofulosis, este infarto continúa indolente, aunque aumentando lentamente, y en general sigue la marcha de la otra manifestacion concomitante. En el segundo período es cuando se forman los abscesos y aparecen las ulceraciones de que me ocuparé bien pronto.

A pesar de la dependencia en que parecen estar las adenitis de otras lesiones y de la escrofulosis por de contado, exigen con frecuencia el uso de algunos medios lo-

cales, como son las fricciones con las pomadas mercuriales ó yoduradas y áun á veces la tintura alcohólica de yodo pura.

LECCION XLII.

Continúa el asunto anterior.—Segundo período de la escrofulosis ó escrofulosis confirmada.

SEGUNDO PERÍODO DE LA ESCROFULOSIS.

En este segundo período ya no es un simple processus irritativo, aunque con estos ó aquellos caractéres, de lo que se trata; en las lesiones de que voy á hablar hay alteracion más profunda en los tejidos que las que en el primer período describí.

ADENITIS ESCROFULOSA.

Tomando por tipo el gánglio infartado ó el bubon escrofuloso, ya no existe el estado hiperplásico, sino que se verifica en él la degeneracion, la metamorfosis caseosa que puede invadir parte de un gánglio ó todo él, transformándose entónces en una masa casi completamente homogénea que resiste al corte y presenta entónces el aspecto de una patata, aunque algo más seca y de un blanco más amarillento. Esta sustancia caseosa viene á ser, segun Wirchow, la terminacion necrobiótica de un processus originariamente hiperplásico de proliferacion y al cabo de cierto tiempo se reblandece, se liquida, cons-

tituyendo el pus caseoso que sale al exterior por una rotura artificial ó expontánea de la piel. Al verificarse esta liquidacion, el tumor se hace fluctuante y nos encontramos frente á frente de lo que se ha llamado abscesos frios ó abscesos linfáticos, en los cuales hay una consecuencia casi completa de los fenómenos que se han considerado como característicos de la inflamacion y sólo cuando tienen cierta fecha y están muy voluminosos ó cuando accidentalmente han sido objeto de alguna irritacion, entónces su vértice se pone violado y llega á adelgazarse la piel y á romperse, aunque rara vez por una abertura sola, y por esta ó estas roturas sale en mayor ó menor cantidad un pus seroso con grumos más ó ménos gruesos de esa materia caseosa que se la encuentra tambien adherida á las paredes del absceso. Despues de la expulsion de esta materia, el fondo del absceso se llena de granulaciones, pero la piel adelgazada en una gran extension carece de vitalidad y no puede servir para la cicatrizacion, quedando por lo tanto úlceras atónicas de bordes irregulares, despegados y de color violáceo, úlceras que apénas manan alguna serosidad ó una corta cantidad de pus pero que duran meses y meses.

Tratamiento.—Además del tratamiento general es preciso en estos abscesos hacer dilataciones y áun contra-aberturas, favoreciendo con inyecciones de disoluciones de tintura de yodo ó de ácido fénico y con presiones, la evacuacion de la materia caseosa, y luégo de conseguido insistir en las referidas inyecciones, ejercer una compresion continuada, atravesar con sedales los trayectos fistulosos y áun escindir completamente toda la porcion de piel violácea.

ABSCESOS.

Otras veces se forma estos abscesos frios en el tejido adiposo subcutáneo y en la proximidad á los huesos, y han sido considerados como consecutivos á depósitos inmediatos de sangre ó de linfa.

Siguen la misma marcha que los anteriores y exigen el mismo tratamiento.

TÍSIS ESCROFULOSA.

En las inflamaciones catarrales de la mucosa de las vías respiratorias que he mencionado en el primer período, hay que temer siempre la transformacion de los productos inflamatorios en materia caseosa. Esta bronquitis escrofulosa presenta como caractéres casi constantes el ser crónica, atacar los bronquios gruesos, en los que determina un engruesamiento de su mucosa, un inspisamiento del producto segregado, la hiperplasia y en pos de ella la metamorfosis caseosa de los gánglios bronquiales. Estas lesiones producen síntomas enteramente análogos á los de la tísis tuberculosa y tanto que la bronquitis de que trato ha sido llamada *tísis bronquial* ó tísis escrofulosa. Esta *tísis* es curable y la curacion tiene lugar arrojándose al exterior las materias segregadas que por su inspisamiento obstruian las vías respiratorias, disminuyéndose la tumefaccion de la mucosa y verificándose la cretificacion de los gánglios bronquiales.

Para conseguir este resultado, precisa además del uso de los medios generales, que tantas veces ya he expuesto, agregar algunos otros. En estos casos los eméticos producen excelente resultado, así como los vejigato-

rios volantes á las paredes torácicas. Tambien se han administrado el hipofosfito y el fosfato de cal, medicamentos que se dice proporcionan al organismo elementos para la cretificacion de los gánglios.

En el segundo período de la escrofulosis es cuando se inicia la tabes mesentérica, enfermedad eminentemente grave, cuya evolucion concurre rápidamente á la produccion de la caquexia escrofulosa, así como las inflamaciones del perióstico y de los huesos.

La frecuencia y gravedad de estas lesiones me obligan á tratar de ellas con alguna más extension de la que he empleado en las anteriormente expuestas.

TABES MESENTÉRICA.

Esta enfermedad es muy rara en los reciennacidos, obsérvase á veces en la época del destete y es más comun despues de ésta, y sobre todo á la edad de 4 á 8 años.

Los niños parecen algo más expuestos que las niñas y los trastornos en el régimen son tenidos como su causal ocasional más frecuente.

Vogel describe aparte una enteritis catarral y otra foliculosa, que realmente son períodos diferentes de la tabes mesentérica.

Lesiones anatómicas.—Consisten en el infarto de los gánglios entero-mesentéricos. Desde la granulacion casi miliar, debida á la inflamacion crónica y lenta de un folículo intestinal, hasta la necrobiosis y transformacion caseosa completa de los gánglios del mesenterio, se observan en la autopsia de los que han fallecido de esta enfermedad todas las alteraciones escrofulosas. Las lesiones glandulares dichas producen á su vez necesariamente inflamaciones más ó ménos generales del tubo intestinal y

del peritoneo, formándose en esta membrana los exudados que son consiguientes y determinándose tambien derrames de serosidad en la cavidad peritoneal y trastornos más ó ménos considerables en distintos órganos de aquellos á quienes la dicha serosa sirve de envoltura.

Los sitios más frecuentes de las lesiones de que trato son la parte inferior del yeyuno, el íleon, el ciego y el cólon, en cuyos puntos se notan las granulaciones ya á nivel de los folículos, ya en las placas intestinales. En estos puntos se observan las granulaciones, las úlceras y el exudado; y el derrame de linfa plástica, en la parte correspondiente del peritoneo. Tambien á este nivel se hallan la tumefaccion, la transformacion caseosa y en su caso la cretificacion de los gánglios mesentéricos. Hijas de estas lesiones son las adherencias intra-peritoneales de las diversas porciones de intestino, la ascitis, las lesiones del hígado, del bazo y del páncreas.

Se han visto casos en que una úlcera intestinal se ha perforado y la peritonitis por perforacion que inmediatamente la ha seguido, ha dado lugar á sus lesiones características.

Síntomas.—Desde el momento en que la enfermedad se inicia y cuando áun no puede reconocérsela en sus síntomas característicos, está el niño triste y abatido; el color de su piel es blanco mate; enflaquece paulatinamente y pierde el apetito y las fuerzas. Poco á poco van presentándosele náuseas y vómitos, extreñimiento á veces, pero con más frecuencia diarrea y los materiales de ésta son líquidos grises ó amarillentos y en algunas ocasiones estriados de sangre como los de la disentería. Acusan sensibilidad en el vientre, especialmente hácia la region umbilical, y dicha cavidad empieza á tumefacerse, notándose perfectamente meteorismo, borborismos, y más tar-

de, cuando el derrame se ha activado, un sonido mate á la percusion y una fluctuacion casi siempre oscura. No es extraño, sin embargo, que áun siendo considerable el derrame halla un sonido timpánico en la parte más elevada segun la posicion, lo cual revela una neumatosis intestinal.

En época avanzada de la enfermedad, contrasta notablemente la elevacion del vientre con la flacidez suma del niño cuyo color se vuelve térreo. La fisonomía representa entónces la de un viejo ya caduco; aparece la fiebre héctica en un principio, remitente luégo, los sudores son copiosos, la cara se abotaga, sobreviene una infiltracion edematosa general, aunque más marcada en los tobillos, y los enfermos sucumben en un estado de caquexia, si incidentalmente una perforacion intestinal ó un derrame seroso cerebral no abrevia su existencia. A veces á la tabes mesentérica ó tísis escrofulosa ventral viene á agregarse la tísis escrofulosa bronquial de que he hablado más arriba.

Diagnóstico.— Los antecedentes sifilíticos de los padres, los escrofulosos del niño nos harán sospechar de la verdadera naturaleza de cualquiera enteritis por benigna que se nos presente. En el raquitismo, aunque hay tambien tumefaccion del vientre y á veces diarrea, existe un retraso muy notable en la evolucion del sistema óseo y las incurvaciones consiguientes de cualquiera de las partes de éste.

Pronóstico.—Es gravísimo. La inmensa mayoría de casos termina por la muerte. He visto, sin embargo, enfermos desahuciados por varios profesores y por mí mismo, curarse perfectamente, merced tan sólo á un cambio de aires y de alimentacion, pero estos casos excepcionales no deben retraernos de consignar terminantemente que

la tabes mesentérica es de las enfermedades más constantemente mortales de la infancia.

Tratamiento.—Lo más esencial es el régimen. Un buen aire, una excelente alimentacion en la que deben entrar las carnes de buey ó de aves crudas ó casi crudas, la buena leche y con especialidad la de perra, á la que últimamente se han asignado propiedades casi milagrosas en estos casos, los huevos pasados por agua, la cerveza y el vino. Además ejercicios al aire libre, bien á pié ó en carruaje, y, si es posible, una gimnasia bien entendida y bajo una direccion competente.

Como medicamentos se ha aconsejado el uso del subnitrato de bismuto, el agua de cal y sobre todo el fosfato de esta base y el láudano de Sydenham al interior, y el tanino y el nitrato de plata en enemas. Las fricciones al vientre con la tintura de yodo, los baños generales salinos, sulfurosos y yodados y los de mar, han producido buenos resultados. Tambien se dice haberlos obtenido de los vejigatorios á las paredes abdominales y la aplicacion de cauterios, bien actuales, bien con la pasta de Viena.

Excusado es decir que los anti-escrofulosos deben ser administrados interiormente en cuanto se haya moderado la excitabilidad del tubo digestivo y puedan ser tolerados.

A veces será preciso practicar la paracentesis abdominal y cuando el estado del enfermo es desesperado, será preferible muchas veces atenerse á los medios higiénicos.

El vulgo tiene mucha fé en estos casos en el caldo de perro jóven y en el de culebras.

LECCION XLIII.

Continúa el asunto anterior.—Osteo-periostitis escrofulosa.

OSTEO-PERIOSTITIS ESCROFULOSA.

Es bastante frecuente esta afeccion y algunas veces la única manifestacion de la escrofulosis.

Han descrito los autores una inflamacion del periós-tio (periostitis escrofulosa), otra del hueso (osteitis escrofulosa) con sus naturales consecuencias (caries y necrosis) y una inflamacion de la médula de los huesos (endosteitis) pero á menudo es imposible en la práctica separar estas afecciones, especialmente la periostitis de la osteitis y la osteitis misma de la endosteitis, ó, dicho de otra manera, es muy difícil que se encuentre una inflamacion del perióstio ó de la médula sin que la sustancia huesosa esté tambien inflamada. Esta es la razon porque he adoptado la palabra osteo-periostitis como más general que ninguna de las otras, y agregaré ahora que esta osteo-periostitis puede dividirse en externa ú osteo-periostitis propiamente dicha é interna ú osteo-mielitis. Demás está advertir que me refiero á las inflamaciones de los huesos que tengan conducto medular y médula, pues en los huesos anchos y en todos los que no existe, faltan la menor diferencia entre la osteo-periostitis externa y la interna.

Los huesos más comunmente afectados de inflamacio-

nes escrofulosas son los largos y con especialidad las extremidades de éstos y además los cortos, como los falanges. Los huesos anchos rara vez se afectan.

Lesiones anatómicas.—Inyeccion arborizada, punticular ó uniforme del perióstio, ó de la membrana medular, infiltracion serosa de una ó de la otra que entónces adquieren la propiedad de dejarse separar perfectamente del tejido óseo, propiedad que se disminuye si la inflamacion ha pasado al estado crónico. Poco á poco hay engruesamiento del tejido y por tanto aumento de volúmen de la totalidad del hueso, quizás en algunos casos una cretificacion ó una verdadera osificacion del perióstio, ó la produccion de depósitos calcáreos en el interior del conducto medular. En ciertos casos todas las celdillas y todos los espacios están llenos de una médula de color rojo subido, produciéndose luégo la reabsorcion y desaparicion, ó mejor dicho, la fusion purulenta de toda ó de gran parte de la sustancia ósea, todo lo cual es orígen de una disminucion de la densidad con aumento de volúmen del hueso, el cual aparece como una masa ligera llena de vacíos irregulares y como si hubiese sido insuflado, y por esta razon se ha llamado *espina ventosa* á la alteracion de que me ocupo.

Además de estas lesiones se observan en algunos casos, verdaderos y extensos equimosis en el tejido óseo, focos inflamatorios únicos ó múltiples y un trabajo notable que consiste en el depósito de un líquido gelatiniforme en las mallas del tejido esponjioso, su reemplazo por granulaciones, desarrollo exuberante de elementos celulares, reabsorcion parcial de la sustancia ósea, que es sustituida por el tejido granuloso, y aumento considerable á veces del volúmen total del hueso. No es raro ver en el conducto medular ó entre el perióstio y el hueso ó en la sus-

tancia misma del hueso, focos purulentos más ó ménos considerables. Estos focos coinciden á veces con otros de las partes blandas desarrollados á consecuencia de una inflamacion extraña ó no á la inflamacion del hueso y entónces es frecuente que cuando el absceso de éste ha adquirido grandes proporciones y se presenta sub-cutáneo, lo haga frente al mismo punto de donde procede. Pero lo general es que dichas colecciones purulentas se filtren (digámoslo así) á través de varias partes blandas, siguiendo ordinariamente el trayecto que les designan los tejidos aponeuróticos, y entónces el absceso se presenta subcutáneo á una distancia en ciertos casos enorme y en alguna casi inconcebible. Estos son los llamados abscesos por congestion, cuya abertura artificial llegó á ser prohibida terminantemente en una época no muy remota de la actual.

Síntomas.—Dolor, tumefaccion y dificultad en los movimientos de la extremidad afecta son los síntomas de la osteo-periostitis, pero aunque esta sea aguda y venga acompañada de fiebre, enflaquecimiento rápido y pérdida de fuerzas, nunca llegan los otros síntomas mencionados á tener una intensidad notable. En efecto, el dolor al principio es sordo y sólo se manifiesta de rato en rato, luégo se hace contínuo, irradiándose á lo largo del hueso enfermo, y tomando el carácter de pungitivo si ha de presentarse el absceso, aunque en honor de la verdad debo decir que este dolor pungitivo no es entónces de la osteo-periostitis, sino de la inflamacion de las partes blandas, y lo que indica es la presencia de un absceso de éstas. La tumefaccion tampoco es extraordinaria y aunque puede en ciertos huesos percibirse perfectamente, es sin embargo dificilísimo encontrar su limitacion, aumentando como es natural las dificultades si se trata de una endosteitis. La

dificultad en los movimientos guarda pareja con la tumefaccion del hueso y con la lesion existente en las partes blandas, con especialidad en los tendones y masas musculares. El dolor de la osteo-periostitis suele exacerbarse por las noches, aunque este carácter no es constante.

Poco á poco si ha de sobrevenir la supuracion, el dolor se acentúa algo, la tumefaccion del miembro es considerable, la piel se pone rosada y un si es no es infiltrada de serosidad al mismo tiempo que algo tirante, y luégo una vez formado el absceso el tegumento se adelgaza, la tumefaccion se pone blanda en varios puntos á donde se percibe perfectamente la fluctuacion, y por último, el absceso se rompe por varias aberturas pequeñas y el pus que sale es ó seroso con grumos caseosos, ó cremoso, grisiento, de olor muy repugnante. El carácter de la supuracion varia si la caries sobreviene, pues entónces es muy líquida, negruzca y de un olor muy infecto sin embargo de que á veces y cariada una porcion considerable de un hueso ó necrosada, la supuracion se agota y las aberturas fistulosas se cierran, pero sin dejar de estar tumefacta la parte, infiltrada y algo roja la piel, y de subsistir el dolor. En estos casos y despues de más ó ménos tiempo (nunca mucho) se agudiza la inflamacion, aparece un nuevo absceso en el mismo punto, y tal vez se rompe por las aberturas que anteriormente tenia.

Para que la afeccion se cure en los enfermos de esta especie, es preciso ó que se elimine paulatinamente toda la porcion de hueso cariada ó que se necrose, y el secuestro ó parte necrosada sea á su vez extraido ó expulsado. Sólo entónces se cubre de granulaciones lo que queda del hueso, se regenera y llega á cicatrizarse definitivamente la fístula, aunque si se trata de un hueso superficialmente situado, entónces la piel suele adherirse íntima-

mente á él, ofreciendo despues de la curacion todos los inconvenientes de una cicatriz expuesta á los roces, á los golpes, etc. La necrosis puede ser central y entónces el secuestro se encuentra encerrado en un estuche óseo, aunque comunicándose con el foco del absceso, y tambien superficial y entónces su eliminacion es más fácil. A veces interesa gran parte del espesor del hueso y en ocasiones todo el espesor como suele ocurrir con los falanges y con los huesos del carpo.

La osteo-periostitis escrofulosa he dicho que puede atacar diversas regiones.

El *mal vertebral de Pott* ó el *espondilartrocace* es la inflamacion de las vértebras que atacando al principio al cuerpo de las mismas, se continúa luégo á las articulaciones de las mismas, llegándose á destruir hasta los fibro-cartílagos intervertebrales, algunas de cuyas porciones enteras se eliminan con la supuracion. En esta enfermedad las deformidades de la columna vertebral son debidas á la destruccion de sus porciones y el pus suele seguir el camino que le trazan las distintas aponeurosis, y por lo tanto no es extraño ver aparecer los abscesos que se llaman por congestion en cualquier punto de la espalda, pero sobre todo en la pélvis menor, en las ingles y en la parte superior de los muslos.

La sucinta descripcion que vengo haciendo de la osteo-periostitis escrofulosa debe enlazarse con la de la inflamacion de las articulaciones, pues en muchas ocasiones ésta sobreviene á consecuencia de aquella y áun cuando no haya sido así, siempre se combinan ambas.

Esta inflamacion de las extremidades articulares de los huesos, en la que existe más ó ménos pronto la inflamacion de los tejidos fibrosos articulares, es lo que se llama *tumor blanco*.

Acomete con más frecuencia á las articulaciones de las extremidades, reviste á veces la forma aguda pero comunmente se desarrolla crónicamente y está caracterizada por la tumefaccion de la articulacion, el dolor en la misma, la dificultad de los movimientos y bien pronto la formacion de abscesos, su rotura, la aparicion de trayectos fistulosos múltiples, y como consecuencia de todo esto y de la abundancia de las supuraciones, que á veces es considerable, la aparicion de la caquexia escrofulosa.

Habrán notado mis lectores que no hago más que deflorar multitud de cuestiones y de asuntos que se hayan magistral y extensamente descritos en las obras de patologia, tanto quirúrgica como médica, y el móvil de mi conducta es tan sólo el deseo de llamar la atencion sobre todo lo perteneciente á la patología del niño, al mismo tiempo que el temor de invadir el terreno de aquellas otras patologías. De este modo aviso al estudiante de cuanto puede ser objeto de un tratado de pediatria, excito su curiosidad para que apelen á otra obra más completa y no defraudo su esperanza de encontrar en ésta todo lo más esencial.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la osteo-periostitis escrofulosa y de los tumores blancos, es fácil si se tiene en cuenta la existencia de otras manifestaciones de la escrofulosis, la cronicidad que es tan propia de todas estas y el órden y la sucesion con que se presentan los síntomas indicados. Podria haber duda de si las lesiones de que se trata eran escrofulosas ó sifilíticas, pero la edad del niño nos garantiza cuando ménos de que haya habido una infeccion sifilítica voluntaria y respecto á las infecciones involuntarias que puede contraer, ya por contagio de la nodriza, ya de otro modo raro, ya por herencia, las dos primeras han debido ser reveladas por otros síntomas an-

teriores, y respecto á la última ¿qué otra cosa es en último análisis la escrofulosis, que una metamorfosis ó una degeneracion de la sífilis? Aun en un caso en que dudaramos, nuestra conciencia estaria siempre tranquila, pues el yodo y sus preparados curan la sífilis ósea y la escrofulosis ósea.

Pronóstico.—Es muy grave. Estas afecciones rara vez terminan por resolucion y las supuraciones excesivas y los sufrimientos agotan las fuerzas, llevan á la caquexia y exponen á reabsorciones funestas siempre á lo que se agrega que en muchos casos hay necesidad de practicar operaciones que como las resecciones óseas y las amputaciones de extremidades, son de una gravedad extraordinaria.

Tratamiento.—He hablado muchas veces del tratamiento general de la escrofulosis y sólo me ocuparé ahora del local.

Las fricciones con el ungüento napolitano ó con la tintura de yodo pura, se usarán al principio de la osteo-periostitis y de los tumores blancos en los que tambien se ha recomendado mucho la pomada de Jobert de Lamballe compuesta de nitrato de plata y manteca. Cuando se han presentado los abscesos y producen dolores, habrá que usar las embrocaciones y cataplasmas emolientes anodinas, dilatándolos si hacen sufrir mucho, dejándolos abrir expontáneamente en caso contrario. Una vez abiertos se harán en su cavidad inyecciones con disoluciones de tintura de yodo, con la tintura de mirra ó la de aloes, más ó ménos dilatadas en agua, y si hay secuestros óseos y son accesibles se procurará su desprendimiento y áun para favorecerlo se les cauterizará con los ácidos minerales. Si hay caries, pero limitada á una porcion del hueso y ésta tambien está accesible, se procurará su

transformacion en necrosis por las cauterizaciones y con especialidad las hechas con el hierro candente.

Si se considera despues de un maduro exámen y comprobacion de datos que la naturaleza no puede resistir las pérdidas que debe sufrir ni subvenir á los grandes esfuerzos que necesita para obtenerse la curacion, podrá pensarse en la reseccion ó en la amputacion (hablo de las extremidades), cuyo paralelo y precisas indicaciones se encontrarán en las obras de patología quirúrgica.

LECCION XLIV.

Continúa el asunto anterior.—Tercer período de la escrofulosis. Caquexia escrofulosa.

TERCER PERÍODO DE LA ESCROFULOSIS.

CAQUEXIA ESCROFULOSA.

Cuando una tabes mesentérica ha ocasionado ya desórdenes de consideracion; cuando despues de meses de sufrimientos se ha abierto un absceso osifluente; cuando un tumor blanco ha desarrollado su cohorte de abscesos, trayectos fistulosos, etc., etc., lo mismo que cuando una afeccion escrofulosa de órganos interesantes y áun solamente de ciertos gánglios se ha hecho rebelde al tratamiento, sobreviene lo que no puede ser por ménos, que la nutricion se altera y por lo tanto las fuerzas se pierden y no se recobran, ó todos los órganos se resienten porque el riego sanguíneo que reciben, ni es bastante excitador

para hacerlos funcionar ordenadamente, ni contiene los principios para sus funciones especiales y ni áun siquiera para su nutricion. Y hé aquí, pues, un estado caquéctico pero que no se diferencia del que se produce en un individuo cualquiera cuando la afeccion crónica de un órgano trastorna la nutricion; es verdaderamente una atrepsia, pero cuya causa reside no en las desviaciones del régimen, sino en la enfermedad de uno ó muchos órganos.

Esta lesion á que aludo es muy distinta de la caquexia sifilítica, en la que hay processus gomosos y amyloides en la mayor parte de los órganos; de la cancerosa, en la que se encuentran carcinomas en diversos puntos, y se parece más, como he dicho, á la atrepsia.

Pero no porque yo haga esta afirmacion vaya á creerse que pongo siquiera en duda la existencia de la caquexia escrofulosa; lo que quiero hacer constar es que no todos los estados de profunda alteracion de la nutricion que sobrevienen en los individuos escrofulosos constituyen una verdadera caquexia escrofulosa.

Reservo, pues, este último nombre para el estado de profunda desnutricion que sobreviene en algunos individuos á consecuencia de graves processus escrofulosos y en los cuales existen manifestaciones múltiples de esa enfermedad.

Cuando el gran práctico de nuestro siglo, el inmortal Trousseau, escribió sus lecciones de clínica médica, describió con el nombre de *Adenia* á una enfermedad caracterizada por la hipertrofia generalizada de los gánglios linfáticos superficiales y profundos y áun la produccion de los elementos de los dichos gánglios en órganos en quienes no existen en el estado normal.

Esta enfermedad fué considerada por Trousseau co-

mo distinta de la escrofulosis, y Herard que la ha estudiado despues, quiere ver en ella una diatesis linfática completamente distinta de la escrofulosa, pero combinada algunas veces con ésta.

Yo creo, sin embargo, en la naturaleza escrofulosa de la adenia. Consiste ésta en la hipergénesis de los elementos de los gánglios linfáticos, y esta hipergénesis es característica de la escrofulosis; ataca aquella todos los gánglios y á todos los gánglios acomete ésta; han creido verse en algunas observaciones de adenia alteraciones semejantes á las cancerosas, y la metamorfosis caseosa de las escrofulosas tienen tambien esa misma semejanza: en ninguna de las dos hay mayor número que el ordinario de leucocitos en la sangre; ambas invaden á todos los órganos, en los que se observa la tendencia á la gangrena y á las hemorragias; ambas producen la desnutricion y en ambas se observa la produccion heterotópica, ¿qué diferencias, pues, pueden encontrarse entre ellas? El mismo Herard no se vé precisado á admitir una diatesis linfática y otra escrofulosa, atribuyendo la adenia á la primera, aunque aliándola y combinándola frecuentemente con la segunda para salir de sus apuros?

En esta adenia veo yo, pues, no sólo la escrofulosis, sino la escrofulosis confirmada, es decir, el período de esta enfermedad en que la multiplicidad de lesiones es tan notable que se las observa hasta en órganos que en estado normal carecen de gánglios linfáticos. Es, pues, la adenia la caquexia escrofulosa, el estado de desnutricion que sobreviene en algunos individuos á consecuencia de graves y múltiples processus escrofulosos.

Veamos, pues, la descripcion que voy á hacer de ella y en la que procuraré no desviarme un ápice de las que dan Trousseau, Herard, Cornil, Cossi, etc., á no ser pa-

ra fortalecer sus observaciones con alguna mia.

Etiología.—La adenia se observa exclusivamente en los individuos que se ha convenido en llamar de temperamento linfático; puede invadir á los adultos aunque es más frecuente en los niños y se presenta unas veces en pos de otras manifestaciones escrofulosas graves (la tabes mesentérica en primer término) ó primitivamente, pero áun en estos casos generalmente ha sido precedida de síntomas de escrofulosis primaria. Esto, como se comprende fácilmente, no es un argumento en contra de la naturaleza que le asigno á la adenia, pues se observan individuos en los que ha sido simultánea ó han distado muy poco tiempo entre si la aparicion de muchos gomas sifilíticos en distintos puntos y áun de varios carcinomas en órganos diferentes. Estos casos casualmente son los que alegan con verdadera fruicion los partidarios de la opinion de que el cáncer es una afeccion general hasta en el período de granulacion ó indiferente del tumor carcinomatoso.

Lesiones anatómicas.—Hé aquí los que se observan, segun un artículo publicado por Herard en *l'Union medicale* (año 1865):

«En la autopsia se encuentran tumores ganglionares de tamaño más ó ménos considerable: algunos adquieren un peso verdaderamente increible. Estos tumores son duros, elásticos, constituidos únicamente por la multiplicacion de las células y núcleos linfáticos. Cuando se les corta, presentan un color gris amarillento, sembrado de manchas equimóticas. En una interesante observacion recogida por M. Potain, parecia que el sistema quilífero participaba de la enfermedad; los folículos estaban prominentes y blancos; las placas de Peyero elevadas y ligeramente granulosas en su superficie.

El bazo tiene en ocasiones un volúmen considerable.

En un caso recogido en la clínica de M. Nélaton, se notó la existencia de masas blanquecinas, del tamaño de una nuez, blandas al tacto, diseminadas en el tejido esplénico, y se habian considerado como núcleos cancerosos. En una enferma se encontró una lesion idéntica, que, á juicio de M. Herard, no tenia nada de cancerosa. Estos mismos tumores pueden existir en el hígado y en otros órganos. En un caso observado por M. Perrin, se comprobaron, durante la vida, once fracturas de costillas, y en la autópsia se advirtió un reblandecimiento muy pronunciado del sistema óseo, que se hallaba convertido al nivel de las fracturas, en una papilla rojiza.

En estos enfermos no se encuentra el menor aumento del número relativo de leucocitos en la sangre.

Síntomas.—Son locales y generales. Los síntomas locales que no merecen este nombre á causa de su generalizacion, consisten en la tumefaccion de todos ó de la mayor parte de los gánglios que existen en el cuerpo humano, la cual es dura al tacto, indolente y dificulta, á medida que aumenta, las funciones de todos los órganos. De aquí los síntomas que se han llamado generales y tampoco merecen este nombre, pues dependen de la suma de lesiones locales. En efecto; el enfermo mueve difícilmente las extremidades, le cuesta trabajo la masticacion y la deglucion, tiene disnea que llega en ocasiones á exigir la práctica de la traqueotomía; aqueja vómitos y diarrea y sus digestiones son lentas y con desarrollo de gases, perdiendo completamente el apetito y las fuerzas; aparece un anasarca más ó ménos pronunciado; se presentan varias erupciones (eritema, manchas equimoticas) en la piel; y en un estado de deterioro considerabilísimo y con los síntomas de una fiebre héctica, sucumbe al fin.

Diagnóstico.—Esta enfermedad sólo puede confundirse con la leucemia, pero examinando al microscopio una gota de sangre, notaremos que en la adenia es normal la proporcion entre el número de glóbulos rojos ó hemáticos y glóbulos blancos ó leucocitos y en la leucemia la proporcion de estos últimos es mucho más considerable.

Pronóstico.—Esta afeccion es mortal. Sólo muy en su principio y cuando aún no está muy caracterizada puede esperarse, aunque difícilmente, la curacion.

Tratamiento.—Trousseau recomendaba al principio de esta enfermedad el uso de los baños generales templados, agregándoles deuto-cloruro de mercurio, pero parece que los bromo-iodurados tienen mayor eficacia. Se ha hablado tambien con encomio de los baños rusos, así como de los chorros frios y calientes sobre los tumores y del *massage*. Al interior se administran los yodurados á altas dósis, los ferruginosos, el alcohol, la quina y sus alcaloides. Dícese que el *fucus vesiculosus* contribuye á la atrofia de los gánglios linfáticos.

Está demás advertir que á todos estos medios se agregará la excelente higiene que tantas veces he recomendado al tratar de la escrofulosis.

LECCION XLV.

Continúan las lesiones de nutricion.—Leucemia.—Glucosuria.

LEUCEMIA.

Como acabo de decir en la leccion anterior, la leucemia es una enfermedad cuya lesion primordial consiste en el aumento considerable de la proporcion de glóbulos blancos sobre los rojos en la sangre.

En el estado normal existe en este líquido un leucocito por cada 300 hemáties, y en la leucemia existen 5 ó 6 ó muchos más por cada 100. Este número es tan considerable, á veces, que la sangre parece verdaderamente pus.

Virchow parece fué el primero que descubrió esta enfermedad, ó cuando ménos quien interpretó bien los hechos, aunque Bennett le ha disputado este honor.

Division.—Ha habido autores que con mucha tranquilidad han dividido la leucemia en general y local, ó en otros términos, han creido que una lesion en la composicion de la sangre puede estar limitada á un punto. ¡Semejante desatino es digno tan sólo de ser dicho por un opositor á una cátedra de clínica ante un tribunal capaz de aplaudir este absurdo como otros muchos!

La verdadera division de la leucemia es la que ha hecho Virchow en lienal y linfática á las que yo agregaria la hepática. En efecto; parece indudable que los vasos linfáticos conducen leucocitos al torrente circulatorio para

convertirse en hematies y que en el bazo la produccion de los primeros es extraordinaria, así como tambien es extraordinaria su destruccion en el hígado. Ahora bien, ese aumento de glóbulos blancos puede existir ó porque los linfáticos y el bazo los produzcan en mayor cantidad que la normal ó porque el hígado los destruya en menor escala, pues tanto de esta como de aquella manera la desproporcion puede tener lugar.

Lesiones anatómicas.—La primordial, la que imprime carácter á la enfermedad, es la alteracion sanguínea mencionada. Esta alteracion es tambien algo diferente, segun se trate de la variedad linfática ó de la esplénica. En la primera se hallan multitud de glóbulos blancos más pequeños que los rojos y con núcleos voluminosos y granulados: en la segunda dichos glóbulos son tambien numerosos, mayores que los hematies y con núcleos múltiples. No obstante, hay formas complicadas en que se encuentran en la sangre ambas lesiones. Suelen encontrarse igualmente una á modo de hiperplasia de los ganglios linfáticos de diversas partes del cuerpo, así como verdaderas producciones neoplásicas ó tumores leucémicos principalmente en el hígado y en los riñones, aunque tambien se hallan á todo lo largo de la mucosa del tubo digestivo, tumores cuya estructura es muy análoga á la de las adenitis escrofulosas.

Síntomas.—El principio de esta enfermedad no se manifiesta por síntoma alguno, y sólo cuando está muy avanzada se observa una coloracion análoga á la de la cera vírgen en toda la piel, que al mismo tiempo está infiltrada, palidez en las mucosas y á veces colecciones de líquido en las cavidades esplácnicas. El niño está muy triste y abátido y con poca aptitud hasta para moverse; no tiene apetito, su sed está aumentada y la constipacion de vien-

tre alterna con la diarrea. Suele haber disnea, palpitaciones de corazon, gran tendencia á las hemorragias y á la gangrena; aparecen á menudo las manchas tegumentarias de la púrpura y con frecuencia hay fiebre que se hace remitente ó intermitente. Al mismo tiempo que estos síntomas se perciben distintamente por el observador, ó la tumefaccion de los gánglios linfáticos superficiales y áun de algunos de los profundos, ó la del bazo y el hígado, ó la de todos estos órganos, segun que se trate de una leucemia ganglionar, esplénica ó mixta.

La marcha de esta enfermedad es progresiva hácia una funesta terminacion.

Diagnóstico.—La leucemia puede confundirse perectamente con la adenia y con la mayor parte de las caquexias y áun con una clórosis muy avanzada, pero áun en los casos más dudosos nos sacará completamente de dudas el exámen microscópico de la sangre. Sólo en la leucemia hay aumento de los glóbulos blancos y disminucion relativa y tal vez absoluta de los glóbulos rojos.

Pronóstico.—Es gravísimo. Sólo se conoce un caso de curacion comprobada con referencia á Hewson.

Tratamiento.—Se ha aconsejado el de todas las caquexias, á saber: una buena higiene, baños de mar, los ferruginosos, los preparados de quina, los yodurados, y en este hospital civil se ha puesto en práctica, aunque con mal resultado, la trasfusion de la sangre. Esta operacion, sin embargo, rara vez tendrá indicaciones, tratándose de un niño. Por mi parte únicamente la aconsejaria para éstos en el caso de que repitiéndose los ensayos en los adultos, estos ensayos tuvieren satisfactorio éxito.

GLUCOSURIA.

Con este nombre y con el de diabetes sacarina, se designa una enfermedad cuyo síntoma más notable y fácil de apreciar es la existencia en cantidades mayores ó menores de la glucosa en la orina.

Etiología.—Esta enfermedad ha sido vista rara vez en los niños de pecho, lo cual puede depender ó de su poca frecuencia en ellos ó de lo fácil que es que escape á nuestra observancia. Sin embargo, se la ha encontrado algunas veces en la época de la primera denticion. Goolden ha creido ver una relacion constante entre las alteraciones del aparato nervioso y la existencia de la glucosa en la orina, relacion que dice subsiste áun en los casos en que la cantidad de este líquido es normal ó se encuentra disminuida. Partiendo de la constancia de estas relaciones, admite como causas de la glucosuria todas las afecciones orgánicas ó dinámicas del sistema encéfalo-raquídeo. Esta opinion no está suficientemente comprobada.

Lèsiones anatómicas.—Pocas son las autopsias hechas en los niños en casos de esta especie y en ellas se han encontrado estados hiperémicos de los riñones ó verdaderas inflamaciones de la sustancia cortical y áun su hipertrofia. En un caso citado por Hanner los riñones tenian doble tamaño del normal, su capa cortical estaba grisienta con vetas rojas é indurada, y en su espesor existian múltiples y pequeñas colecciones purulentas. En este mismo enfermo la mucosa vesical y la uretral se encontraban intensamente inflamadas. Suele hallarse tambien en estas necropsias una decoloracion considerable del hígado ó un estado hiperémico del mismo, y como quiera que en el decurso de la glucosuria se desarrolla la mayor

parte de las veces una tisis pulmonal tuberculosa, se encuentran tambien en el cadáver las lesiones propias de esta afeccion.

Síntomas.—Lo primero que llama la atencion en el niño es su depauperamiento progresivo que contrasta con el gran apetito que tiene y lo bien que se alimenta. Nótasele tambien una sed intensa, calor urente de la piel, frecuencia del pulso, olor ácido del aliento, extreñimiento en un principio y diarrea luégo en muchos casos; la cantidad de orina es considerable, siendo este líquido muy claro de color, aunque enturbiándose pronto, y de un olor desagradable pero no amoniacal.

Si se mezcla una corta cantidad de orina con agua de cal y se somete á la accion del calor hasta la ebullicion, se forma en la vasija una especie de melaza. Puesta en contacto con la levadura de cerveza fermenta. Tratándola por el tartrato cúprico potásico precipita por la ebullicion el cobre en estado de óxido amarillo y luégo rojo.

Al cabo de un tiempo más ó ménos largo aparecen en estos enfermos los síntomas de una tuberculosis pulmonar que recorre sus períodos con notable rapidez y precipitan la funesta terminacion de la diabetes que ínterin esto no ocurra suele presentar alternativas de mejoría y empeoramiento.

En una época avanzada tambien, suele presentarse una variedad de retinitis llamada glucosúrica que sigue la marcha de la enfermedad que la origina y en ocasiones tambien la catarata diabética que, como fácilmente se comprende, es incurable, ínterin la diabetes subsiste.

Diagnóstico.—En cuanto se sospeche la enfermedad es muy fácil comprobarla valiéndonos de los reactivos que he indicado.

Pronóstico.—Es gravísimo, pues aunque es verdad

que se citan algunos casos de curacion, son cortos en número y más cortos aún aquellos que están suficientemente comprobados.

Tratamiento.—Sabida es la reputacion que sucesivamente han adquirido y perdido multitud de medicamentos en el tratamiento de esta enfermedad. La alimentacion casi exclusiva de sustancias grasas con privacion absoluta de las féculas, el tratamiento por la creosota, el de Mialhe del bicarbonato de sosa y la leche de magnesia, el empleo del cloruro amónico, etc., etc., se hallan en esa categoría, y lo mismo son aplicables á los adultos que á los niños, aunque con las modificaciones en las dósis y forma de administracion exigibles en éstos.

Morton curó á un niño sometiéndolo á una dieta láctea, permitiendo sólo como bebida usual una mezcla y agua ferruginosa, aunque tardando dos años en obtener el resultado definitivo. En este caso la enfermedad parecia ligada á una denticion laboriosa. Este tratamiento, el uso de los ferruginosos y el método de Mialhe, son los que yo he empleado en muchos casos. Y si bien cuento muchos alivios muy notables, no he obtenido un solo caso de curacion radical.

SECCION 5.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DEL NIÑO QUE INVADEN Á DETERMINADOS ÓRGANOS Ó APARATOS.

LECCION XLVI.

Enfermedades que deben ser descritas en esta seccion.— Division de ella.— 1.° Enfermedades del sistema nervioso. A.—Enfermedades del centro nervioso.

ENFERMEDADES QUE DEBEN SER DESCRITAS EN ESTA SECCION Y DIVISION DE LA MISMA.

Verdaderamente especiales del niño, es decir, que no se puedan padecer en otra edad, apénas existe alguna enfermedad que deba ser descrita aquí. Pero como las circunstancias en que el niño se encuentra, el temperamento que le es peculiar, su modo de ser fisiológico y sus predisposiciones especiales, imprimen carácter á la mayor parte de sus afecciones, de aquí que sean muchas aquellas que real y verdaderamente deben ocupar un lugar en esta seccion.

Para proceder, pues, con órden, las describiré segun los diversos aparatos, y por lo tanto me ocuparé sucesivamente y con la brevedad posible.

1.° De las enfermedades del aparato encefálico del niño.

2.° De las enfermedades del aparato digestivo.
3.° De las id. del id. respiratorio.
4.° De las id. del id. circulatorio.
5.° De las id. del id. génito-urinario.
6.° De las id. del id. locomotor.
7.° De las id. del id. tegumentario.
8.° De las neoplasias en el niño.

Sin embargo, al describir todas estas afecciones, partiré de un tipo que supongo conocido, cual es la misma enfermedad en el adulto y sólo insistiré particularmente en las modificaciones que la edad imprime en ellas.

1.°—ENFERMEDADES DEL APARATO ENCÉFALO-RAQUÍDEO.

Para la mejor facilidad en la descripcion dividiremos las enfermedades del aparato encéfalo-raquídeo en enfermedades del centro nervioso y enfermedades de los nervios.

Entre las primeras trataré de la meningitis, de la encefalitis y de la mielitis, y entre las segundas de las neuritis, de las parálisis periféricas y de la contractura.

A.—ENFERMEDADES DEL CENTRO NERVIOSO.

MENINGITIS.

Se llama así á la inflamacion de las membranas cérebro-espinales, dividiéndola en cerebral y espinal, segun que se trate de las que revisten la masa encefálica ó de las de la médula espinal. Considerando la naturaleza de la inflamacion se han hecho dos especies distintas, á saber: la meningitis simple y la tuberculosa.

MENINGITIS CEREBRAL SIMPLE.

Puede revestir la forma aguda ó la crónica.

Etiología.—La meningitis simple aguda es unas veces primitiva y otras secundaria ó consecutiva á otras afecciones. Las causas de la primera son predisponentes ú ocasionales. Entre las primeras se cuentan la edad de 5 á 11 años, el sexo masculino, el temperamento sanguíneo, la herencia. Se ha dicho que la mayor parte de los niños que padecen esta enfermedad tienen la cabeza muy abultada y gran desarrollo intelectual. Como causas ocasionales se han designado una denticion laboriosa, violencias exteriores directas sobre la cabeza ó indirectas como las caidas de nalgas; trabajos intelectuales superiores á la edad del niño; insolaciones; supresion de un exantema ó de un flujo otorrágico; trasmision por continuidad de una inflamacion del oido interno, etc.

Lesiones anatómicas.—Las que caracterizan á esta enfermedad, son: una vascularizacion considerable en la aracnoides, y en la pia madre encontrándose engrosada aquella y adherente ésta á la sustancia cerebral é infiltradas ambas, aunque parcialmente de un pus generalmente en muy corta cantidad y de color blanco-amarillento.

Síntomas.—Esta enfermedad va casi siempre, á no ser que la causa sea traumática y en ocasiones á pesar de ello, precedida de pródromos, y estos pródromos consisten en un cambio de carácter del niño que se pone triste y huraño, rechaza los juegos, se queja de dolores de cabeza y tiene poco apetito, náuseas y vómitos. Estos pródromos duran desde algunas horas á tres ó cuatro dias, estallando luégo la afeccion, cuyos síntomas característicos son los siguientes:

Cefalalgia frontal intensa de carácter gravativo y con exacerbaciones que arrancan gritos al niño, y está acompañada de fiebre bastante alta, vómitos, sed, anorexia y extreñimiento; el niño acusa fotofobia, lagrimean sus ojos, tiene encendido el rostro y tanto en él como en el resto del cuerpo se conserva durante algunos instantes la huella roja de la raya que se imprime con la uña, cuyo fenómeno se ha llamado mancha cerebral; bien pronto se pierde completamente la inteligencia, apareciendo el delirio casi siempre furioso, lanzando á menudo gritos penetrantes (grito hidro-encefálico) y tras de él un coma profundo, alternando frecuentemente estos dos síntomas y no tardando en ponerse desigual la calorificacion, irregular el pulso, difícil la respiracion, ni en aparecer convulsiones clónicas, tónicas en algun caso, subsulto de tendones, carfologia, contracturas, y el niño por fin sucumbe en un estado comatoso, durante el cual las evacuaciones son involuntarias.

Cuando la meningitis es secundaria ó consecutiva á otra afeccion cualquiera, sus síntomas no aparecen hasta cierto período de la enfermedad primitiva, pero no varian en su sucesion ni intensidad, y la terminacion funesta es tambien desgraciadamente, como veremos en seguida, lo único que hay que esperar.

La duracion de la enfermedad varia entre 36 horas y nueve dias y su terminacion casi constante es la muerte. Refiérense, sin embargo, casos en que ha vuelto la salud, aunque quedando los enfermos en un estado de delicadeza extraordinario, y otros en que la meningitis ha pasado al estado crónico y la cefalalgia casi habitual y las convulsiones apareciendo en épocas más ó ménos distantes, y la alteracion ó pérdida de alguno ó de varios sentidos, y la perversion de la sensibilidad general y de la inteli-

gencia, han constituido al niño en un estado lamentable, sin esperanza alguna de curacion ni otro porvenir que una agudizacion que concluya con él.

Diagnóstico.—Al tratar de la meningitis tuberculosa expondré el cuadro del diagnóstico diferencial.

Pronóstico.—Gravísimo. Yo no recuerdo haber visto un solo niño en quien la enfermedad haya terminado favorablemente. No obstante he observado algunos (no pocos relativamente) con una meningitis crónica sin señal aparente de tubérculos y en quienes sus padres ó parientes me han referido como causa una afeccion aguda, y esto me prueba que en efecto el paso de la enfermedad al estado crónico existe, y por lo tanto tal vez la curacion del estado agudo en ciertos casos.

Tratamiento.—Se han recomendado multitud de medios, pero el tratamiento en que yo tengo más confianza es el siguiente:

1.° Quietud, dieta y permanencia en cama.

2.° Emisiones sanguíneas generales (de las extremidades inferiores) ó locales (sanguijuelas ó ventosas escarificadas sobre las apófisis mastoides ó á la nuca) á poco que lo permitan la edad del niño, su temperamento y constitucion médica reinante. (En Cádiz, por ejemplo, hace muchos años que es materialmente imposible la flebotomía, pues todas las enfermedades, áun en los individuos más robustos, están selladas por la adinamia y ésta sobreviene inmediatamente que se extrae una gota de sangre.)

3.° Purgantes.

4.° El calomelano á dósis alterante.

5.° Fricciones á la cabeza, despues de cortar el cabello, con el ungüento napolitano.

6.° Vejigatorios á las extremidades inferiores, apénas se presenta el coma.

7.° Compresion alternativa de ambas carótidas.

El tratamiento de la meningitis secundaria no discrepa en lo más mínimo del que acabo de indicar.

Meningitis crónica.—Con frecuencia se presenta como terminacion de la aguda, y tal vez siempre, pues en las meningitis que empiezan bajo la forma crónica, es facilísimo comprobar la existencia de tubérculos.

En la meningitis simple crónica se encuentra una alteracion notable de la inteligencia, pérdida de uno ó más sentidos y debilidad de otros; no es raro observar parálisis parciales, á poco que se haya afectado la masa encefálica; existe una cefalalgia frontal contínua no muy intensa, pero con exacerbaciones marcadas, y á menudo aparecen convulsiones análogas ó idénticas á las de la epilepsia.

Estos enfermos vejetan más ó ménos tiempo (á veces años enteros) y concluyen generalmente por una agudizacion del mal que los conduce al sepulcro, como he dicho más arriba.

Las lesiones que revela la autopsia son adherencias más ó ménos fuertes de las membranas entre sí ó con el cérebro, infiltraciones de serosidad, exudados con más ó ménos organizacion, y á veces focos purulentos diseminados ó alguno bastante notable.

Una buena higiene, los revulsivos y principalmente un sedal á la nuca sostenido mucho tiempo, los purgantes repetidos, han sido aconsejados. El uso continuado del yoduro potásico parece haber producido buen efecto en algunos casos.

MENINGITIS CEREBRAL TUBERCULOSA.

No siempre merece rigorosamente el nombre de infla-

macion esta enfermedad, pues suele presentarse con síntomas tal vez antagónicos de los que se asignan á las inflamaciones, pero conservo el nombre de meningitis para evitar dudas y confusion.

Etiología.—No es una afeccion rara. La edad más á propósito es la de 3 á 5 años; no tiene predileccion por ningun sexo; se la observa casi siempre en hijos de padres tuberculosos ó sifilíticos ó afectados ellos mismos de estas dos enfermedades, y su causa ocasional suele ser una insolacion, una supresion de traspiracion, una caida, un golpe, una impresion moral fuerte, la supresion de un flujo habitual ó de una erupcion cutánea.

Coincide muchas veces con la tísis pulmonal ó la tabes mesentérica.

Lesiones anatómicas.—Son características. Obsérvase multitud de granulaciones grises, semi-trasparentes más ó ménos voluminosos (desde el tamaño de un grano de mijo hasta el de un guisante) situadas en la pia madre, con especialidad alrededor de los vasos que parecen más gruesos que de ordinario. Esas granulaciones se hallan envueltas en una sustancia homogénea y semi-trasparente y se encuentran en mayor número en las cisuras de Silvio y en toda la base del cerebro y áun en el cerebelo. Las placas tuberculosas suelen estar adheridas á la sustancia cortical del cerebro y á veces son bastante profundos los indicios de inflamacion y reblandecimiento de este órgano. Tambien hay derrame de serosidad en los ventrículos laterales que en ocasiones es considerable.

Síntomas.—Son más frecuentes los pródromos que en la meningitis cerebral simple aguda y duran más tiempo. El niño, víctima ya quizás de otra afeccion escrofulosa ó en el mejor estado de salud aparente, empieza á hallarse triste y abatido, vomita con frecuencia, apénas duerme y

aqueja una cefalalgia frontal bastante molesta. Poco á poco esta cefalalgia va aumentando de intensidad, los niños se ponen estuporosos, pero llevan frecuentemente la mano á la cabeza, de la que se quejan á todo momento, pregúntesele ó no. El dolor les obliga á lanzar gritos agudos y repentinos *(gritos hidro-encefálicos)*; su cara está pálida pero suben frecuentes llamaradas y se puede gravar en ella y en cualquier otro punto de la piel *la mancha cerebral*. La inteligencia se encuentra algo trastornada, son frecuentes los movimientos convulsivos y áun verdaderas convulsiones epilépticas; hay náuseas y vómitos biliosos, anorexia completa, sed, extreñimiento y rarísima vez diarrea: el pulso está frecuente, pero en muy contados casos se nota en él alguna irregularidad; el calor de la piel no es muy intenso, se halla irregularmente distribuido, pero es más considerable en la cabeza que en el resto del cuerpo.

Estos síntomas constituyen el primer período que dura de tres á cinco dias, despues de los cuales es muy comun notar una remision marcadísima que á la familia y á los médicos no experimentados puede hacerle concebir halagüeñas esperanzas que se desvanecen cuando al cabo de doce á veinticuatro horas todos los síntomas adquieren mayor intensidad y la enfermedad entra en su segundo período.

En éste la cefalalgia disminuye ó desaparece, pero la sustituye un delirio, tranquilo á veces, agitado y violento otras, alternando con un coma no muy profundo. Durante el delirio suele haber convulsiones, aunque no son constantes, y no tardan en presentarse parálisis parciales, contracturas y en ciertos enfermos una exaltacion considerable de la sensibilidad. Poco á poco el delirio se hace ménos notable, pero el coma más profundo, aparecen la

midriasis, el estrabismo, el nistagmus, la relajacion muscular. Los vómitos han desaparecido, pero la sed ha aumentado y la lengua está roja y seca, las evacuaciones ventrales se hacen involuntariamente, así como la emision de la orina, y el vientre pierde la retraccion del primer período y áun se meteoriza. El pulso se hace sumamente irregular, la calorificacion está generalmente disminuida, aunque aumentada en la cabeza, y en medio de la mayor postracion y debilidad va faltando lentamente la vida á los enfermos, á no ser que un derrame repentino de serosidad en uno ó en ambos ventrículos laterales suprima de pronto la agonía, concluyendo con el individuo.

Diagnóstico.—Hé aquí el cuadro del diagnóstico que trae Valleix en su *Guia del médico práctico :*

1.° Signos distintivos de la tuberculizacion de las meninges cerebrales y de la meningitis simple aguda.

TUBERCULIZACION DE LAS MENINGES	MENINGITIS SIMPLE AGUDA.
Síntomas anteriores de tubérculos.	*No hay síntomas anteriores.*
Síntomas de la invasion *por lo comun ménos intensos,* que aparecen de un modo lento y muchas veces insidioso.	Síntomas de la invasion *más intensos, más manifiestos* y mejor caracterizados, sobre todo en la meningitis primitiva.
Delirio ménos intenso, por lo comun tranquilo, *que tarda más en presentarse* y llega con ménos rapidéz á su máximun de intensidad.	Delirio intenso y *que aparece muy pronto (forma frenética* de Rilliet).
Al principio *no hay convulsiones.*	En cierto número de casos, *convulsiones* espantosas al principio *(forma convulsiva* de Rilliet).
Estos síntomas *faltan á veces,* especialmente en la invasion y son casi siempre *ménos notables.*	Cefalalgia *muy intensa,* inyeccion de la cara, fotofobia, etc., *síntomas que son muy notables.*
Vómitos *ménos frecuentes* y *ménos abundantes.*	Vómitos *más frecuentes* y *más abundantes.*

Pulso *más acelerado*, más fuerte y *ménos irregular*.	Pulso por lo comun *lento* al principio; *pulso irregular*.
Curso contínuo, pero ordinariamente *con una remision muy notable*.	Curso contínuo, *sin remision notable*.
Duracion *más larga*.	Duracion *más corta*.

2.° Signos distintivos de la tuberculizacion de las meninges y de la calentura tifoidea.

TUBERCULIZACION DE LAS MENINGES	CALENTURA TIFOIDEA.
Síntomas anteriores de tubérculos.	*No hay síntomas anteriores.*
Signos de tubérculos en el pecho.	*No hay signos* de tísis pulmonar.
Cefalalgia más *persistente*.	Cefalalgia *ménos persistente*.
Vómitos *casi constantes*.	Vómitos *mucho más raros*.
Vientre *indolente, bien conformado* y *retraido*, á ménos que no haya una peritonitis crónica.	Vientre por lo comun doloroso, tirante y *meteorizado*.
Extreñimiento, tanto más notable cuanto que á veces sucede á la diarrea en los casos de tísis bastante avanzada.	*Diarrea* más ó ménos abundante.
Ni tumefaccion del bazo, *ni epistaxis*.	Bazo *tumefacto* y *epistaxis*.
No hay manchas rosadas, ni sudámina.	*Manchas rosadas y sudámina*.
Pulso al principio *lento* y despues *irregular* y *desigual*.	Pulso *frecuente, sin irregularidad*.
En los últimos momentos, *trastornos de la motilidad, de la sensibilidad y de los sentidos*.	*No hay parálisis* del movimiento ni *lesiones* de la sensibilidad.

Pronóstico.—Es gravísimo. Sin embargo, los autores consignan algunos casos de curaciones y yo recuerdo algunas de éstas observadas en mi práctica. Una de ellas sobre todas fué notabilísima por lo evidente de las lesiones y su extraordinaria intensidad, obteniéndose la completa curacion que se ha sostenido al cabo de seis años. Esta especie de meningitis es tambien la que pasa con más frecuencia á la forma crónica y la que algunas veces empie-

za con esa cronicidad, no diferenciándose los síntomas de los que he indicado al tratar de la meningitis simple crónica, sino en que en aquella coexisten tubérculos en otros puntos del organismo.

Tratamiento.—Voy á indicar el que suelo seguir y al que debo los casos felices que he mencionado, por más que otros muchos enfermos se han muerto con idéntico tratamiento.

Desde que sospecho la existencia de la meningitis tuberculosa, empiezo á administrar el calomelano á dósis refractas, pero con insistencia y sin desanimarme porque en los primeros dias no obtenga cambio alguno. Al mismo tiempo prescribo las fricciones mercuriales ó en la cabeza despues de raparla, ó en las axilas (media dracma ó sean dos gramos de ungüento napolitano cada tres horas). Pasados dos ó tres dias y si la fiebre continúa y máxime si ésta presenta intermisiones ó remisiones evidentes, empiezo á usar el sulfato de quinina en enemas ó al interior sin suspender los otros medios. Vejigatorios á las extremidades inferiores son puestos si hay aflujo de sangre á la cabeza y en caso contrario ó cuando existe el coma, el vejigatorio debe ocupar toda la piel de la cabeza.

Temo mucho al hielo y me valgo algunas veces de la compresion de las carótidas, aunque hecha de un modo intermitente. Cuando el delirio es muy marcado, administro el almizcle con la valeriana y si se ha suprimido una erupcion, trato de provocarla en el mismo sitio con las fricciones de la pomada estibiada.

La dieta nunca será muy severa, y si se obtuviere la curacion habrá que apresurarse en la convalecencia á dar al enfermo los tónicos y los anti-escrofulosos.

LECCION XLVII.

Continúan las enfermedades del centro nervioso.—Encefalitis.—Meningitis espinal.—Mielitis.—B. Enfermedades de los nervios.—Neuritis.—Parálisis periféricas.—Contractura.

ENCEFALITIS.

Es rarísimo que la encefalitis se presente sin complicacion por parte de las meninges y vice-versa, y tanto que en rigor la descripcion aislada de cada una de estas afecciones debia refundirse en una sola con el nombre de meningo-encefalitis.

Etiología.—Me refiero á lo dicho al tratar de la meningitis simple.

Lesiones anatómicas.—Por la autopsia encontramos la sustancia cerebral de color rojo más ó ménos oscuro ó amarillo-verdoso en ciertos puntos; su consistencia es mayor que la normal (induracion roja) si el enfermo ha tardado poco en sucumbir, y mucho más blanda y áun pulposa (reblandecimiento pulposo) si la enfermedad ha durado más, pero de todas suertes parece como que la parte inflamada tiene mayor volúmen que de ordinario. No es extraño ver destruida una porcion del cerebro, ó una infiltracion purulenta, ó focos de pus, derrame de serosidad en los ventrículos laterales, adherencias de la sustancia cerebral á las membranas y presencia de exudaciones en éstas, así como la vascularizacion y las infiltraciones de que se habló al tratar de la meningitis simple.

Síntomas.—Se conocen dos formas, que son la apoplética y la atáxica, la primera de las cuales es rarísima en los niños, y tanto una como otra suelen ir precedidas de pródromos idénticos á los de la meningitis.

La invasion en la forma apoplética es por pérdida repentina del conocimiento, de la sensibilidad y de la motilidad, distinguiéndose de la verdadera apoplegía, por un lado, en que los pródromos son mucho más frecuentes y de mayor duracion, en la cerebritis que en esta otra afeccion; por otro, en que un exámen detenido indica en aquella un estado patológico anterior del cerebro mismo ó de otros órganos interesantes para la vida; además en que nunca es tan completa la pérdida de la inteligencia y de la sensibilidad en la encefalitis, siendo más frecuente ver ó parálisis parciales ó contracturas que en la apoplegía.

Una vez presentado el ataque, los síntomas van cada vez en ascenso y la muerte es la inmediata terminacion, pero al cabo de un período de tres á siete dias.

En la forma atáxica es imposible casi distinguir esta enfermedad de una meningitis simple aguda, á pesar de que segun Durand Fardel generalmente en la primera de estas afecciones las convulsiones, las rigideces tetánicas, la contractura, el temblor y los dolores están limitados á un solo miembro ó á un solo lado del cuerpo, y en la segunda no existe esta limitacion.

Esta última forma de la encefalitis es la que pasa alguna vez al estado crónico y entónces se confunde con la meningitis crónica.

Diagnóstico y pronóstico.—Las dificultades del diagnóstico quedan indicadas, y respecto al pronóstico debo decir que constantemente es mortal.

Tratamiento.—No se diferencia del propuesto para la meningitis.

MENINGITIS RAQUÍDEA.

Llámase así la inflamacion de las membranas que cubren la médula, las que como es sabido son prolongacion de las cerebrales.

Se divide en aguda y crónica.

Etiología.—Las contusiones, las fracturas de las vértebras, la supresion de erupciones ó de flujos habituales, etc., suelen producirla. Sin embargo, la causa más frecuente es la supresion de la traspiracion.

Lesiones anatómicas.—Vascularizacion notable de la pia madre, infiltracion en la misma de serosidad ó de pus ó de un producto pseudo-membranoso.

Síntomas.—Dolor al espinazo, más ó ménos limitado y nunca muy intenso en el principio aunque bastante violento luégo, comunicándose á los miembros inferiores y exacerbándose con los movimientos; exaltacion de la sensibilidad general; contracciones tónicas que producen un verdadero opistotonos y un trismus; estas contracciones tónicas suelen alternar con otras clónicas violentas, siendo seguidas todas de una calma de mayor ó menor duracion y áun de sueño. El pulso se pone pequeño y frecuente, el cuerpo del enfermo se cubre de sudores abundantes, la respiracion se hace difícil. Tambien suele haber cólicos intestinales y contracciones dolorosas de la vejiga, con especialidad durante las evacuaciones alvinas ó la escrecion urinaria.

La duracion es variable desde tres ó cuatro dias hasta veinte y áun más, aunque esto último es muy raro.

El *diagnóstico* se basará en los síntomas que acabo de exponer.

El *pronóstico* es tan funesto que no se cita un solo

caso de curacion que sea convincente por su autenticidad.

Tratamiento.—Las evacuaciones tópicas de sangre al espinazo, si las permiten la edad y las fuerzas del niño, los baños generales bien templados y de media á una hora de duracion y repitiéndolos dos ó tres veces al dia, el calomelano á dósis refractas y las fricciones mercuriales, son los medios que me merecen más confianza.

Se han referido algunos casos de meningitis espinal crónica, pero la verdad es que esta enfermedad se encuentra todavía en estudio.

MIELITIS.

La mielitis es la inflamacion de la médula espinal.

Se divide en aguda y crónica y vá casi siempre complicada con una meningitis espinal, de la que apénas se diferencia en los síntomas, á no ser porque produce á menudo la paraplegia.

Billard dice haberla encontrado en los reciennacidos. Obsérvasela tambien en niños de mayor edad, en algunos de los cuales puede atribuirse su desarrollo á la masturbacion.

De síntomas, pronóstico y tratamiento de la mielitis aguda, me refiero á lo que acabo de indicar referente á la meningitis espinal, con la que repito se complica casi siempre y se confunde tambien.

La MIELITIS CRÓNICA es mucho más frecuente que la aguda, y con tanto más motivo cuanto que á menudo es una consecuencia inevitable del mal vertebral de Pott ó cáries de las vértebras.

Se diferencia de la mielitis aguda en que faltan los síntomas de excitacion predominando los de parálisis y en

que su duracion es muy larga, pues se ha visto llegar á veces hasta tres y cuatro años.

El pronóstico es funesto.

El tratamiento consiste en la administracion continuada de purgantes drásticos á pequeñas dósis, la aplicacion de fuentes ó moxas á todo lo largo del ráquis, y si hay síntomas congestivos se sustituyen estos moxas con ventosas secas ó escarificadas ó un cortísimo número de sanguijuelas. Cuando todo síntoma congestivo ha dejado de existir, entónces es el momento oportuno de administrar la nuez vómica, la ergotina ó el zumaque venenoso, así como de hacer algunas aplicaciones eléctricas ó emplear la acupuntura y áun la electro-puntura. Los baños de mar y los salinos frios han producido tambien buenos efectos en estos casos.

Omito decir que el enfermo debe alimentarse de sustancias nutritivas y fáciles de digerir y observar una buena higiene.

En el encéfalo y en la médula rara vez se ha observado en los niños alguna otra afeccion que las que acabo de describir y ciertos estados apopléticos de que he hablado en otro lugar.

Paso, por lo tanto, á ocuparme de las

B.—ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS.

Las que debo tratar aquí son la neuritis, las parálisis periféricas y las contracturas.

NEURITIS.

La neuritis es la inflamacion de los nervios y del neurilema. Es una enfermedad rarísima y que sólo mencio-

no por haber visto muy recientemente un caso de ella en un niño de tres años, que es tal vez la única observacion de esta especie que conozco. La causa fué una contusion en el axila y los dolores expontáneos y provocados á la presion en la parte interna del brazo y el hormigueo y disminucion considerable en la sensibilidad del antebrazo y mano del mismo lado (derecho), y áun la parálisis incompleta del movimiento hacian no poderla confundir con niguna otra enfermedad.

El *pronóstico* no es grave, á no ser por las complicaciones que puedan coexistir.

El *tratamiento* consiste en las embrocaciones emolientes narcóticas, los baños generales templados, y ya pasado el período de agudeza el uso de los vejigatorios volantes ó fijos.

PARÁLISIS PERIFÉRICAS.

Ha recibido este nombre la disminucion ó pérdida del movimiento de un grupo mayor ó menor de músculos, sin reconocer por causa ninguna lesion del encéfalo ni de la médula.

Tambien han sido llamadas parálisis esenciales, y al profundizar su orígen nos encontramos con que unas veces la falta de contractilidad consiste en una lesion de la sustancia líquida del músculo (sustancia propia), la que segun Beclard es la única poseedora de la contractilidad muscular; en otros casos la lesion parece más bien nerviosa, es decir, que reside en las ramificaciones nerviosas, ó cuando más en el tronco mismo del nervio de que se trata, pero nunca más allá. Las primeras han recibido el nombre de parálisis miogénicas, las segundas de esenciales.

Etiología.—Obsérvansele en la convalecencia de las enfermedades graves, con especialidad de las febriles y entre éstas las eruptivas, y Bouchut explica este fenómeno, no por el envenenamiento miasmático, sino por el estado de debilidad que dichas afecciones febriles producen, debilidad que se presenta con rapidez suma y que al paso que á esas parálisis dá orígen en otros casos á convulsiones, espasmos y neuralgias. Esta debilidad no constituye la anemia, sino un estado especial, en que además de dicha anemia existe una alteracion particular en las fuerzas y en los elementos de la sangre.

Estas parálisis pueden ser parciales y generales, pero lo más frecuente es que comiencen siendo de la primera especie y concluyan por ser de la segunda. A menudo son tambien afectados los órganos de los sentidos. En todos los casos la inteligencia está sana.

Generalmente desaparecen lenta y progresivamente bajo la influencia del tratamiento, pero se han visto casos en que tras una parálisis parcial ha sobrevenido la atrofia permanente del órgano, y hasta se citan observaciones, y yo tengo una, en que la parálisis generalizándose cada vez más, ha atacado á los órganos de la respiracion y de la circulacion y ha sobrevenido la muerte.

Diagnóstico.—Una parálisis con integridad de la inteligencia, sin lesion de ningun órgano y sobrevenida en la convalecencia de una enfermedad grave, es una parálisis esencial periférica.

Pronóstico.—Se deduce de lo dicho al tratar de la marcha de esta enfermedad.

Tratamiento.—Una buena higiene, alimentacion reparadora, el uso de los ferruginosos y de los amargos, los baños de mar ó los minerales sulfurosos, son los medios de que se han conseguido resultados más satisfactorios.

Si la enfermedad tarda en darse á partido, podrán administrarse pequeñas dósis de la nuez vómica ó de la estricnina, y si la parálisis amenaza generalizarse mucho, será preciso hacer la aplicacion de revulsivos (vejigatorios, pomadas estimulantes) á lo largo del ráquis.

Tambien se ha recomendado la electro-terapia.

CONTRACTURA.

La contractura esencial de las extremidades, afeccion llamada *tetania* por Corvisart, no es muy rara en la primera infancia, lo es algo más en la segunda y se encuentra muy pocas veces en la edad adulta.

Etiología. —Se ha visto aparecer epidémicamente. Cuando es esporádica se la ha observado en la convalecencia de las enfermedades febriles graves y tambien por una supresion de traspiracion.

Síntomas.—La contractura acomete á los músculos flexores de una ó de ambas extremidades, ya superiores, ya inferiores. Lo más comun es que empieze por los dedos de las manos, extendiéndose á el carpo, á el antebrazo, al brazo y luégo á los artejos, tarsos, piernas y muslos. Alguna vez existe tambien en uno de los externo-mastoideos y se produce un torticolis.

La contraccion viene precedida á veces de temblor en la extremidad y acompañada de dolor. Al principio suele ser muy pasajera y áun guardar cierta intermitencia, más tarde puede hacerse permanente y entónces es causa de la atrofia de los músculos de los miembros y de la anquilosis de sus articulaciones.

Se distingue la contractura idiopática de las que son sintomáticas de afecciones cerebrales en que en aquella

hay integridad completa de la sensibilidad y de la inteligencia.

Sólo cuando ya existan estas lesiones aunque incipientes es grave el *pronóstico*.

Tratamiento.—Los baños generales templados y de larga duracion hechos ó con agua sola, ó con aguas sulfurosas; los anti-espasmódicos como el óxido de zinc, la valeriana y el almizcle al interior; la belladona y el beleño, y está muy recomendada la aplicacion de cuatro armaduras metálicas de laton á las extremidades y una al cuello.

LECCION XLVIII.

2.° Enfermedades del aparato digestivo.—A. Accidentes que acompañan á veces á la evolucion dentaria.—B. Afecciones de la boca.—C. Afecciones de la boca posterior.

Pertenecen á esta seccion varias enfermedades de la boca, boca posterior, estómago, intestinos y anexos del tubo digestivo.

Dichas enfermedades son:

De la boca.—Las diversas especies de *estomatitis*.

De la boca posterior.—Las *anginas* y la *faringitis*.

Del estómago.—El *catarro gástrico* y la *gastro-malacia*.

De los intestinos.—El *meteorismo*, los *cólicos*, la *enteritis*, el *cólera infantil*, la *procidencia* y los *pólipos del recto*, la *fisura de ano*, los *vermes intestinales* y la *peritonitis*.

De los anexos al tubo digestivo.—Los *cálculos salivares*, la *parótida*, la *hepatitis* y la *atrofia aguda del hígado*.

Todas estas enfermedades no son exclusivas ni mucho ménos de la infancia, sino que se encuentran en todas las edades, si bien debe llamarse la atencion sobre ciertas particularidades, tanto respecto á los síntomas como al tratamiento, que son de mucho interés para el médico que se dedica á la visita de los niños. Así es que entre el temor de sobrepasar los límites que me he propuesto y el deseo de no omitir el consignar cuanto sea necesario en una obra de esta especie, he optado por el término medio de mencionar cuanto merezca notarse, reservando para los tratados más generales, pormenores que serian cuando ménos impertinentes en este lugar.

Hablaré, pues, aunque en este sentido, de todas las enfermedades dichas, pero ántes me ocuparé brevemente de los accidentes que acompañan á veces á la evolucion dentaria.

A.—ACCIDENTES QUE ACOMPAÑAN Á VECES Á LA EVOLUCION DENTARIA.

Creen las madres que la denticion es un temible fantasma capaz de infundir terror al más esforzado y susceptible, como un nuevo Proteo, de revestir las formas más variadas y caprichosas.

Cuantos trastornos, cuantas afecciones por diversas que sean se presentan en el niño, no ya en la verdadera época de la denticion que, como sabemos, comienza á los seis ó siete meses, sino desde que cuenta cuatro meses hasta que pasa de los dos años, todo se lo atribuyen á *los dientes* como ellas dicen; y no es lo peor esto, sino que

imbuidas en esta creencia (y tal vez sostenidas en ella por alguna matrona y hasta por algun médico), abandonan el cuidado de enfermedades quizás muy graves, y son de ese modo la verdadera causa, aunque inconsciente, de su muerte.

No me cansaré, pues, nunca de repetir en todos los tonos posibles el abandono de semejante creencia, pues en primer lugar la evolucion dentaria se hace sin accidentes en la mayoría de los casos; en algunos sobrevienen ciertos trastornos y en muy pocos estos trastornos adquieren cierta importancia; y en segundo lugar aunque la denticion produjera innumerables enfermedades, en el hecho de ser tales exigirian los cuidados facultativos, y de todos modos sólo el médico (se entiende el médico juicioso) es el llamado á decidir de la importancia de los accidentes y de la oportunidad y manera de evitarlos ó corregirlos.

Los accidentes de la denticion son locales y generales ó simpáticos. Entre los primeros se encuentran la tumefaccion de las encías, la estomatitis simple ó ulcerosa, el dolor y el tialismo.

Los accidentes generales ó simpáticos son: la fiebre, las convulsiones, ciertas erupciones cutáneas, y sobre todo, la diarrea.

La tumefaccion gingibal es á veces considerable y áun se extiende á la cara interna de los labios y de los carrillos, todo lo cual produce ardor y dolor que vuelve irascible al niño, le hace gritar y llorar con frecuencia, privándole del sueño, al mismo tiempo que se le disminuye el apetito y enflaquece. En estos casos no suele ser mucho el tialismo, sino que en la mayoría por el contrario la boca está ardorosa y seca.

En ocasiones esa estomatitis vá acompañada de la

presencia de úlceras que suelen ocupar la cara interna de los labios, la de los carrillos y los bordes de la lengua y se cubren de un exudado blanquecino.

En otros niños faltan la tumefaccion de las encías, la estomatitis simple ó ulcerosa y el dolor á quienes acabo de referirme y en su lugar existe un tialismo abundantísimo.

Cuando los fenómenos locales dichos, á excepcion del tialismo, tienen cierta intensidad, casi siempre hay fiebre que sigue una marcha anómala, pudiendo compararse á veces más bien á llamaradas fugaces, durante las que se coloran intensamente los carrillos y las palmas de las manos, que á un verdadero estado febril. En ciertos casos la fiebre adopta un tipo remitente ó intermitente.

El dolor gingibal suele producir á veces ligeros movimientos convulsivos en la cara y en las extremidades, y no es raro ver sobrevenir accidentes eclámticos de gravedad y un estado cerebral tan semejante á la meningitis ó á la meninge-encefalitis que es muy difícil á veces el diagnóstico.

De todos los accidentes simpáticos de la denticion el más frecuente es la diarrea, que ó se limita á cierto número de evacuaciones líquidas amarillentas, sin ocasionar dolores ni gran depauperacion en el niño, ó tiene mayor importancia y áun puede comprometer gravemente la vida del enfermo.

Las erupciones cutáneas (eritema, eczema, impétigo) que suelen aparecer en la época de la denticion, parecen no estar muy ligadas á la evolucion dentaria, pues es muy frecuente que subsistan despues de terminada dicha evolucion.

El pronóstico de estos diversos accidentes no es igual. Una ligera tumefaccion dentaria, algun tialismo y la diar-

rea no muy abundante, bien vengan juntos ó separados, no tienen importancia alguna y ni debemos ejercer la menor intervencion. Si la tumefaccion es dolorosa daremos al niño un pedazo de raiz de malvabisco para que la succion que practique produzca un líquido mucilaginoso que lo alivie. Otros le dan un rosquete de hueso. Las fricciones repetidas dos ó tres veces al dia con la denticina de Delabarre producen excelente resultado, concilian el sueño á los niños y alejan el temor á la eclamsia. Cuando la diarrea sea abundante usaremos los medios que más abajo indicaré. En la fiebre, los accidentes nerviosos y las erupciones cutáneas, producen mucho alivio los baños generales templados y de cierta duracion. Los ligeros laxantes, los anti-espasmódicos deberán ser usados alguna vez.

Se ha recomendado mucho la incision de las encías para facilitar la salida de los dientes y hacer cesar los accidentes graves, pero ese medio es sumamente infiel y peligroso. Un desgraciado comprofesor guardará infausta memoria de semejante medio que cortó á un hijo suyo la muerte por hemorragia.

B.—AFECCIONES DE LA BOCA.

Corresponde tratar en esta seccion, de la estomatitis.

ESTOMATITIS.

La *estomatitis* ó inflamacion de la mucosa bucal se ha dividido en simple, ulcerosa, mercurial, diftérica, cremosa y gangrenosa. De la diftérica nada diré, pues ya me ocupé de ella al tratar de la difteria. La mercurial es rarísima en los niños á quienes los mercuriales difícil-

mente la producen y en tal caso en nada se distingue de la de los adultos.

Dos palabras, pues, sobre las otras especies.

Estomatitis simple.—La denticion es su causa más frecuente. Ocupa generalmente las encías, la bóveda palatina y la cara interna de los labios y carrillos y sus síntomas consisten en rubefaccion punteada ó á placas de la mucosa de los sitios dichos, ligera tumefaccion de la misma y prurito ó dolor poco intenso.

El pronóstico es benigno y el tratamiento consiste en la administracion de algun laxante y en los colutorios emolientes ó ligeramente astringentes con borax, clorato de potasa ó sulfato de alúmina y potasa.

Estomatitis ulcerosa.—Se la observa en los niños de constitucion débil ó enfermiza, y tambien la denticion ejerce su influjo sobre ella.

A los síntomas de la estomatitis simple se une la presencia de úlceras con los caractéres indicados en el párrafo referente á la denticion. El tialismo es muy abundante y molesto en estos niños.

Dura de ocho dias á un mes.

El pronóstico está relacionado con el estado de debilidad del enfermo.

El tratamiento consiste en primer lugar en mejorar dicho estado, administrando los tónicos y los medios que la existencia de otra enfermedad pudiera exigir. Localmente se emplearán los colutorios arriba indicados y se tocarán las ulceraciones con el sulfato de cobre, el sulfato de alúmina y potasa, el nitrato de plata (sólidos) ó con una mezcla de ácido clorídrico y miel (partes iguales). Bouchut recomienda el colutorio de cloruro de cal (20 partes de miel por 3 del cloruro).

Estomatitis cremosa.—Así se ha llamado á la enfer-

medad designada tambien con el nombre de *muguet*.

Al tratar de la atrepsia indiqué que el muguet era sintomático de todos los estados caquécticos, por lo cual se le observaba en un período avanzado de aquella enfermedad. Es muy contagioso y se trasmite á veces de un niño á otro, sirviendo de conductor el pezon de la nodriza.

Las condiciones para su produccion expontánea son un estado de flegmasía crónica en órganos interesantes ó un estado caquéctico y además un estado accidental de acidez de la mucosa bucal. Estas circunstancias son necesarias para el desarrollo y reproduccion de la criptógama *oidium albicans*, cuya criptógama es la productora del muguet.

Los síntomas consisten por un lado en los del estado general, bajo cuya dependencia se halla, y por otro en una estomatitis de forma especial que precede á la aparicion de las placas del muguet. Despues de los síntomas de la estomatitis simple, pónese la mucosa bucal, inclusa la de la lengua; seca, lisa, roja y de la apariencia, en fin, de un trozo de raso de color rojo, y esto coincide con la reaccion ácida de la secrecion. Entónces no tardan en aparecer en la lengua, cara interna de los carrillos, bóveda palatina, cara interna de los labios y velo del paladar (en el órden dicho), unas placas blancas redondas y pequeñas al principio, muy extensas é irregulares luégo por la confusion de muchas entre sí, llegando al fin á formar una capa gruesa uniforme de color blanco amarillento que cubre toda la mucosa buco-faríngea y entónces aparece tos y áun accesos de sofocacion, aunque no muy graduados, anorexia completa, náuseas y vómitos de materiales mucosos y diarrea. Entónces aparece un infarto submaxilar, se nota un eritema peri-anal, y el

niño, agregándose á su afeccion principal el estado de debilidad ocasionado por el muguet, suele sucumbir.

Cuando se desarrolla esta enfermedad en un niño robusto, es la mayor parte de las veces por contagio ó reuniéndose accidentalmente en él las dos causas, estado general y acidez de la mucosa, que se necesitan para su produccion.

En este último caso, el pronóstico no es tan grave, pero sí en el primero.

El tratamiento se compondrá de medios generales dirigidos al estado de debilidad y á la otra enfermedad que padece el niño, y de medios locales que son además de los colutorios de borax, alumbre ó sulfato de cobre (diluidos en agua) los toques con el nitrato de plata en barra, ó con el ácido clorhídrico ó el sulfúrico mezclados con miel. Una solucion muy concentrada de clorato de potasa produce localmente muy buenos efectos, así como este medicamento en pequeña dósis al interior y las flores de azufre mezcladas con miel.

Estomatis gangrenosa.—Se han confundido con este nombre dos enfermedades de los niños que tienen síntomas especiales y muy distintos y son la estomacace y el noma ó cáncer aquático.

Estomacace.—Como causas (generalmente desconocidas) se cuentan graves trastornos de la nutricion y el contagio que no presenta período de incubacion ó es muy corto.

Los síntomas que se observan al principio son los de una estomatitis simple, pero bien pronto se ponen las encías de un color amarillento con múltiples ulceraciones que exhalan un pus grisiento y muy fétido, y dando sangre (á veces en cantidad) al menor contacto.

En el segundo período el borde gingival está comple-

tamente separado de los dientes y todo él tiene el color amarillo negruzco, está ulcerado y sangra, y al mismo tiempo la mucosa de los labios y carrillos presenta iguales caractéres y guarda como la impresion de los dientes. La lengua tambien está ulcerada y su borde es delgado, rojo y con escotaduras. La superficie de las ulceraciones se pone negruzca y muy dolorosa, aumentando en extension y desprendiéndose escaras más ó ménos gruesas que dan lugar á abundantes hemorragias. Esto impide al niño masticar y deglutir y se encuentra en un estado de agitacion considerable, sin comer ni dormir, sobreviniéndole á menudo fiebre y un estado de postracion y debilidad que puede ser funesto.

La duracion de esta enfermedad es variable, pudiendo llegar á dos ó tres meses.

El pronóstico es grave, si bien acudiendo á tiempo y tratándola bien, se obtiene la curacion.

El tratamiento consiste primero en mejorar el estado general del enfermo y además en los medios de corregir las lesiones existentes. Para ello se administra el clorato de potasa al interior (un gramo, dos ó tres al dia, segun que el niño tenga uno, dos ó tres años de edad), se lavan las ulceraciones con una disolucion del mismo medicamento y se las cauteriza con el nitrato de plata en barra ó con una mezcla de ácido clorhídrico y miel. El ácido fénico en disolucion produce tambien buenos resultados.

Noma.—Llámase así á la gangrena de la mejilla.

Sólo se observa en los niños de dos ó tres años, es más frecuente en los varones que en las hembras, y se presenta casi siempre en la convalecencia de las fiebres agudas graves, con especialidad la tifoidea.

Empieza por un pequeño tumor duro en una mejilla

próximo á la comisura labial, cuyo tumor es algo doloroso á la presion y está más cercano á la piel que á la mucosa. Pronto sobreviene una considerable tumefaccion edematosa del carrillo que se extiende á toda la mitad de la cara, y la piel se encuentra violada, no tardando en desprenderse el epidermis, esfacelarse el dermis y separarse una gruesa escara que comprende todo el espesor del carrillo, en la extension de media á una peseta, continuando á veces la eliminacion hasta todo el carrillo y áun parte de la region parotidea. En tanto los gánglios cervicales se han infartado y no tarda en aparecer una agudísima inflamacion de uno ó de ambos maxilares (superior é inferior) y una necrosis más ó ménos extensa, llegando á separarse secuestros más ó ménos considerables.

Como consecuencia de estas graves lesiones se declaran síntomas generales, y la fiebre con exarcebaciones y el delirio y la diarrea colicuativa, concluyen con los dias del enfermo.

El diagnóstico es fácil, pues el cuadro sintomático de esta enfermedad es completamente característico.

El pronóstico es muy grave. Segun una estadística de Tourdes, apénas se salva el **26** por **100**.

El tratamiento es local y general. Ante todo es indispensable el mayor aseo ; lavar las partes con suma frecuencia con una disolucion de ácido fénico y curarlas con las hilas hiponítricas de Torres Muñoz de Luna, en cuyos dos medios tengo una confianza extraordinaria para todas las gangrenas. Se cauterizará además toda la porcion gangrenada con el nitrato ácido de mercurio, cuyo cáustico lo considero insustituible en estos casos. Al interior se dará desde el principio el sulfato de quinina, el extracto blando de quina, los ácidos minerales y áun el ácido fénico, y además carne y vino ó alcohol.

C.—AFECCIONES DE LA BOCA POSTERIOR.

Con el nombre de anginas se han designado á la mayor parte de las inflamaciones de la boca posterior.

Se las ha dividido en eritematosa, flegmonosa, ulcerosa, diftérica, coenosa y gangrenosa.

La eritematosa es muy rara en los niños, en los que sólo se presenta como uno de los síntomas de la escarlatina y la dieta ó algunos colutorios emolientes triunfan de ella.

De la diftérica ya me ocupé al tratar de la difteria.

La coenosa consiste en la trasmision por continuidad de el muguet á la boca posterior y faringe. Repito lo dicho del muguet.

Quédannos, por lo tanto, la flegmonosa y la gangrenosa que merecen se les dedique algunas palabras.

Angina tonsilar flegmonosa.—Es la inflamacion de las amígdalas.

Es muy frecuente durante la primera infancia en los niños de temperamento linfático á consecuencia de supresiones de traspiracion.

Puede presentarse en el estado agudo y en el crónico.

Los síntomas del estado agudo son: tras de un escalofrío sobreviene una fiebre alta con inyeccion y tumefaccion de la cara, inquietud considerable, delirio furioso, disnea notable, ocultándose cualquier otro síntoma; pero en cuanto la fiebre disminuye es fácil conocer que al niño le cuesta trabajo la deglucion y que tiene hinchado el cuello, cuyos movimientos son difíciles, y tumefactas y rojas las amígdalas. Tambien los gánglios sub-maxilares están infartados. Pronto disminuyen estos sínto-

mas, y á las cuarenta y ocho ó setenta y dos horas todo ha desaparecido. En otros casos quedan sin embargo tumefactas las amígdalas, y esta tumefaccion, lo gangoso de la voz, la torpeza del oido y las frecuentes agudizaciones son lo que constituye el estado crónico, que en ciertos casos es primitivo.

El diagnóstico es fácil, el pronóstico benigno y el tratamiento consiste en pulverizaciones con líquidos emolientes, embrocaciones emolientes tambien al cuello, pediluvios irritantes ó sinapismos, y en la administracion de algun purgante. La amigdalitis crónica suele exigir el uso al interior del yoduro potásico y cauterizaciones frecuentes de las amígdalas con la barra de nitrato de plata.

Si sobreviene la hipertrofia de las amígdalas precisará la extirpacion, aunque aguardando si es posible á que el niño haya cumplido siquiera 7 años.

Angina gangrenosa.—Reconoce las mismas causas que la anterior, pero recae principalmente en niños muy debilitados y durante ciertas constituciones médicas. Se le ha visto con la forma epidémica y entónces no respeta temperamento ni constitucion. Tambien es contagiosa.

Los síntomas son muy insidiosos. Casi sin fiebre el niño, se encuentra triste y abatido, moviendo difícilmente el cuello y con alguna tumefaccion en los gánglios submaxilares y en las amígdalas. Si se reconocen éstas se las encuentra tumefactas, de color rojo de vino y con algunas ulceraciones grisientas ó con flictenas que encierran una serosidad negruzca. No tarda en aumentarse la profundidad de las ulceraciones, cuyo fondo es negruzco y que manan sanies rojiza, cuyos bordes son gruesos é irregulares y que se presentan tambien en todo el velo del paladar y en la faringe, exhalando un olor fetidísimo y desprendiéndose gruesas escaras negruzcas con salida de

alguna sangre. Auméntase poco á poco la postracion, aparece (del tercero al sétimo dia) una erupcion cutánea semejante á la de la escarlatina, la fiebre es cada vez más considerable, sobrevienen hemorragias pasivas por todas las mucosas y áun en los tegumentos y en medio de un estado comatoso y en la adinamia más profunda sucumbe el enfermo.

Es preciso no descuidar desde el primer dia el exámen de la garganta para poder hacer el diagnóstico.

El pronóstico es funesto en la inmensa mayoría de casos, aunque yo he tenido varios casos de curacion de ella. Cuando es epidémica, unos años es más benigna que otros.

El tratamiento local consiste en las frecuentes pulverizaciones, con una disolucion de ácido fénico y cauterizaciones con ácido sulfúrico, clorhídrico ó nítrico, y hasta con el cauterio actual principalmente si todavía está limitada la afeccion. Al interior se dará al principio de la enfermedad un emético, y una vez pasada su accion, el líquido hemostático de Pravaz hasta á la dósis de una dracma al dia, disuelto en agua. Trousseau cree que el sulfato de cobre al interior es casi un específico de esta enfermedad. Se darán además los preparados de quina, las sales de quinina, el alcohol, los vinos generosos y una alimentacion capaz de sostener y de restaurar las fuerzas.

Es preciso no olvidar el carácter infeccioso y contagioso de esta enfermedad para separar á los niños áun sanos y evitar en absoluto el contacto mediato ó inmediato con los enfermos.

He omitido al hablar del tratamiento curativo varios medios alabados mucho en no lejana época, como son las emisiones sanguineas que aceleran la aparicion de la adinamia, los mercuriales que apresuran la descomposicion

de la sangre y la excision de las amígdalas que jamás me atreveria yo á hacer en estos casos, temiendo que las heridas resultantes se transformasen en unas magníficas úlceras gangrenosas.

LECCION XLIX.

Continúa el asunto anterior.—D. Afecciones del estómago. —E. Afecciones de los intestinos.

D. — AFECCIONES DEL ESTÓMAGO.

Debiendo excluirse de esta seccion todo lo referente á vicios de conformacion, que por otra parte en su mayoría pasan desapercibidos, y debiendo ocuparme más adelante de las neoplasias, aunque de un modo general, muy pocas son las afecciones del estómago, de que tengo que ocuparme y en rigor quedan reducidas á la gastritis y la gastromalacia.

Gastritis.—No voy á tratar de la gastritis aguda que tanto en el niño como en el adulto sólo se desarrollan, ó por un traumatismo ó por la ingestion de sustancias tóxicas, sino de una forma muy leve de la gastritis, mucho más frecuente de lo que generalmente se cree y que ha sido designada tambien con el nombre de catarro de la mucosa gástrica ó inflamacion catarral del estómago.

Las causas son los trastornos en el régimen.

Los síntomas consisten en dolor en la region epigástrica que se exacerba con la presion, con la ingestion de

alimentos ó de bebidas calientes y se alivia con la leche y las bebidas frias. Nótase tambien cierta tumefaccion en la region dicha y los niños vomitan ántes ó despues de comer un líquido mucoso, turbio, pero retienen los alimentos hasta una época muy avanzada de la enfermedad y por este motivo no se desmejoran mucho en un principio, sino hasta que la mucosa estomacal se ha engrosado y se ha hecho inapta para la quimificacion.

El pronóstico no es grave al principio de la enfermedad, pero si está muy avanzada y ha sido desatendida, es una poderosísima causa de atrepsia.

El tratamiento consiste en administrar como único alimento la leche fria y como medicamento el nitrato de plata en disolucion, hasta la dósis de medio grano ó 25 miligramos al dia, si el niño tiene de dos años abajo, pudiendo duplicarse la dósis si excede de esta edad.

El tanino, la brea y la creosota tambien han sido prescritos.

Gastro-malacia.—La autopsia revela algunas veces un reblandecimiento parcial y áun una destruccion de la mucosa estomacal y de la túnica musculosa, pero ocupando siempre la corvadura mayor de la víscera y la cara posterior. Esta lesion impresionó mucho á los médicos que trataron de investigar qué síntomas correspondian en vida á lesiones tan considerables, pero las reflexiones de Elsaesser, que ha estudiado muy á fondo esta cuestion y ha hecho muchos experimentos, nos llevan á concluir que dicha lesion siempre es cadavérica.

E.—AFECCIONES DE LOS INTESTINOS.

Descartando de las enfermedades de los intestinos, aquellas que han sido descritas en otra seccion como las

hernias intestinales, etc., ó con la afeccion bajo cuya dependencia se hallan como la enteroragia, ó las que ninguna particularidad ofrecen en la infancia, como las heridas, etc., voy tan sólo á ocuparme en este sitio del meteorismo, los cólicos, la enteritis, el cólera infantil, las procidencias, fisuras y pólipos del recto, los vermes intestinales, y por último, de la peritonitis.

METEORISMO.

En ocasiones y á causa de una mala alimentacion ó de inflamaciones catarrales de los intestinos, ó de un extreñimiento pertinaz, hay un desarrollo considerable de gases en dichos órganos y áun en el estómago, y se presenta el vientre más ó ménos abultado, marcándose á veces á través de la piel las masas intestinales, y dando un sonido timpánico á la percusion. El niño se encuentra muy fatigado, apénas puede respirar si el meteorismo es considerable, y coge y suelta á menudo el pecho que se le presenta, quejándose constantemente más que llorando. Si hay expulsion abundante de gases *per superiora ó per inferiora*, lo cual se verifica casi siempre con estrépito, se alivian inmediatamente.

El meteorismo sólo presenta gravedad cuando depende de enfermedades de consideracion, como la fiebre tifoidea, en la que agrava á veces mucho el estado de los enfermos.

El tratamiento consiste en la administracion de un cocimiento de anis ó de unas gotas de la tintura de esta planta en agua, en la aplicacion de algunas enemas de agua fria, ó de agua y vinagre, ó de un cocimiento de manzanilla; en fricciones al vientre con el aceite de manzanilla y el *massage*.

CÓLICOS.

La ingestion de sustancias alimenticias dañosas ó en cantidad excesiva, las alteraciones que en la leche de la madre producen las afecciones de ánimo y la presencia de la menstruacion, la existencia de ascárides lumbricoides y las supresiones de traspiracion, producen los cólicos que á su vez tambien pueden ser sintomáticos de una enteritis aguda, de la disentería, etc.

Los síntomas consisten en un dolor agudo y repentino en el vientre que el niño revela por un grito y un llanto desconsolado, al par que se agita extraordinariamente y encoge las piernas y los muslos y no permite que se le toque al vientre en el que siente algunos *borborismos*. Al cabo de un rato se queda el niño tranquilo, precediendo á menudo á este estado la evacuacion de gases ó materiales diarréicos y áun vómitos, y no tardando en aparecer de nuevo otro dolor, guardando así una especie de intermitencia.

Estos caractéres del dolor y la ausencia de fiebre, bastan para el diagnóstico.

El pronóstico es benigno si los cólicos no están ligados á ningun otro padecimiento de entidad.

El tratamiento consiste en las embrocaciones emolientes al vientre, las cataplasmas de linaza muy calientes, alguna pocion oleosa con una ó dos gotas de láudano de Sydenhan y las enemas emolientes. Se prescribirá tambien la dieta.

Calmado el cólico se investigará su causa y se la hará desaparecer.

ENTERITIS.

Se han descrito dos especies de enteritis ó inflamacion intestinal en los niños, á saber: la enteritis mucosa ó catarro intestinal y la enteritis verdaderamente inflamatoria ó entero-colitis, division á la que corresponde la diarrea catarral y la diarrea inflamatoria de otros autores.

Una y otra se presentan aguda ó crónicamente.

Enteritis mucosa ó catarro intestinal.—Se consideran como causas de ella la debilidad congénita ó adquirida del niño, el desaseo, la mala alimentacion y en general todas las faltas higiénicas; ciertos estados generales, como el herpetismo, la escrofulosis, el raquitismo y determinadas enfermedades febriles, con especialidad las eruptivas. Un susto, la impresion del frio, una emocion moral de la nodriza, bastan á menudo para ocasionarla. Es uno de los accidentes más comunes de la denticion.

Los síntomas son: ligera agitacion y desvelo, cólicos intestinales caracterizados por los fenómenos indicados más arriba, aunque no muy intensos; poco apetito y el niño vomita con frecuencia la leche, apénas la toma, ó los alimentos; evacuaciones alvinas más frecuentes, blandas y abundantes de lo regular y con una acidez muy marcada, de color más ó ménos amarillo, verdoso luégo, despues verdes con grumos blancos, y por último, con la leche ó los alimentos sin digestion alguna. El niño no tiene fiebre, pero se pone muy pálido y adelgaza con una rapidez extraordinaria, á poco abundantes que sean las evacuaciones, y sobrevienen meteorismo y borborismos. Tambien en estos casos suelen aparecer la estomatitis simple, la ulcerosa ó la cremosa y un eritema en las márgenes del ano y nalgas.

Cuando aparece la fiebre y dichos síntomas están muy pronunciados, es porque ha sobrevenido la entero-colitis en pos del catarro intestinal.

Esta enfermedad puede prolongarse hasta dos septenarios ó más.

El diagnóstico es fácil.

El pronóstico es reservado, pero áun cuando esta enfermedad rarísima vez produce la muerte por sí, puede hacerlo por su paso á una entero-colitis y por los accidentes nerviosos que vengan á complicarla.

El tratamiento consiste en primer término en proporcionar al niño una excelente higiene. En seguida se investigará la causa para removerla si es posible, y se tendrá sumo cuidado en la alimentacion ó en la eleccion ó cambio de nodriza. Se le procurará un abrigo conveniente, se le colocarán cataplasmas de linaza al vientre, simples ó laudanizadas, y se le administrará al interior el bicarbonato de sosa, el subnitrato de bismuto, ó una pocion con agua de cal, ó la pepsina en polvo, ó el elixir digestivo de Mialhe, ó una ó dos gotas de láudano en pocion. Tambien se le pondrán enemas con emulsion simple ó con almidon y agua ó con glicerina.

Del régimen por la carne cruda se tratará en la afeccion siguiente.

Entero-colitis.—Es frecuente en la primera infancia, y con especialidad ántes de la época del despecho, y todas las causas que producen la enteritis catarral originan la entero-colitis.

Las lesiones que revela la autopsia son: palidez de la mucosa estomacal en las partes no declives, enrojecimiento considerable en éstas, y áun ulceraciones y destruccion de gran parte del espesor de la víscera, pero esta lesion, como he dicho al tratar de la gastro-malacia, es pu-

ramente cadavérica y debida á la accion química de los materiales contenidos en el estómago, los cuales han adquirido una acidez extraordinaria. En el intestino delgado hay vascularizacion parcialmente repartida y nunca en la proximidad de la válvula ileo-cecal, hipertrofia de las criptas mucíparas, pero integridad de las placas de Peyer. Los intestinos gruesos suelen encontrarse alterados en toda su extension; parecen como estrechados en su diámetro, la mucosa está engrosada y de un rojo más ó ménos intenso, las criptas mucíparas hipertrofiadas y se encuentran tambien ulceraciones superficiales, estrechas, de fondo claro y de bordes planos. Igualmente se vé un engrosamiento del tejido submucoso que á veces está indurado y la induracion produce estrecheces más ó ménos considerables. Existe á veces una hipertrofia de los gánglios mesentéricos y en ocasiones su degeneracion tuberculosa, aunque en estos casos semejante degeneracion coincide con la presencia de tubérculos en otros órganos.

La enfermedad empieza como la enteritis catarral; la misma inquietud, falta de sueño y de apetito del niño, los mismos cólicos intestinales, pero más intensos, y dejando en su intervalo bastante sensibilidad en todo el vientre. Las evacuaciones alvinas son frecuentes y abundantes, y segun Guersant, las que son muy líquidas, apénas coloreadas y que se infiltran perfectamente en los lienzos, proceden del intestino delgado, y las más espesas y teñidas de verde ó amarillo y con grumos, indican la inflamacion del intestino grueso, pero estas aserciones son imposibles de comprobar. Diré, sí, que dichas materias tienen una acidez muy marcada.

A estos síntomas, mucho más intensos todos que en la enteritis catarral, se unen un eritema muy molesto en las nalgas, la aparicion en la boca de aftas ó de las pla-

cas del muguet, un aparato febril poco considerable, adoptando el tipo intermitente (cuotidiano casi siempre) ó el remitente, el depauperamiento del niño es cada vez más extraordinario, su flacidez mayor, sus fuerzas menores; á la diarrea se unen vómitos y el niño sucumbe en el estado de debilidad y de consuncion más notables, si un acceso eclámtico ó un derrame seroso al cerebro no anticipa la fatal terminacion.

Esta enfermedad dura desde siete hasta quince dias y á veces un mes, dos ó tres.

El diagnóstico es muy fácil, atendiendo á lo dicho.

El pronóstico bastante grave.

El tratamiento consistirá en los medios indicados al tratar de la enteritis catarral, aunque aumentando su accion por el crecimiento en las dósis ó la frecuencia en la administracion. Por mi parte, hé aquí el tratamiento del cual he obtenido mejores resultados:

1.° Las precauciones higiénicas ya mencionadas más arriba.

2.° Procurar una excelente alimentacion, cambiándose de nodriza si es preciso, y dejando ciertos espacios entre comida y comida.

3.° Mantener al niño á una temperatura dulce y suave y abrigarlo convenientemente.

4.° No dejarle beber toda el agua que apetece en los casos de sed intensa, sino darle muy pequeñas cantidades, aunque sea á menudo y si tuviera ya cierta edad y no los rechazase, se le pueden dar algunos trozos de nieve, con lo que se calma mucho esa sed.

5.° Las bebidas de que hará uso en vez de agua, podrán consistir en un cocimiento blanco ó de corteza de la raiz de simaruba ú otro muy ligero de ratania ú otro análogo.

6.° Se usará al interior el subnitrato de bismuto, no temiendo dar la dósis de dos á cinco dracmas al dia á un niño de pecho, y así proporcionalmente en las otras edades, pero es preciso cuidar que dicho medicamento esté perfectamente lavado y no contenga vestigio siquiera de arsénico. Se ha recomendado mucho la pepsina, pero aparte de lo repugnante de esta sustancia, yo nunca le he encontrado gran virtud, y si he podido, siguiendo el ejemplo de autores notables, recomendarla en afecciones leves y áun en la enteritis mucosa, no puedo hacerlo en ésta que es de consideracion.

7.° Cuando el médico es llamado muy al principio, es de excelente éxito administrar un emético ó un emetocatártico, siguiendo luégo con los otros medicamentos.

8.° En casos desesperados he usado el láudano de Sydenham en la dósis de una á dos gotas al dia en los niños hasta un año, y tres ó cuatro en los de dos ó tres años, y el éxito ha sido favorable. En estos casos tambien se recomiendan las enemas amiláceas y las de glicerina, así como la aplicacion del esparadrapo de Thapsia ó de un vejigatorio sobre el vientre.

9.° Merece tambien mencionarse el régimen por la carne cruda y el lácteo.

Para usar el primero se toma carne buena de filete de buey, y desprovista de cualquier porcion aponeurótica ó nerviosa, se la reduce á papilla y se la mezcla con muy pequeña cantidad de vino generoso ó con cualquier jarabe, á fin de darle buen gusto. Se debe empezar por 15 gramos (media onza) al dia, llegando hasta 40 gramos, suprimiendo cualquier otro alimento y disminuyendo paulatinamente las dósis cuando el enfermo está curado, y entónces se le puede ir dando al mismo tiempo otro alimento.

En el régimen por la leche, aplicable sólo á los niños mayores de tres años, se hace uso exclusivo de la leche de vaca, y para aumentar el efecto de este tratamiento, se agregan pequeñas cantidades de un cocimiento del *eilanthus glandulosa*, medicamento que parece es muy eficaz en todas las diarreas, en cuanto ha pasado el período de flógosis aguda, pero no tengo práctica personal alguna de él, aunque sé de un comprofesor que se curó con dicha planta una disentería sumamente rebelde.

CÓLERA INFANTUM.

Es sólo una entero-colitis intensísima y de breve duracion y no una enfermedad que tenga punto alguno de contacto con el cólera asiático. Suele observarse en los niños de pecho, reconoce por causa las alteraciones graves en el régimen, y sus síntomas son los expuestos más arriba, pero sucediéndose con suma rapidez, siendo de notar lo frecuente y abundante de las deposiciones alvinas que son de un líquido blanquecino con grumos de leche ó la leche sin digerir, la descomposicion considerable de la fisonomía y á veces los calambres de las extremidades.

Su marcha es muy rápida. Lo he visto producir la muerte en doce horas.

El tratamiento consiste en los medios higiénicos, el uso interno del láudano á dobles ó triples dósis de las indicadas más arriba, el subnitrato de bismuto á dósis altas, el agua de cal, no olvidando la indicacion de sostener á todo trance las fuerzas con estimulantes á la piel (fricciones calientes, ó estimulantes, tarros de agua hirviendo, etc.) y con pociones cordiales (tintura de Wit, electuario cordial, vino, alcohol) y algunos caldos y el pecho de una buena nodriza.

LECCION L.

Continúa el asunto anterior.—Procidencia y pólipos del recto.—Fisura de ano.—Vermes intestinales.—F. Enfermedades de los anexos del aparato digestivo.

PROCIDENCIA DEL RECTO.

Llámase procidencia, caida ó prolapsus del recto, á el ranversamiento hácia afuera de su membrana mucosa.

Es bastante frecuente y se la observa en los niños débiles, en los que padecen de una diarrea de cierta duracion ó de extreñimiento pertinaz, y sobre todo de cálculos vexicales.

Los vermes intestinales y la administracion de un drástico pueden tambien producirla.

Los síntomas consisten en la aparicion alrededor del ano de un rodete de color rojo más ó ménos intenso y que á veces dá sangre al menor contacto, cuyo rodete se presenta con los esfuerzos de defecacion y áun de cualquiera otra clase y que con la posicion y la táxis desaparece para aparecer á un nuevo esfuerzo.

Se distingue de la invaginacion en que la abertura del intestino es central y en la facilidad con que de ordinario se hace la táxis. Se refieren, sin embargo, casos en que ésta ha sido imposible y la extrangulacion del rodete mucoso y la gangrena subsiguiente han sido mortales.

De aquí se deduce el pronóstico, leve en la mayoría de ocasiones, aunque muy grave en las circunstancias que acabo de indicar.

El tratamiento se dirige á reducir la parte prolapsada y á evitar la reproduccion de la procidencia.

Consíguese el primer objeto colocando al niño sobre sus rodillas y codos y aplicando al tumor un paño empapado en agua fria ó en un líquido ligeramente astringente, y si no basta se coge con los dedos índice, medio y pulgar de cada mano (untados préviamente en cerato) el reborde dicho por uno y otro lado y se procura introducirlo en el intestino, cuidando se reduzca primero la porcion que salió últimamente. Si la táxis es difícil se favorecerá dando al niño baños templados de asiento ó escindiendo con una tijera curva por su plano algunas pequeñas porciones de la mucosa; y si la extrangulacion es inminente, no titubearemos en desbridar la abertura anal.

Bell hacia la reduccion introduciendo en el intestino un cono de papel humedecido y Boyer una compresa untada en cerato, retirándola despues de conseguir el objeto.

Una vez restablecida la mucosa en su sitio, se coloca sobre el ano una gran cantidad de algodon cardado, una compresa y un vendaje en T y sino basta se introduce en el intestino una mecha enceratada y el apósito dicho.

Para evitar la reproduccion de la procidencia se procura corregir la causa, si es conocida, y se ponen algunas enemas astringentes ó calas hechas con sustancias de la misma clase y sólo en casos determinados se apela á la escision de pequeños pliegues verticales de la mucosa del intestino.

PÓLIPOS DEL RECTO.

No son muy frecuentes en los niños, aunque yo he vis-

to varios casos en la segunda infancia. Generalmente son mucosos, pero alguna, aunque rara vez, son verdaderos fibromas ó cuerpos fibrosos, ya originados en el tejido conjúntivo submucoso, ya entre la túnica musculosa y la serosa. Estos últimos, además de su rareza pasan muchas veces desapercibidos á causa de su considerable altura.

Los pólipos mucosos, debidos en su orígen á una hipertrofia de los folículos, son pediculados (sea el pedículo más ó ménos delgado), ocupan con frecuencia la parte más inferior del intestino y suelen asomarse á la abertura anal ó salir por ella con los esfuerzos de la defecacion, en cuyo acto salen los escrementos mezclados con sangre y ocasionando algun dolor.

Dependen generalmente de estados irritativos de la mucosa rectal, y cuando son pequeños ó están muy altos, sólo se manifiestan por los dolores al defecar y la pérdida de sangre, necesitándose entónces el tacto rectal para hacer el diagnóstico.

El pronóstico es benigno, una vez diagnosticado; no así el de los cuerpos fibrosos que exigen una operacion grave y posible sólo cuando se hallan en la porcion de intestino no cubierta por el peritoneo.

El tratamiento de los pólipos mucosos consiste en la ligadura, la avulsion ó la escision. Yo prefiero la segunda, para la que ó se obliga al enfermito á hacer esfuerzos de defecacion, cogiendo entónces el tumor con una pinza dentada, todo lo más cerca posible del pedículo, torciéndolo luégo hasta su arrancamiento, ó se introduce el índice de la mano izquierda en el intestino para que sirva de conductor á la dicha pinza.

Los pólipos fibrosos de la porcion infra-peritoneal del recto deben ser operados por la ligadura ó extrangulándolos con el *ecrasseur*.

FISURAS DE ANO.

Llámanse así ciertas grietas que sobrevienen en el ano á consecuencia de un extreñimiento habitual ó de diarreas rebeldes.

No son muy frecuentes en los niños.

Ocasionan dolores intensísimos al defecar, lo que obliga á los niños á diferir lo más posible este acto, y los escrementos salen endurecidos y con algunas estrias sanguíneas.

El tacto rectal no descubre tumor alguno en el interior del intestino y es muy doloroso, y separando los pliegues del ano se ven las grietas dichas.

Esta enfermedad cede á un tratamiento oportuno.

De los medios que hay que oponerle, el más eficaz es el desbridamiento, pero ántes de intentarlo se debe emplear el medio tan recomendado por Trousseau.

Este eminente profesor cree con Bretonneau que la fisura es producida por el desgarramiento de la mucosa por un bolo escrementicio grande y duro, favorecido por un estado de debilidad de esta mucosa, y á fin de darle tono á ésta y á la túnica muscular subyacente, facilitando así la salida del escremento, practica una inyeccion rectal con una disolucion del extracto de ratania en agua (un gramo por 100), repitiéndola ó no en el mismo dia y continuando en su uso por diez ó doce ó quince dias, aunque en los primeros ocasione vivos dolores. Favorece la curacion con la administracion diaria de un laxante y aquella se consigue generalmente á los ocho ó nueve dias y á veces á los tres ó cuatro.

Si este medio no dá resultados se procede á la incision, que consiste en practicar un desbridamiento múltiple del

ano con un bisturí botonado conducido por el índice izquierdo, haciéndola seguir de algunos enemas astringentes y colocando luégo una mecha enceratada.

VERMES INTESTINALES.

Se encuentran en los intestinos, representantes de las diferentes familias de helmintos ó entozoarios, á saber: la ténia y el botriocéfalo ancho (de los cestoides), la ascárides lumbricoides, el tricocéfalo impar, los triquinos y el oxiuro vermicular (de los nematoides).

De todos ellos el ascárides lumbricoides y el oxiuro vermicular son los más frecuentes en la infancia: el tricocéfalo impar se ha dicho que sólo se encuentra en los individuos afectados de fiebre tifoidea, pero se le ha visto áun en los de mejor estado de salud. Respecto á la ténia y al botriocéfalo ancho son muy raros ántes de los siete años. Yo he visto sin embargo dos veces la ténia, una en un niño de tres años y otra en uno de cinco, la última de las cuales, que media ocho metros de largo, conservo.

Voy á decir dos palabras sobre cada una de estas especies.

Ascárides lumbricoides.—Pertenecen á los nematoides. Son de 5 á 7 milímetros de grueso y de 4 á 40 centímetros de largo. Su cuerpo es cilíndrico en el centro, adelgazándose hácia las extremidades, especialmente en la que corresponde á la cabeza, la cual se marca por una depresion circular sobre la que hay tres botones ó válvulas, en cuyo centro se percibe la boca cuando los separa. Tienen los sexos separados y el macho es más pequeño que la hembra. Viven en el intestino delgado, aunque se les ha visto en los gruesos y en el estómago.

Tricocéfalo impar.—Corresponde á la misma familia que los anteriores. Es de un color verde claro, de una longitud de 4 á 5 centímetros, más grueso en su extremidad posterior que en la anterior, adonde es filiforme, y por lo tanto su figura es la de un látigo. En la extremidad más delgada se halla la cabeza y en la otra los órganos genitales. Están separados los sexos. Habita en el intestino ciego y en el cólon ascendente.

Oxiuro vermicular.—Tambien los de nematoides. Es muy pequeño, pues apénas llega á 10 ó 20 milímetros y muy delgado, principalmente en la extremidad caudal que la de la hembra es recta y la del macho encorvada. Su color es blanco amarillento. Habita en el recto, de donde suele emigrar á la vagina. Tambien se les halla en los otros intestinos gruesos y rara vez en los delgados.

Trichinos.—En época muy reciente se ha descrito con especialidad por los médicos alemanes una enfermedad á que se ha dado el nombre de *triquinosis*, y consiste en el desarrollo y reproduccion al infinito de unos helmintos llamados trichinos ó triquinos, animales muy pequeños y delgados, que se originan en el cerdo, y por lo tanto es frecuente la enfermedad en los individuos que usan este alimento, con especialidad el tocino y el jamon crudo, razon por la que no se la encuentra en la primera infancia, en que es muy raro hacer uso de tal alimentacion.

Se la ha visto aparecer epidémicamente.

Se han considerado tres períodos en esta enfermedad, el primero de irritacion gastro-intestinal, en el que hay anorexia, lengua saburrosa, sensacion epigástrica, extreñimiento y en ciertas epidemias han sido los síntomas muy violentos, consistiendo en náuseas y vómitos biliosos, dolores gástricos, cólicos intestinales violentos, diarrea, y todo

acompañado de una postracion y debilidad considerables. El segundo período ó de irritacion muscular está caracterizado por una debilidad extraordinaria y *edema facial* como precursor de sufusiones serosas intra-oculares y meníngeas y laríngeas. Disminuyen los síntomas intestinales, pero aparecen fiebre, contracturas y parálisis, pudiéndose extender ésta á los músculos respiratorios y ocasionar la muerte. En el tercer período ó tífico aparecen los síntomas de una fiebre ataxo-adinámica, y en el cuarto ó de anasarca ó de edema anémico que empieza en el sexto septenario, disminuyen y desaparecen los síntomas anteriormente expuestos y el enfermo entra en convalecencia, aunque con un anasarca anémico y una atrofia muscular, pasajeras ambas.

Los triquinos pertenecen á la familia de los *nematoides*, género *pseudalius*, especie *trichina spiralis*. Son unos animales transparentes de 5 décimos á un milímetro de longitud, cilíndricos, que se hallan arrollados en espiral en una bolsa tambien transparente pero que suele incrustarse de sales calcáreas.

Ténia.—Este helminto y el *botriocéfalo ancho* son los mayores que se anidan y viven á expensas de la especie humana. Pertenecen á la familia de los cestoides. Parécense mucho el uno al otro. Ambos pertenecen á la familia de los cestoides, ambos son aplanados en forma de cinta y formados de multitud de articulaciones, pero la ténia es de color blanco amarillento, sus artículos son más largos que anchos y en su borde alternativamente tiene cada trozo su pene y su vagina y en el centro el ovario. El botriocéfalo es más parduzco, sus artículos más anchos que largos y en el centro de ellos están los órganos sexuales. La cabeza de la ténia tiene cuatro chupadores y entre ellos una doble corona de ganchos; la

del botriocéfalo presenta dos depresiones alargadas y carece de trompa y de ganchos, siendo tambien su cuello más corto que el de aquella. Viven á todo lo largo del tubo intestinal y á menudo dejan desprender artículos sueltos la ténia, trozos el botriocéfalo y huevos ambos que salen mezclados con los escrementos.

La etiología de los entozoarios es muy oscura. En efecto, la variedad mucosa de la fiebre tifoidea que se ha llamado fiebre verminosa, es causa ó efecto de la helminthiasis? Se asegura que la ténia es debida á el desarrollo en nuestro tubo digestivo de los huevos del *cisticercus cellulosus sui*, y áun se supone que estos huevos pueden pasar íntegros por los vasos al torrente circulatorio, desarrollándose entónces en diversos órganos, el ojo por ejemplo, pero no tomando entónces la figura de la ténia sino la de una vesícula en la que es perceptible la cabeza del animal.

Síntomas.—Son locales y generales ó simpáticos, aunque la verdad de esto es que los síntomas de la helminthiasis son tan variados y tan inconexos, que á menudo sólo puede diagnosticarse despues de la salida de algunos trozos de los unos ó individuos enteros de los otros. Se han atribuido á ella multitud de afecciones nerviosas (trastornos en las facultades intelectuales, hidrofobia, histerismo, catalepsia, epilepsia, córea, eclamsia, perversion de los sentidos, neuralgias, parálisis, etc.), de alteraciones respiratorias (tos, asma), circulatorias (palpitaciones, síncopes), digestivas (bulimia, malacia, pica, cólicos, disentería), secretorias (tialismo, poliuria), etc., etc. Hasta casos de muerte repentina han sido atribuidas á la presencia de los vermes intestinales.

No es imposible que en determinados casos puedan y deban atribuirse á la helmintiasis algunas de las altera-

ciones indicadas, pero en la mayoría lo que ha existido ha sido una mera coincidencia.

Voy, pues, á indicar los fenómenos que pueden con más razon explicarse por la presencia de los vermes intestinales.

Desde luégo han de figurar en primera línea los trastornos digestivos. Consisten éstos en dolores intermitentes muy semejantes á los cólicos intestinales, cuyos dolores suelen exacerbarse con las sustancias ácidas ó saladas y aliviarse con las grasas y con la leche.

El apetito está aumentado ó disminuido ó en estado normal, á veces hay vómitos sin causa apreciable y los ascárides pueden ser arrojados por él, así como los oxiuros (he visto ocurrir esto á dos niños con grande asombro de los circunstantes): hay diarrea frecuentemente, saliendo por la cámara ó los vermes enteros (ascárides, oxiuros) ó trozos de ellos (ténia, botriocéfalo).

Los síntomas generales son un picor considerable en la nariz que puede ser considerado como un fenómeno reflejo, convulsiones eclámticas y á veces alguna de las afecciones á que más arriba aludí.

El diagnóstico es muy difícil. Sólo la expulsion de estos gusanos es un signo patognomónico.

El pronóstico es muy reservado. No es raro ver niños que han vivido afectados de la helminthiasis muchos y muchos años, pero todos los autores de obras de medicina consignan casos en que la autopsia ha comprobado que la muerte ha sido debida sólo á esta causa.

Tratamiento.—Ante todo debe procurarse al niño una excelente higiene, cuidando esmeradamente de la alimentacion.

Respecto á medicamentos, gozan de mucho crédito: para los ascárides el polvo de semen contra y su alcaloides ó

sea la santonina (en chocolate ó bizcochos ó en un electuario); el calomelano á dósis purgante; el *saoria* (fruto del *mosa pista*) y el *tatzé* (del *myrzina africana*) cuyas dósis son de 15 á 25 gramos, pudiendo aumentarse algo la del primero; el musgo de córcega y el helecho macho.

Para el oxiuro vermicular los purgantes como el calomelano y el aceite de ricino, y con especialidad los enemas frecuentes con agua fria ó con un cocimiento de yerbabuena ó de semen contra.

La expulsion del tricocéfalo impar es debida siempre á la casualidad.

En cuanto á la ténia y al botriocéfalo, tres medicamentos se disputan la supremacia y son la corteza de la raiz del granado ágrio, el kouso y la tintura de kamala.

La corteza de la raiz de granado ágrio se administra haciendo un cocimiento muy concentrado con 30 gramos (una onza) de la corteza fresca en 500 gramos (16 onzas de agua), reducidos por la ebullicion á 200 (6 onzas), cuya cantidad se hace tomar en tres porciones con intervalo de media hora, administrando un purgante al dia siguiente.

El kousso se prescribe así. El dia ántes permanece el niño á dieta: el dia destinado se le dá en ayunas 8 ó 12 gramos (2 á 3 dracmas) del polvo del kousso (brayera antihelmíntica) en infusion en caliente y dos horas despues un purgante.

La tintura de kamala se dá á la dósis de 12 á 24 gotas.

Se ha recomendado tambien el extracto etéreo del helecho macho. Una pocion fuertemente etérea suele calmar los accidentes nerviosos que provoca la ténia.

En cuanto á la triquinosis parece que uno de los tratamientos mejores consiste en la administracion de gran-

des cantidades de cloruro de sodio al mismo tiempo que en los purgantes y la benzina, y si llegáramos á tiempo expulsar con un emético la carne ingerida. Es preciso, sin embargo, no tener mucha confianza en estos medios ni en ninguno de los propuestos contra esta enfermedad, pues en cuanto dichos triquinos han penetrado en la sustancia muscular, ya es imposible desembarazarnos de ellos. Algunas veces, sin embargo, áun despues de esta penetracion, los triquinos se enquistan nuevamente y su presencia es totalmente inofensiva.

F.—ENFERMEDADES DE LOS ANEXOS DEL TUBO DIGESTIVO.

Consagraré en este capítulo breves palabras á los *cálculos salivales*, las *parótidas*, la *hepatitis* y la *atrofia aguda del hígado*.

CÁLCULOS SALIVALES.

Son rarísimos, y sólo para hacer constar la posibilidad de encontrarlos en la primera infancia es para lo que los menciono. Apénas se conoce otro caso que uno de Burdel, en el que se trataba de un niño de tres semanas de edad con un cálculo en el espesor de la glándula sublingual.

La extraccion con incision ó sin ella es el único tratamiento aplicable en estos casos.

PARÓTIDA.

Con este nombre se designa generalmente así como con el de parotitis y el de parotiditis á la inflamacion de la glándula parótida.

Puede ser idiopática, consecutiva á otros padecimientos de la boca ó secundaria, y metastática.

La parotitis idiopática rarísima vez se padece por los niños de ménos de un año, y es más frecuente en los climas húmedos que en los secos y en primavera que en el resto del año. Suele ir precedida de pródromos que consisten en una fiebre casi idéntica á la fiebre gástrica, cuya duracion es de uno ó tres dias, apareciendo luégo la tumefaccion de la glándula, visible en la region correspondiente, dolor en el mismo sitio, rubicundez y aumento de calor. Coincide alguna vez con una orquitis del mismo lado y se termina casi siempre por resolucion y en ciertos casos por la formacion de un absceso que se abre generalmente en el conducto auditivo externo, y tambien por induracion.

La parotitis secundaria se observa á consecuencia de las estomatitis y de la difteria.

La parotitis metastática se presenta durante los exantemas febriles y la fiebre tifoidea, su terminacion casi constante es por supuracion, aunque su marcha es mucho más lenta que la de la parotitis idiopática.

El pronóstico de la primera especie es benigno por punto general. La gravedad de las otras dos especies la induce principalmente la otra enfermedad coexistente.

El tratamiento de la parotitis idiopática consiste en la quietud, la dieta, algun purgante, fricciones con ungüento napolitano belladonado y cataplasmas resolutivas ó anodinas. Si se presenta el absceso se le dilata con un bisturí y si sobreviene la induracion se insiste en las fricciones dichas y se administra al interior el yoduro potásico ó el aceite de hígado de bacallao.

En las otras dos especies se atenderá tambien á la enfermedad que coincide con ellas ó las ha originado.

HEPATITIS.

Al hablar en la página 483 de este tomo de la ictericia de los recien nacidos, dividí ésta en ligera y grave; formas que corresponden á la hepatitis simple y á la hepatitis maligna.

Ambas son debidas ó á compresiones sufridas en el momento del parto, ó á contusiones, ó á supresiones de traspiracion. Preséntanse tambien como consecuencia de la flebitis umbilical.

Las lesiones anatómicas características son la ingurgitacion, y por consiguiente el aumento de volúmen del hígado que se encuentra reblandecido y á veces adherido á las costillas falsas. No es raro ver colecciones purulentas en esa entraña, y cuando la afeccion es consecutiva á la flebitis umbilical hay tambien abscesos en el bazo, en los pulmones y áun en el tejido muscular.

En la hepatitis simple apénas hay otros síntomas que la ictericia, la tumefaccion del hígado y un estado febril, terminándose favorablemente con ó sin los auxilios facultativos, los cuales pueden consistir en un abrigo conveniente, fricciones al vientre con ungüento mercurial simple y los baños templados.

En la hepatitis maligna que hace sucumbir en muy pocos dias á casi todos los niños afectados de ella, hay además de los síntomas indicados, graves trastornos digestivos (vómitos, dolores abdominales, diarrea, meteorismo, etc.), respiratorios (disnea, hipo, etc.), circulatorios (fiebre altísima) y nerviosos (delirio y convulsiones) seguidos de un estado comatoso.

El tratamiento indicado anteriormente, las cataplasmas emolientes, los laxantes y los antiespasmódicos, son

los medios que se ponen en práctica, aunque sin esperanzas de buen resultado.

Se ha descrito una hepatitis crónica en los niños reciennacidos que debe siempre referirse á la sífilis constitucional.

ATROFIA AGUDA DEL HÍGADO.

Esta enfermedad ha sido descrita por Locschner, pero es extremadamente rara ó á lo ménos ha sido reconocida muy pocas veces y exige nuevos estudios é investigaciones.

Los casos conocidos han tenido un resultado funesto, habiendo sido combatidos con los mismos medios que la hepatitis grave ó maligna, con la que tiene muchos puntos de contacto.

LECCION LI.

3.°—Enfermedades del aparato respiratorio.—A. Cuerpos extraños.—B. Afecciones nerviosas. Freno-glotismo. Coqueluche.

Ya he hablado de ciertas enfermedades de algunas de las partes que como la nariz y la boca concurren á formar tambien el aparato respiratorio; así es que por ahora sólo trataré en este lugar, de las que suelen padecer en el niño la laringe, la tráquea, los bronquios, los pulmones, la pleura y la glándula timo, que como es sabido, se considera como anexa al aparato respiratorio.

Me ocuparé, pues, de ellas sucesivamente.

A.—CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VIAS RESPIRATORIAS.

Es rarísimo encontrarlos en los niños de pecho, no así en los mayorcitos, en que ó los huesos de ciertas frutas, ó monedas pequeñas, ó cualquier otro objeto, suelen introducírsele en la laringe por la costumbre que tienen muchos niños de llevarlo todo á la boca. Recuerdo una niña de 5 años, hija de un comprofesor, que teniendo un pedazo de un pendiente en la boca se lo tragó al reirse, pasándole á la laringe: un acceso furioso de sofocacion siguió al accidente, repitiéndosele varias veces en aquella misma noche y amagando sólo en los dias siguientes en que la niña se quejaba de dolor en la parte inferior del cuello y de tos, tras de la que la mayor parte de las veces sobrevenia alguna disnea. Este dolor fué desterrándose, la tos y la disnea sobrevenian muy de tarde en tarde, y la niña estaba contenta y seguia nutriéndose, pero á los dos meses del accidente y acabada de comer le apareció la tos y un acceso de sofocacion, muriendo instantáneamente. Tengo la íntima conviccion de que la traqueotomía que propuse reiteradas veces, así como otros comprofesores que la vieron conmigo en consulta, hubiera salvado á esta niña, pero la familia rehusó tenazmente la operacion.

Síntomas análogos á los citados son los que revelan la existencia del cuerpo extraño en las vías aéreas. Si el niño tiene cierta edad y se presta al exámen laringoscópico, podrá diagnosticarse su situacion en algunos casos y áun extraerlos (esto es, si está fijado por cima de la glotis, en los ventrículos de Morgagni, en los canales faringo-laríngeos ó sobre los aritenoides), pero en la mayoría de casos habrá que proceder á la traqueotomía, y si des-

pues de ella hay dificultades para la extraccion, se imprimen al torax y cabeza del niño sacudidas un tanto violentas, se les coloca cabeza abajo, etc., á fin de conseguirlo.

Se han visto cuerpos extraños alojados en los bronquios ser causa de la formacion de un absceso que se ha abierto á través de las paredes del pecho, pudiendo salir entónces aquel y cicatrizándose perfectamente la abertura.

B.—AFECCIONES NERVIOSAS.

Incluyo en esta clave al freno-glotismo y á la coqueluche, porque hasta ahora no está bien determinada su naturaleza, y sus lesiones anatómicas no ilustran mucho sobre este particular.

FRENO-GLOTISMO.

Se ha llamado así y tambien espasmo de la glótis, asma tímico de Billard, etc., á una afeccion que consiste en accesos cortos de sofocacion determinados por una oclusion espasmódica instantánea del orificio glótico. Esta rápida oclusion coincide á menudo con una contraccion violenta del diafrágma.

El freno-glotismo no es raro en los niños de pecho, siendo más frecuente en los varones que en las hembras y habiéndose observado una marcada influencia en la produccion de este padecimiento á el temperamento nervioso de la madre. Los niños débiles y raquíticos están más expuestos que los robustos y vigorosos. En los países frios es bastante comun esta enfermedad. Durante la denticion y en el curso de las enfermedades eruptivas, es-

pecialmente el sarampion, se presentan bastantes casos de freno-glotismo.

Segun Kospp, esta afeccion es probablemente una neurosis sintomática de la compresion ejercida por el timo sobre la tráquea y orígen de los bronquios, pero han sucumbido niños de ella, en quienes el timo estaba próximo á desaparecer.

Las lesiones anatómicas se refieren á la causa inmediata de la muerte y no á la enfermedad en sí misma. Se encuentran, pues, congestiones pulmonales; inyeccion en los bronquios, tráquea y laringe; hiperemia en las membranas del cerebro y áun en la sustancia del mismo; derrame de serosidad en los ventrículos. Hay además enfisema pulmonal, persistencia del agujero de Botal, hipertrofia del timo, infarto de los gánglios del cuello, pero todas estas lesiones son accidentales y ninguna de ellas, así como las indicadas más arriba, pueden indicar la naturaleza de la enfermedad.

Los síntomas son los siguientes: Repentinamente (con frecuencia de noche, algunas veces de dia) sobreviene un acceso de sofocacion, durante el que la respiracion se suspende absolutamente, como lo traduce la expresion de inmenso sufrimiento del semblante (ojos desencajados, boca abierta, extension forzada de la cabeza, color azulado de la cara). Semejante estado dura pocos segundos y por un mecanismo especial, en el instante en que la asfixia va á consumarse la intoxicacion por el ácido carbónico hace cesar el espasmo ó contraccion de la glótis relajando sus músculos y penetrando el aire en el aparato respiratorio, con lo que cesa la asfixia y vuelve la vida. Durante el acceso el pulso es pequeño, concentrado, irregular y en cuanto desaparece se desenvuelve y regulariza, cesando tam-

bien la contractura de los miembros que con frecuencia acompaña á aquel.

No es raro ver durante el acceso evacuaciones involuntarias.

Si los accesos son muy frecuentes ó su duracion llega á uno ó dos minutos, queda el niño en un estado de atontamiento que luégo desaparece y áun en un verdadero coma, del cual no seria extraño verlo pasar á la muerte.

Unas veces hay sólo uno ó dos accesos que no vuelven á reproducirse; otras varios que se reproducen con intervalos largos y áun con cierta periodicidad; en ciertas ocasiones son más frecuentes, habiendo yo visto treinta en un solo dia y Hauchmann cincuenta en doce horas.

Distínguese del falso croup en la ausencia de la tos característica y en la existencia de contracturas, y tal vez de estado comatoso consecutivo.

El pronóstico es muy grave y depende de la frecuencia é intensidad de los accesos. Suele perderse el 50 por 100 de los atacados.

El tratamiento se divide en propio del acceso y particular de la enfermedad. Durante el acceso se levantará al niño de la cama, se le moverá, se le estimulará la epíglotis con las barbas de una pluma de ave ó con un pincel, se le echará repentinamente agua en la cara y en la cabeza, se le imitará artificialmente la respiracion, se le insuflará de boca á boca, ó mejor con un tubo de asfixias, aire en las vias respiratorias. Las inhalaciones de cloroformo podrian prestar buenos servicios. Tan largo puede ser el acceso y tan inminente la asfixia que exija la traqueotomía, pero hecha rapidísimamente y por el método de puncion.

Pasado el acceso se someterá al niño á una buena higiene y se alejarán ó separarán todas las causas presuntas.

Respecto á medicamentos hay quien alaba la morfina por el método hipodérmico, pero á dósis casi infinitesimales; quien la belladona al interior y al exterior; quien las inhalaciones con el ácido fénico, con el cloroformo, con el éter sulfúrico; quien administra el bromuro de potasio en pocion; quien la tintura de cáñamo indio; quien el musgo de Córcega, la asafétida, el óxido de zinc, aconsejándose tambien los vejigatorios amoniacales ó cantaridados á las paredes del pecho. De tan repuesto arsenal puede elegir el médico cuanto satisfaga á sus ideas teóricas respecto á esta enfermedad, y si la viese seguir un tipo intermitente, recurrirá al sulfato de quinina en enemas ó por la boca.

COQUELUCHE.

La coqueluche ó tos convulsiva es un catarro de la mucosa respiratoria, contagioso siempre, epidémico algunas veces, caracterizado por accesos de tos de un carácter particular que enunciaré pronto.

Es muy frecuente en los niños de todas edades, con especialidad en los que han pasado de la época de la lactancia y se nota mayor predisposicion á ella en los que se acatarran con frecuencia ó se exponen á supresiones de traspiracion.

La autopsia de los individuos que han fallecido á consecuencia de las complicaciones de la coqueluche, no ha revelado lesion alguna característica de esta enfermedad.

Los autores han considerado tres períodos en esta enfermedad, que son el catarral, el convulsivo y el de declinacion.

En el principio de el período catarral, si la coqueluche se desarrolla primitivamente, suele encontrarse una fie-

bre intensa con inyeccion y brillantez ocular, estornudos frecuentes y tos seca y continuada, lo que hace pensar en la existencia de un sarampion, máxime cuando se vé que esta fiebre persiste, pero su duracion es mayor que la del período prodrómico de aquella erupcion, pues llega á diez, quince y áun más dias, al cabo de los cuales desaparece al mismo tiempo que la tos se hace más incómoda, espectorando el niño una mucosidad viscosa muy abundante, caracterizándose cada vez más la enfermedad.

En el segundo período la tos sobreviene por accesos más ó ménos frecuentes y de diferente intensidad. Al empezar el acceso se produce una especie de silvido en la laringe del niño, enseguida vienen sacudidas más ó ménos fuertes de tos, pero siempre rápidas y seguidas de una inspiracion sonora bastante larga, concluyendo despues de muchas sacudidas é inspiraciones por arrojar una cantidad considerable de mucosidades, cuya expulsion está á menudo acompañada de vómitos y áun de la emision involuntaria de la orina y las heces. El niño conoce cuando le va á dar el acceso y se agita y llora momentos ántes de aparecer; durante él se le pone el semblante muy inyectado, los ojos desencajados, presentándose á veces un equimosis subconjuntival doble; y despues del acceso quedan estropeados y abatidos durante algun tiempo. En este período, que dura desde tres semanas hasta cuatro ó seis meses, es cuando son más frecuentes y de mayor interés las complicaciones que suelen consistir en la atelectasia pulmonar, la neumonia lobular y la bronquitis capilar.

En el período de declinacion los accesos van siendo cada vez más distantes y de menor intensidad, la espectoracion es más líquida, ménos trasparente, más escasa,

expulsándosela con más facilidad y sin vómitos. Poco á poco desaparecen los caractéres distintivos de la tos y á los diez ó doce dias (en ocasiones dura un par de meses) sólo queda una ligera tos catarral que no tarda en extinguirse, aunque conservándose por mucho tiempo cierta excitabilidad en la laringe y cierta facilidad para las recaidas.

La coqueluche bien tratada puede durar de cuatro á seis semanas y terminarse por la curacion; abandonada dura cuatro ó seis meses y es muy susceptible de complicarse con la bronquitis capilar, la atelectasia y la neumonia, como dije más arriba, y ocasionar la muerte. La existencia de fiebre en el segundo período debe incitarnos á buscar enseguida la complicacion existente.

Los caractéres dichos bastan para el diagnóstico, y el pronóstico se deduce de cuanto acabo de expresar.

El tratamiento abraza: 1.° la profilaxis: 2.° el tratamiento de los accesos: 3.° el tratamiento de la enfermedad, y 4.° el de las complicaciones.

1.° *Profilaxis.*—Es preciso evitar cuidadosamente al niño cualquier causa de enfriamiento y alejarlo enseguida y durante mucho tiempo del lugar en que la enfermedad exista epidémicamente ó de la casa en que cualquiera otro la padezca.

2.° *Tratamiento de los accesos.*—Es preciso infundir en el ánimo de las madres la conviccion de que disminuyendo la intensidad y el número de los accesos se apresura la curacion de la enfermedad y se evitan las complicaciones tan frecuentemente funestas, así como que ese resultado puede ser debido á la voluntad. Convencidas de esto las madres, no dudarán en reñir y áun castigar á los niños cuando tosen, á fin de que se dominen y se consiga el resultado dicho. Cuando se siente ve-

nir el acceso se darán al niño algunas cucharadas de una pocion hecha con bicarbonato de sosa ó sub-carbonato de potasa (un gramo en 90 de agua y 30 de jarabe) y una vez empezado el acceso se tratará de sacarle con los dedos las mucosidades que el enfermito pugne por arrojar.

3.° *Tratamiento de la enfermedad.*—Son infinitos los medicamentos que se han empleado con este objeto, y sólo mencionaré aquellos que han gozado de mayor reputacion ó con quienes se han conseguido mejores resultados. Trousseau recomienda mucho el extracto de belladona, empezando por 5 milígramos y llegando á 3 centígramos, sirviendo la dilatacion pupilar para juzgar si se debe ó no aumentar las dósis. De este medicamento he obtenido brillantes resultados, dando como queria Trousseau toda la dósis de una vez y administrando una ó dos horas ántes algunas cucharadas de jarabe de hipecacuana hasta obtener el efecto emético.

Últimamente se ha recomendado mucho el sulfato de quinina, pero yo sólo le he visto producir buen éxito cuando ha existido un estado febril, cosa que ocurre generalmente al iniciarse las complicaciones de cualquier índole que sean.

El óxido de zinc, la valeriana, y sobre todo la cochinilla, han alcanzado gran reputacion.

Se habla hoy favorablemente del bromuro de potasio.

4.° *Tratamiento de las complicaciones.*—Me refiero á lo que indicaré respecto á la bronquitis, neumonia lobular, etc.

LECCION LII.

Continúa el asunto anterior.—C. Afecciones inflamatorias del aparato respiratorio. Laringitis. Bronquitis. Neumonia. Pleuresia. Consecuencias de las afecciones inflamatorias. Dilatacion de los bronquios. Enfisema pulmonal. Neumotorax. Hidrotorax.

C. — AFECCIONES INFLAMATORIAS DEL APARATO RESPIRATORIO.

Son muchas las que pueden sobrevenir en el niño y todas son casi idénticas á las de los adultos, así es que sólo insistiré en las particularidades que deben tenerse presente, tanto respecto al diagnóstico como al pronóstico y al tratamiento.

LARINGITIS.

La inflamacion de la laringe tiene en el niño caractéres especiales sobre que debo llamar la atencion. La laringitis catarral se ha confundido muchas veces con el croup, tanto que ha merecido el nombre de croup falso, y muchos pretendidos casos de curacion de aquel lo han sido realmente de éste.

La causa más frecuente es una supresion de traspiracion.

Al principio de la enfermedad el niño está contento y jugueton como ántes, pero con menor apetito, alguna ronquera y tos. Repentinamente (casi siempre de noche)

se despierta con un violento acceso de sofocacion, sin que falte la ronquera ni la tos croupal, siendo por lo tanto muy fácil de confundir con el croup verdadero. Al cabo de un cuarto de hora á dos horas va facilitándose la respiracion, sobreviene un sudor general y el niño se duerme tranquilo y sosegado.

A la mañana siguiente el niño se encuentra como en el dia anterior, pero la tos no es francamente catarral. El acceso suele repetir dos ó tres veces más, con intervalo de un dia á una semana, aunque no es raro que no aparezca ningun otro y el niño se cura de un modo ó de otro, aunque se refieren casos en que tras el falso croup ha sobrevenido el verdadero.

En los casos de duda servirá para distinguir aquel de éste la ausencia de falsas membranas en la boca y faringe y en los materiales del vómito.

El pronóstico por regla general es benigno.

Tratamiento.—Durante el acceso produce buen efecto la administracion de un vomitivo, así como la aplicacion de sinapismos á las extremidades inferiores. Pasado aquel se abrigará bien al niño, prescribiéndole los diaforéticos y los diuréticos. Con estos medios, algun purgante y fricciones con la pomada de belladona al cuello, además de una dieta moderada, se consigue la curacion.

En ciertos y determinados casos la laringitis se prolonga, la infiltracion serosa que ha sido causa del acceso de falso croup llega á un alto grado y sobreviene el edema de la glotis anunciado por una disnea considerable y una tos sibilante, y confirmado por un acceso de sofocacion que concluye al par que la vida.

BRONQUITIS.

La inflamacion de los bronquios ó bronquitis puede ser aguda y crónica, y una y otra parcial ó generalizada y primitiva ó secundaria.

Es muy frecuente durante el primer año de la vida en los niños sometidos á perversas condiciones higiénicas y en aquellos que son débiles ó escrofulosos. En la primavera y en el invierno hay mayor predisposicion á contraer la bronquitis, cuya causa ocasional es generalmente una supresion de traspiracion.

En la autopsia de los niños que sucumben á esta enfermedad, se encuentra una inyeccion arborescente en la porcion de mucosa bronquial afecta, á veces un color de escarlata y como verdaderos equimosis. Esta inyeccion y la infiltracion que la acompaña aumentan el grosor de la mucosa y disminuyen la cavidad de los bronquios: es muy raro en los niños encontrar dilatacion de estos tubos, pero en su cavidad se encuentra siempre una masa amarilla espesa desprovista de aire, ó una espuma muy fina. Comunmente acompañan á estas lesiones las que son características de la neumonia.

Los síntomas son los siguientes: el niño se pone triste, inquieto, pierde el apetito y tiene sed; su piel se pone caliente, su pulso frecuente, y si tiene cierta edad acusa un dolor, intenso á veces, en la region esternal. Sus ojos están inyectados y lagrimosos, tiene moqueo, tos que adopta la forma accesional y los accesos se suceden con frecuencia bastante, quitándole la mayor parte de las veces el sueño ó haciendo que se interrumpa. La tos casi nunca es seca, pero los enfermitos se tragan los esputos sin que puedan por eso apreciarse sus caractéres, aunque

generalmente son redondeados, blancos ó amarillentos y mezclados con aire.

La percusion, la auscultacion y la palpacion torácica raras veces dan signos de valor por la dificultad de hacerlas bien. Sin embargo, si pudieran hacerse, la percusion daria resultados negativos: la auscultacion nos revelaria la existencia de estertores sonoros y mucosos de distintas especies y la palpacion nos permitiria distinguir ciertos ronquidos ó estertores en toda la superficie del torax y con especialidad á nivel de la laringe y de la tráquea.

Los resultados negativos de la percusion, la ausencia del estertor crepitante y del soplo tubario y la poca intensidad de la fiebre, distinguen á la bronquitis aguda de la neumonia lobular con quien podria confundirse.

La bronquitis crónica suele ser consecutiva á la aguda y en ella falta del todo la fiebre, no existe dolor sub-esternal ó es muy poco intenso; la tos no es tan frecuente, pero á menudo hay verdaderos accesos de asma. El niño se deteriora lentamente y la consuncion que amenaza ó empieza á presentarse hace creer en la existencia de una tísis tuberculosa de la que se distingue por los signos suministrados por la percusion y la auscultacion.

La bronquitis aguda limitada á los gruesos bronquios se termina bien; si se generaliza ocasiona frecuentemente ó una neumonia lobular ó una bronquitis capilar, enfermedades ambas muy graves.

La bronquitis crónica es muy rebelde al tratamiento; se producen durante su curso dilataciones bronquiales y áun abscesos pulmonales, puede ser la causa ocasional del desarrollo de una tísis tuberculosa y áun sin que ésta sobrevenga, no es extraño verla conducir al enfermito á la consuncion y á la muerte.

El tratamiento debe ser profiláctico ó curativo. Se evitan muchas bronquitis observando las reglas de la higiene, fortaleciendo al niño con el uso de los baños fríos desde el nacimiento y con los ejercicios gimnásticos cuando la edad lo permita. Un abrigo excesivo expone extraordinariamente á supresiones de traspiracion y por tanto á la bronquitis.

Presentada ya la enfermedad se la combate colocando al niño en una habitacion cuya temperatura sea suave, y con un abrigo conveniente. Se le dan infusiones teiformes de borraja, bardana, manzanilla, etc., y si la disnea y la tos le mortifican, algunas cucharadas de una infusion de hipecacuana (4 gramos de la raiz en 30 de agua) hasta producir el efecto emético, aunque sin insistir mucho en esta sustancia si no produce pronto alivio. La infusion de la polígala á dósis nauseosa, el carbonato de potasa, el óxido blanco de antimonio y á veces el kermes mineral, tambien están indicados. En las paredes del pecho se hacen fricciones con la tintura alcohólica de yodo, con la trementina y áun se coloca un trozo del esparadrapo de Thapsia.

Si la enfermedad pasa al estado crónico se insistirá en estos últimos medios y se administrará al interior el licor de brea, el aceite de hígado de bacallao ó el jarabe de rábano iodado. Vogel recomienda el uso de la quina en polvo al interior. En estos casos suelen ser provechosos el cambio de clima y los ejercicios gimnásticos si la edad del niño los permite.

NEUMONIA.

La neumonia ó inflamacion del pulmon tiene caractéres muy especiales en los niños.

Dos son las variedades que describen los autores y son la lobular y la de los lobulillos, atacando la primera á uno ó varios lóbulos del pulmon y la segunda á porciones muy limitadas de estos mismos lóbulos.

Es de notar que casi siempre la neumonia de los niños subsigue á una bronquitis y la parte de pulmon afecta está en comunicacion con bronquios inflamados, pareciendo como que la neumonia no ha consistido en otra cosa que en la extension de la inflamacion bronquial.

Las lesiones que nos revela la autopsia son distintas, segun cual sea la variedad de que se trate. Si es de la neumonia lobular, se notan los fenómenos de la hepatizacion roja ó de la gris, segun la época en que sucumbe el enfermo, fenómenos que en poco se diferencian de los observados en los adultos. Si se trata de la neumonia de los lobulillos se encuentran en porciones sanas de pulmon, pequeñas porciones en que la hepatizacion es evidente. Estas porciones están repartidas en ambos pulmones, especialmente el derecho, se confunden á veces algunas con otras, pero nunca las lesiones comprenden en su totalidad un lóbulo. La parte posterior de los pulmones es la más ordinariamente afecta. En la neumonia de los lobulillos rara vez hay exudados y tanto que las porciones afectas pueden insuflarse, despues de comprimidas para vaciarles la sangre, y permiten la entrada del aire.

Las exudaciones pleuríticas, la inyeccion de la mucosa de los gruesos troncos bronquiales y la dilatacion de los pequeños, coinciden frecuentemente con las lesiones que acabo de indicar.

Los síntomas subjetivos de las dos variedades citadas de neumonia son idénticos. En la mayoría de casos sucede la enfermedad á una bronquitis, sin que se pueda por lo tanto fijar la época exacta en que principia. Hay, sin

embargo, motivo para sospecharla desde el momento en que durante el curso de la bronquitis se aumenta considerablemente el calor de la piel y la frecuencia del pulso y de las inspiraciones. Aquellas llegan fácilmente á 140, éstas á 60 y á 80.

El niño prefiere el decúbito del lado afecto ó el supino si lo están ambos, sus espiraciones son más largas y ruidosas que las inspiraciones y durante los movimientos respiratorios el diafragma se contrae enérgicamente, hundiéndose por tanto las costillas inferiores; el niño tiene abierta habitualmente la boca, y las ventanas de la nariz se dilatan ámpliamente, sus ojos están inyectados y las lágrimas han huido de ellos. La tos es seca y sin expectoracion, ó mejor dicho, sin expulsion de esputos, pues á veces se vé llegar alguna espuma blanca á la boca. La tos es dolorosa y el grito con que el niño lo indica es un gemido corto é interrumpido.

La fiebre se presenta á menudo con recargos nocturnos y no es rara la presentacion de accidentes cerebrales á poca predisposicion que el niño tenga á ellos.

La percusion hecha con todas las precauciones indicadas al hablar del diagnóstico en general de las enfermedades de la infancia, no revela dato alguno positivo, si se trata de la neumonia de los lobulillos, pero en la lobular hay una matitez bastante perceptible y más ó ménos extensa, segun la extension misma de la lesion existente.

La auscultacion hace percibir un estertor subcrepitante no muy perceptible, si como sucede á menudo la neumonia de los lobulillos coincide con una bronquitis, pues entónces los estertores de ésta oscurecen aquel sonido. En la neumonia lobular por el contrario, es evidente la crepitacion, sustituida luégo por un soplo tubario y una gran resonancia de la voz, apareciendo á los seis ú

ocho dias nuevamente el estertor crepitante (de retorno) que va disminuyendo poco á poco hasta la completa curacion.

La palpacion apénas revela mayor vibracion de la voz que en el estado normal.

El diagnóstico presenta en ocasiones muchas dificultades por la imposibilidad que hay de explorar el pecho de algunos niños. Entónces debemos tener presente que si durante el curso de una bronquitis se desarrolla una fiebre intensa, sobreviene una disnea considerable, la tos se hace dolorosa y palpando el pecho se nota en cualquiera de los lados una vibracion considerable de la voz, debemos sospechar ó áun considerar como evidente la existencia de una neumonia.

El pronóstico es muy grave en los niños de pecho y siempre más el de la lobular que el de la de los lobulillos. En la segunda infancia se salvan muchos niños afectados de una ú otra variedad de neumonia.

En el tratamiento deberá proporcionarse una excelente higiene, cuidando sobre todo de que la temperatura de la habitacion sea dulce, evitando cuidadosamente la menor corriente de aire.

Algunos autores aconsejan las emisiones de sangre que deben proscribirse de un modo absoluto. Producen muy buen resultado los antimoniales, prefiriéndose el óxido blanco y en ciertos casos el quermes mineral. Las infusiones ligeras de hipecacuana ó de polígala son excelentes espectorantes. Se ha administrado tambien el calomelano, bien á dósis refracta, bien como purgante. Si la fiebre es alta está perfectamente indicado el uso del sulfato de quinina que será preciso administrarlo en enemas, continuando su administracion hasta despues de desaparecer la fiebre. Si por el contrario la reaccion es

débil y hay tendencia á un estado adinámico, se aconseja la quina en polvo ó su extracto blando ó su tintura vinosa y algunas infusiones aromáticas calientes, así como un par de vejigatorios á las extremidades inferiores, pero dejándolos sólo tres ó cuatro horas, hasta que empieza la vexicacion y cambiándolos de sitio.

Con frecuencia es preciso agregar á estos medios dósis muy cortas de ópio, belladona, agua de lechugas ó cualquier otro narcótico.

Los vejigatorios sobre las paredes del pecho sólo están indicados en el período de resolucion de la flegmasia á fin de activarlo.

El cinturon húmedo aconsejado por muchos autores es un medio que aunque útil no puede ser introducido en la práctica particular á causa de la oposicion de las madres.

PLEURITIS.

La inflamacion de la pleura no es muy frecuente en la primera infancia, lo es algo más en la segunda, aunque la mayor parte de las veces es secundaria ó consecutiva á inflamaciones pulmonales ó á lesiones diversas del pulmon y rara vez se presenta primitivamente.

Las causas de la pleuresia primitiva son con corta diferencia las de la pulmonía.

Las lesiones anatómicas consisten en adherencias entre la pleura costal y la pulmonal, presencia de un exudado más ó ménos grueso, que en ocasiones forma una especie de costra que reviste la superficie libre de la pleura, y existencia de algun derrame seroso amarillento y trasparente en la cavidad de dichas membranas.

Los síntomas que más sobresalen en esta afeccion son

el dolor de costado y la fiebre. El dolor no puede comprobarse en los niños muy pequeños más que por la presion hecha sobre uno y otro lado del pecho, la cual determina quejidos cuando se hace en el afecto. Los niños de dos á tres años refieren el dolor á la region epigástrica y sólo en los de más de cinco años se les puede tomar fundamento á lo que dicen sobre este particular. El dolor, cuyo sitio es generalmente bajo la tetilla, es más ó ménos superficial, exacerbándose en el primer caso con la presion y obligando al niño al decúbito del lado sano, y con los movimientos respiratorios en el segundo, acostándose el niño del lado enfermo.

Por muy extensa que sea la pleuresia, el dolor siempre es circunscrito y el temor á su exacerbacion contribuye mucho á la respiracion frecuente y superficial que se observa. Este dolor disminuye ó cesa del todo cuando se ha presentado el derrame pleurítico y es considerable.

La fiebre precede generalmente al dolor, relacionándose luégo mucho de modo que éste se aumenta en los crecimientos de aquella. Pocas veces acompañan síntomas cerebrales á la fiebre y á menudo presenta recargos por las noches.

La percusion da al principio de la enfermedad síntomas negativos, pero en cuanto se ha presentado el derrame puede distinguirse su extension por la matitez del sonido que contrasta con una claridad mayor que la normal en los puntos libres del líquido.

La auscultacion revela en los primeros dias un ruido de roce *(roce pleurítico)* en los puntos en que el exudado es grueso; cuando hay derrame este ruido sólo se percibe y no con tanta claridad en la parte libre, notándose en la ocupada por el líquido la ausencia del ruido res-

piratorio, precedida durante algunos dias por una respiracion bronquial tipo.

La palpacion del lado afecto permite apreciar en muchos casos el roce percibido por la auscultacion y cuando el derrame se ha verificado llama la atencion la falta de vibracion de toda la parte ocupada por él, falta que subsiste por muchos que sean los gritos y llanto del niño.

La pleuresia primitiva, que es de la que me ocupo, puede terminarse por la curacion en ocho ó quince dias, si no ha sido muy extensa y el derrame muy considerable, pero en caso contrario se prolonga hasta tres ó cuatro meses. No es raro entónces ver presentarse una elevacion considerable en un espacio intercostal, enrojecerse la parte tumefacta, adelgazarse la piel y romperse ó ser rota por el profesor, saliendo una cantidad grande de pus bastante líquido, subsistir luégo meses enteros un orificio fistuloso y cicatrizarse éste, curando perfectamente el niño.

Los síntomas reveládos por la percusion, la auscultacion y la palpacion bastan para el diagnóstico.

El pronóstico de esta afeccion es grave, pues si es verdad que la curacion se verifica en muchos casos, al parecer desesperados, no es ménos cierto que esto sólo se verifica en los niños sanos y bien constituidos; y áun en estos existe siempre la exposicion á una complicacion cualquiera que por leve que sea adquiere entónces mucha importancia y contribuye á una mala terminacion. En los niños predispuestos á la tuberculosis pulmonar, suele ésta desarrollarse.

De la pleuresia secundaria sólo digo que es mortal en la mayoría de casos.

En el tratamiento deben rechazarse de una manera absoluta las evacuaciones de sangre generales ó locales, se usarán las precauciones higiénicas dichas al tratar de

la pulmonía, etc., se administrará á el interior el calomelano á dósis refracta y al exterior las fricciones con el ungüento napolitano belladonado sobre el sitio del dolor. Si la fiebre es muy alta podrán ponerse algunos enemas con una disolucion de sulfato de quinina ó dar al niño algunas cantidades de nitrato de potasa, y áun la digital á pequeñas dósis. Los sudoríficos y las bebidas demulcentes completan el tratamiento.

Existente ya el derrame se prescribirán la digital, el acetato de potasa y el nitrato de la misma base, como diuréticos; el rob de enebro ó el de sauco como sudoríficos; el jaborandi que á esta propiedad une la de sialagogo; alguno que otro purgante, y entónces es evidente la indicacion de fricciones con la tintura de yodo sobre el lado afecto y los vejigatorios volantes.

En la convalecencia se llevará el niño al campo y se le dará por algun tiempo el jarabe de rábano yodado ó el vino de quina ferruginoso, segun su edad.

AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO CONSECUTIVAS Á LAS YA DESCRITAS.

Como consecuencia más ó ménos inmediata de las enfermedades de que acabo de ocuparme, pueden presentarse las siguientes: el edema de la glótis, el enfisema y el edema pulmonares, la gangrena del pulmon y el empiema.

Dos palabras acerca de cada una de ellas.

EDEMA DE LA GLÓTIS.

Uso esta palabra por instinto de imitacion y para no hacerme confuso inventando ó adoptando otra nueva, pe-

ro yo no sé cómo puede una abertura ó una cavidad estar edematosa.

Con el nombre de edema de la glótis se ha querido designar ó el edema de los ligamentos ariteno-epiglóticos y gloso-epiglóticos ó la infiltracion edematosa de la mucosa laríngea.

Entrambos estados son siempre consecutivos á inflamaciones más ó ménos profundas de la laringe, y ya á propósito de la laringitis dije que cuando sobreviene dicha infiltracion es indispensable recurrir á la traqueotomía para librar al niño de una muerte cierta.

ENFISEMA PULMONAR.

Esta afeccion es una consecuencia á veces de las inflamaciones de los bronquios y de los pulmones. Igualmente sobreviene á causa de los grandes esfuerzos de la coqueluche.

Se ha dividido el enfisema pulmonar en vesicular é interlobular: en el primero hay sólo una dilatacion de las vesículas; en el segundo una rotura y el aire se infiltra en el tejido conjuntivo interlobular. Tambien se ha visto ocurrir que el aire así infiltrado se ha abierto paso á los mediastinos y áun al cuello, y hasta ha sobrevenido un enfisema general subcutáneo.

Claro es que el enfisema ha de agravar notablemente á la enfermedad primitiva. Hay motivo para sospechar su existencia cuando repentinamente se presenta una sofocacion que va poco á poco aumentando, al mismo tiempo que se nota por la medicion y áun á la simple vista que el lado de la caja torácica en que ha tenido lugar el accidente, tiene mayores diámetros que el otro. La percusion dá

un sonido claro en todo el lado afecto y por la auscultacion se percibe una crepitacion muy manifiesta.

La creciente intensidad de los síntomas y el aumento de la extension de la infiltracion gasiforme, confirman el diagnóstico que á pesar de todo suele ser muy difícil cuando el enfisema no se hace subcutáneo.

A pesar de la inmensa gravedad de este accidente, se conocen casos en que ha sobrevenido la curacion.

El tratamiento principal debe tender á evitar la aparicion del enfisema, y esto suele conseguirse procurando calmar los fuertes accesos de tos que algunas veces se presentan en la bronquitis y en la neumonia, y siempre en la coqueluche y áun en el croup. Para este objeto se aconsejan las preparaciones del ópio y de la belladona, aunque á la dósis que exige la edad de los enfermos. Una vez presentado el enfisema es preciso hacer punciones con agujas delgadas, si la infiltracion es subcutánea, y si es pulmonar, entónces se practica la puncion atravesando la pared torácica en un espacio intercostal frente al punto de la infiltracion y muy próximo al borde superior de la costilla correspondiente, con el trocar más fino del aspirador neumático.

EDEMA PULMONAR.

Obsérvasele al final de las afecciones graves del pulmon, del corazon y de los grandes vasos y desde su aparicion comienza la agonía. Encuéntrasele tambien en el curso de las fiebres eruptivas, con especialidad la escarlatina, y en el tercer septenario de la fiebre tifoidea.

Una disnea considerable que puede llevar hasta la sofocacion y que aparece en el curso de una de las afecciones dichas, puede hacernos sospechar la existencia del

edema, pero la percusion y la auscultacion nos harán formar un diagnóstico exacto, aunque no siempre.

La percusion dá un sonido mate en ambos lados del pecho, y generalmente hácia las partes que han estado más declives. Este sonido es algunas veces sub-mate.

Por la auscultacion se nota un estertor subcrepitante por cima de los puntos edematosos y que se propaga á lo léjos, sin que por la palpacion se distinga en ningun punto vibrar la caja torácica. Este estertor existe á menudo con un estertor mucoso muy pronunciado que hace imposible oir aquel, á no ser que se procure la espectoracion de las mucosidades que contienen los bronquios.

En ambos casos apénas se podrá distinguir el edema pulmonar de la neumonia lobular.

El pronóstico ya he dicho que es muy grave. No obstante, si sobreviene en la convalecencia de la escarlatina y no hay lesion pulmonar anterior, no es muy raro que se consiga la curacion.

Respecto al tratamiento debemos atender en primer término á la enfermedad principal, pues el edema pulmonar sólo exige como medios propios el uso de los diuréticos y de los diaforéticos, la aplicacion de algunas ventosas secas á las paredes del pecho, y si la disnea es muy intensa la admistracion de un emético.

GANCRENA PULMONAR.

Es rarísima en los niños y sólo se la observa ó en las neumonias traumáticas ó en las que sobrevienen durante el curso de la fiebre tifoidea.

Se la reconoce porque despues de los síntomas evidentes de una neumonia lobular, desaparecen los sufrimientos del enfermo al mismo tiempo que su cara se pone hipo-

crática, la piel se enfria así como la lengua, y el pulso se encuentra deficiente. Entónces arroja el niño sin grandes esfuerzos frecuentes esputos negruzcos y extriados de sangre, pero de una fetidez insoportable. Estos esputos no son, sin embargo, característicos, porque se les observa tambien en ciertas neumenias caseosas, pero entónces no existen los otros síntomas que acabo de indicar.

La gangrena pulmonar no tiene tratamiento porque es una afeccion mortal y yo dudo muchísimo de que sean completamente auténticos los casos (aunque raros) de curacion que se citan.

EMPIEMA.

Diferénciase el hidrotorax del empiema en que en el primero el líquido contenido en la cavidad pleurítica es seroso y en éste purulento; aquel es consecutivo á las fiebres eruptivas, á la albuminuria, á las afecciones de corazon y rarísima vez (casi nunca en los niños) es primitivo; y el empiema aunque tampoco primitivo, es una consecuencia de una pleuritis aguda.

Ya al ocuparme de ésta he tratado lo suficiente de la afeccion cuyo nombre encabeza este párrafo, y por lo tanto me refiero á lo allí dicho.

LECCION LIII.

Continúa el asunto anterior. Tísis pulmonar. D. Afecciones del timus. — 4.° Enfermedades del aparato circulatorio.

TÍSIS PULMONAR.

De algun tiempo á esta parte y á causa de los incesantes progresos de la anatomía patológica, se conviene por casi todos los médicos en la dualidad de la tísis, ó en otros términos se admiten dos estados patológicos muy semejantes en su etiología y en su sintomatología, y que sin embargo son esencialmente distintos en su naturaleza y su pronóstico. Estas dos especies de tísis son llamadas tísis caseosa ó neumonía caseosa la una y la otra tuberculosis pulmonar propiamente dicha.

De estas dos especies, la segunda se padece alguna vez durante la vida intrauterina y entrambas son muy raras en la primera infancia. Durante la segunda infancia se suelen encontrar casos de bronquitis en niños escrofulosos, en cuyas bronquitis sobreviene un reblandecimiento de los gánglios bronquiales, simulando perfectamente á una tuberculosis pulmonar.

De todos modos esta enfermedad es mucho más propia de la adolescencia que de ninguna otra edad.

Las lesiones anatómicas de la tísis caseosa consisten en infiltraciones ó condensaciones difusas del parénquima pulmonar, condensaciones ó induraciones que se tras-

forman luégo en una masa amarilla y caseosa, y por último en una sustancia cremosa ó puriforme que se colecciona en focos ó escavaciones pequeños ó grandes (cavernas), los cuales se ponen en comunicacion con algunos bronquios. Estas lesiones suelen hallarse diseminadas en el parénquima pulmunar, teniendo predileccion por el vértice y no es raro ver en las autopsias no sólo cada una de las alteraciones indicadas, sino un verdadero brote de tubérculos cuya aparicion entónces es secundaria, y por eso no se hallan en grado avanzado de desarrollo.

En los niños que mueren á consecuencia de la tuberculosis pulmonar ó verdadera tísis pulmonar, se encuentran las lesiones siguientes: En un principio se presentan en la mucosa de la tráquea y en la de los bronquios placas granulosas más ó ménos extensas, formadas de tubérculos miliares, cuyas placas ofrecen luégo los signos del reblandecimiento, y por fin se ulceran, destruyéndose poco á poco el bronquio y formándose una caverna. Como al mismo tiempo que esas placas, sobreviene un catarro purulento de los bronquios mismos, parte de la mucosa de éstos se engruesa, concluyendo por obturarlos, razon por la que no es extraño encontrar muchas de esas cavernas cerradas y llenas de pus. Otras cavernas se comunican con varias ramificaciones bronquiales. Así como la otra especie de tísis suele complicarse con la tuberculosis, ésta á su vez puede combinarse en un período más ó ménos avanzado, con un processus neumónico y se encuentran entónces porciones del pulmon más ó ménos extensas y aisladas que son asiento de una induracion, de infiltracion caseosa y en las que por último se forman cavernas cuyo contenido es la materia de esa misma infiltracion liquidada. Tambien se ven entónces cavernas bronquiectásicas. Estas induraciones son causa de la obtura-

cion de muchos vasos sanguíneos, pero al par que esto ocurre, se dilatan algunas ramas de las arterias bronquiales, se forman vasos nuevos á expensas de las intercostales, y estos vasos llegan al mismo tejido pulmonar por las adherencias que con la pleura existen en diversos puntos, y el mayor acúmulo de sangre arterial que á consecuencia de lo dicho existe en el pulmon enfermo, es una poderosa predisposicion á las hemotisis que son frecuentemente determinadas por la destruccion de las paredes vasculares con los progresos de la ulceracion.

En las dos variedades de tísis suelen hallarse adherencias extensas y fuertes entre la pleura costal y la pulmonar.

Tambien en los afectados de tísis se encuentran tubérculos en la laringe, en el mesenterio, en el hígado, en los riñones y las lesiones características del muguet.

Síntomas.—Se consideran dos formas de tísis en los niños, á saber : la aguda y la crónica. La primera es más frecuente y ya se trate de la variedad tuberculosa, ya de la caseosa, los síntomas son casi idénticos. Nótase, en efecto, en unos y otros enfermos un adelgazamiento considerable y progresivo acompañado de fiebre de tipo intermitente á veces en su principio, pero luégo remitente y por último continuo. Los niños adquieren mal carácter, pierden el apetito y las fuerzas ; tienen con frecuencia vómitos y diarrea. La respiracion es difícil, tienen los parecida en algunos casos á la de la coqueluche, y la expectoracion escasa en un principio hácese luégo abundante y fácil y los esputos ó son rojo-negruzcos, de olor fétido (tísis caseosa) ó verde-amarillentos redondeados ó tambien rojizos y mezclados con muchas mucosidades. La palpacion de las paredes torácicas comprueba una disminucion más ó ménos considerable de la vibracion de la

voz, la percusion dá un sonido mate en una ó en ambas regiones infra-claviculares y por la auscultacion se percibe estertores crepitantes diversos en los puntos afectos ó repartidos en todo el pecho, aunque entónces no están tan marcados.

A medida que la enfermedad avanza, aparecen nuevos estertores, encuéntrase en algunos sitios un ruido de fuelle muy pronunciado, está en otros disminuido el ruido respiratorio, en algunos existe la pectoriloquia. La matitez á la percusion es más notable y más extensa, aunque á veces se nota una claridad inusitada en determinado sitio, lo que coincidiendo con la pectoriloquia y el ruido anfórico y la gravedad suma de los síntomas generales, demuestra la indudable existencia de una caverna, aunque por punto general no se forman éstas en la tisis aguda de los niños, pues la extension de las lesiones anatómicas en ambos pulmones es considerable, la hematosis es cada vez más incompleta, los trastornos circulatorios mayores y el niño sucumbe en un estado asfíxico ántes de la completa evolucion tuberculosa.

La tisis crónica que es rarísima en los niños, es á menudo una consecuencia de una neumonia. Entónces, y cuando ésta parece caminar á su completa resolucion y áun el enfermito ha entrado en convalecencia, retárdase ésta considerablemente, el niño pierde progresivamente las fuerzas en vez de recobrarlas; preséntasele una fiebre no muy intensa y casi siempre remitente; se le nota una tos seca y frecuente y le sobreviene abotagamiento de la cara, edema en las extremidades inferiores y el muguet que, como he dicho en otro lugar, parece un síntoma de los trastornos graves de la nutricion. Cuando existe el muguet ya el apetito está perdido ó es depravado,

hay diarrea y no son raras las convulsiones ó las congestiones serosas.

La exploracion del pecho permite reconocer un sonido mate en el punto que corresponde á los tubérculos pulmonares ó las induraciones del tejido pulmonar, estertores diversos (sibilante, mucoso, sub-crepitante, crepitante, ruido de fuelle).

Con todos los síntomas indicados y en medio del marasmo más completo, sucumben los enfermos, á no ser que una congestion cerebral serosa, un neumotorax ó cualquier otro accidente abrevie sus dias.

Tanto la tisis aguda como la crónica se puede confundir con una neumonia lobular, de la que se distinguirá principalmente por la mayor extension de las lesiones pulmonares, su duracion más larga y la consuncion á que conducen.

El pronóstico es mortal. Aun la forma no tuberculosa tiene en el niño mayor gravedad que en el adulto y los casos de curacion que se citan no tienen todo el valor necesario para poder deducir de ellos la curabilidad de la tisis en los niños.

El tratamiento se compone de los pectorales y demulcentes, el uso del aceite de hígado de bacallao ínterin el tubo digestivo pueda tolerarlo, ligeros narcóticos para aliviar la tos y procurar el sueño á los enfermitos, el subnitrato de bismuto y la pepsina cuando existe diarrea, en una palabra, una medicina sintomática y una buena higiene.

D.—AFECCIONES DEL TIMUS.

Son rarísimos los casos que se conocen y P. Dubois refiere las supuraciones y degeneraciones encontradas en

el timus de algunos reciennacidos á la sífilis hereditaria, por cuya razon me ocupé de aquellas al tratar de ésta.

4.°—AFECCIONES DEL CORAZON.

Hay observaciones de hipertrofia del corazon en niños de pecho, aunque es mucho más rara en éstos que en los de la segunda infancia.

Los síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento ninguna particularidad ofrecen en los niños, por lo que me refiero á los tratados de patología médica ó especiales de enfermedades del corazon.

Se han visto tambien algunos casos de *pericarditis*, la cual puede ser primitiva y debida á un golpe sobre la region precordial, á una supresion de traspiracion, etc., y consecutiva al reumatismo. Yo no he visto caso alguno de la primera, pero sí unos cuatro ó cinco de la segunda.

Los autores convienen en la casi imposibilidad de diagnosticar á no ser por la autopsia la pericarditis primitiva de los niños á causa de la oscuridad de sus síntomas y la extraordinaria rapidez de su curso.

Entre los casos que yo he observado de pericarditis consecutiva al reumatismo, en el más reciente el diagnóstico fué clarísimo. Un niño de cinco años afectado de un reumatismo agudo poli-articular, quejábase extraordinariamente de los dolores, con especialidad los de ambas rodillas. Desaparece repentinamente el dolor y el niño concilia el sueño, pero la fiebre aumenta, sobreviene una incomodidad hácia la region precordial, una disnea considerable que obliga al niño á guardar el decúbito sentado, síncopes frecuentes. Incrementan la

disnea y el desasosiego del niño ; se le hace irregular el pulso; subsíguense los síncopes uno al otro, y la muerte sobreviene en uno de ellos, dentro del tercer dia de la desaparicion de los dolores articulares. Al final del primer dia era muy perceptible el ruido de cuero que disminuyó mucho en el segundo, en el que se notaban tumultuosos é irregulares los latidos del corazon, aunque algo lejanos. Sin duda habia un derrame en el pericardio.

La tintura de cólchico, la de digital y el sulfato de quinina al interior, los vejigatorios á las piernas, las fricciones con el aceite volátil de mostaza al sitio primitivo del dolor para solicitar su reaparicion, fueron los principales medios empleados, tanto en este como en los otros casos y siempre sin el menor resultado.

Este ligero resúmen de uno de los casos que he visto de esta enfermedad, creo que basta para formar una idea de ella y de su tratamiento.

Las lesiones que revela la autopsia en los casos análogos, son inyeccion en la superficie del corazon y en el pericardio, bridas más ó ménos gruesas y largas, adherentes á el corazon ó á su cubierta ó á entrambos, y derrame sero-albuminoso más ó ménos abundante en la cavidad pericardiaca.

En distintos parajes de esta obra me he ocupado ya de las otras afecciones que puede padecer el aparato circulatorio de los niños.

LECCION LIV.

5.°—Enfermedades de los órganos génito-urinarios.—Incontinencia nocturna de orina.—6.ª—Enfermedades del aparato locomotor. Raquitismo.

5.° ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GÉNITO-URINARIOS.

Siguiendo la marcha ya establecida, sólo me ocuparé en este lugar de la incontinencia nocturna de orina.

INCONTINENCIA NOCTURNA DE ORINA.

Suele observarse en los niños con mucha más frecuencia que en las niñas; en los de temperamento linfático-nervioso que en los de otro cualquiera, y parece que la existencia de los vermes intestinales tiene alguna influencia en su produccion. Se le considera debida por unos á la disminucion de la irritabilidad orgánica de las fibras musculares de la vejiga y por otros á una hiperestesia del mismo órgano, creyendo los primeros que los niños se orinan porque no experimentan en toda su intensidad la sensacion que avisa de la plenitud de la vejiga, y los segundos que la irritabilidad de las fibras musculares de ese órgano es tan considerable que en cuanto hay en él cierta cantidad de orina se contrae sobre ella y determina su expulsion, que se hace á veces con conciencia de ella pero sin poderla evitar. Me parece, sin embargo, muy po-

sible que unos y otros profesores tengan razon respectivamente en determinados casos.

De cualquier manera que sea, el niño contra toda su voluntad, y generalmente una sola vez durante la noche y en las primeras horas de sueño, se orina, experimentando unas veces la sensacion de ello y recordándolo al despertar, y otras veces sin conciencia ninguna del hecho.

Esta afeccion se prolonga bastante y en muchos casos ha durado hasta la época de la pubertad, citándose individuos en quienes ha continuado despues de esa edad. Los daños que produce á la salud dependen de la atmósfera infecta en que se encuentra el niño toda la noche y de la facilidad con que se le presentan úlceras por decúbito.

En el tratamiento se ha aconsejado el uso de los antiescrofulosos ó los anti-helmínticos, si se cree que la escrofulosis ó los vermes intestinales pueden ser la causa. Los baños de mar han producido á veces excelentes resultados. Lallemand aconseja los baños generales aromáticos. Chambiers la cauterizacion del meatus urinario con el nitrato de plata. Goulard alaba mucho el cateterismo repetido, y Lair lo hace untando la punta de la sonda con la tintura de cantáridas.

En la actualidad parece que se disputan la preferencia dos medicamentos que responden cada uno de ellos á una de las opiniones que indiqué más arriba sobre el modo de producirse la enfermedad.

Estos medicamentos son la estricnina y las hojas de belladona. El primero se dá á la dósis de 5, 10 ó 15 miligramos al dia, disminuyéndola ó suspendiendo el medicamento en cuanto se presente la menor rigidez en cualquier parte del cuerpo. Se le incorpora á un jarabe que sea grato al paladar.

El polvo de las hojas de belladona se dá á la dósis de un centígramo hasta 5 y áun 10 al dia.

Claro es que para hacer una buena eleccion de estos medicamentos es preciso estudiar si la afeccion es debida en el caso particular de que se trate á una disminucion de la irritabilidad ó á una hiperestesia. La estricnina podrá reanimar aquella y la belladona calmar ésta.

6.° ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR.

Correspóndeme tratar aquí del raquitismo ó raquitis.

RAQUITISMO.

El raquitismo ó la raquitis es una enfermedad caracterizada por la disminucion de las sales calcáreas en los huesos, de lo que resulta el reblandecimiento de éstos y la deformacion de las diversas partes del esqueleto.

Esta enfermedad es congénita algunas veces, pero lo más frecuente es que se desarrolle despues del tercer mes. La edad en que más casos se cuentan es entre uno y tres años.

La padecen lo mismo los niños que las niñas.

Contribuye á su produccion la mala alimentacion, y sobre todo una alimentacion desproporcionada á la edad y á las fuerzas digestivas del niño. La habitacion en parajes sombríos, húmedos y mal ventilados es tambien una causa poderosa, así como todas aquellas enfermedades agudas ó crónicas que ocasionan una modificacion profunda en la nutricion.

En el raquitismo hay una alteracion especial en los huesos que les impide asimilarse las sales calcáreas que se ingieren con los alimentos, y estas sales, inútiles en-

tónces en el organismo, son eliminadas por la orina, y esta es la razon por qué se encuentran en este líquido, si se analiza. Como consecuencia de esa falta de asimilacion, los huesos estan blandos, esponjosos, porosos y su blandura es mayor cerca del perióstio que hácia su centro. En los huesos del cráneo, por ejemplo, el perióstio está engruesado y adherente al resto del hueso, como en los huesos largos, pero la reabsorcion de las partes óseas llega á veces á tal punto que la dura madre y el perióstio están tocándose en algunos puntos. La proporcion en que las sales calcáreas se hallan en los huesos desecados es la de 1|5 parte en vez de 2|3 en el hueso sano, y por el contrario, en la orina los fosfatos se hallan aumentados en un triplo ó en un quíntuplo de sus proporciones normales. Cuando se cura la raquitis conservan los huesos algo de sus anteriores curvaturas, pero están más gruesos y pesados, lo cual depende de que toda la masa esponjiosa blanda que ántes existia se ha osificado y la osificacion ha llegado más allá de lo ordinario, constituyendo una dureza extraordinaria que se ha llamado esclerosis del tejido óseo y si es muy considerable eburnacion.

Síntomas.—En la raquitis suele haber un período que se llama latente, porque durante él pasan desapercibidas las lesiones y sólo un análisis de la orina podria dárnoslo á conocer. Otras veces se desarrolla de un modo agudo. El órden de aparicion del reblandecimiento óseo suele ser el cráneo (cráneo-tabes), las costillas, las extremidades, la pélvis y la columna vertebral.

Cuando se presenta de una manera latente, el niño se pone abatido y flaco; su cara es pálida y denota el sufrimiento, que expresa con gritos cuando se le toma en brazos y á veces áun sin tocarle. Tiene accesos febriles

de tipo irregular, falta de apetito, digestiones laboriosas, diarrea, y sólo al cabo de tres á seis semanas es cuando la deformidad de las diversas partes del esqueleto aclara el diagnóstico, difícil hasta entónces.

En el cráneo-tabes tardan mucho en desaparecer las suturas y fontanelas y áun se ponen mayores, el cráneo está aplastado, marcándose mucho sus protuberancias; hay casi siempre calvicie, especialmente en el occipucio (generalmente el occipital es el asiento del reblandecimiento ó aquel hueso en que éste es mayor) y comprimiendo cuidadosamente con los dedos se notan varios puntos en que los huesos no resisten y se doblan con facilidad. El niño está muy inquieto y sufre mucho acostado, máxime en decúbito supino, y por el contrario se tranquiliza y puede tomar alimento, sentado.

En el cráneo-tabes se hallan tambien reblandecidos los huesos maxilares, tardando los dientes en salir y teniendo muy escaso esmalte y cayéndose despues.

Despues del cráneo-tabes aparece el reblandecimiento de las costillas. La deformidad del pecho es muy notable en un período avanzado de la enfermedad, pues aumenta su diámetro antero-posterior, disminuyendo el trasversal, el esternon se separa mucho de la columna vertebral, al mismo tiempo que los cartílagos costales se dirigen casi directamente de delante atrás, y de este modo el pecho se asemeja á la figura de quilla del de las aves. Las extremidades de los cartílagos costales se engruesan mucho y á las hileras de botones que este engruesamiento produce se les ha llamado los rosarios raquíticos.

El raquitismo de las extremidades empieza por las superiores, siguiendo pronto el de las inferiores y reconociéndose por el engruesamiento de las extremidades de los huesos y la corvadura de la diafisis de éstos. Si tambien

se hallan afectos los huesos de la pélvis la progresion es muy difícil ó imposible.

Sigue por último el raquitismo de las vértebras, produciéndose las corcovas que no siempre existen en los niños raquíticos. Estas corcovas se han llamado cifosis, lordosis y escoliosis, segun que la desviacion de la columna vertebral, sea hácia atrás, adelante ó á los lados.

Todas las deformidades de los huesos y con especialidad de los de las tres cavidades producen necesariamente dislocaciones en los órganos contenidos, compresiones que dan lugar á alteraciones funcionales y áun orgánicas de ellos y por lo tanto es corriente que el raquitismo coincida con bronquitis crónicas, lesiones cardiacas, enteritis y áun afecciones cerebrales. En estos casos no es una coincidencia lo que existe, sino relacion de causalidad.

La tumefaccion de las extremidades óseas, las deformidades citadas y la proporcion considerable de sales calcáreas en la orina bastan para el diagnóstico de la raquitis.

El pronóstico no es grave por la enfermedad en sí misma, sino por las complicaciones de que es frecuentemente causa, así es que para establecerlo atenderemos con especialidad á la índole é intensidad de estas complicaciones.

El tratamiento consistirá además de una excelente higiene (en cuyos preceptos entrará principalmente el respirar un aire puro, una alimentacion proporcionada á la edad y fuerzas del niño y un ejercicio moderado) en la administracion interna del aceite de hígado de bacallao, medicamento que ha venido á sustituir á todos los que se usaban ántes para esta enfermedad y que á su vez es insustituible, pues cuantas experiencias se han hecho

con este objeto no han tenido el menor resultado. No se sabe si obra como alimento respiratorio, ó en virtud del bromo y del yodo que contiene, ó por los ácidos grasos y partículas de hígado en putrefaccion; lo que se sabe es que cura el raquitismo, y ojalá supiéramos siquiera otro tanto de algunos otros medicamentos para enfermedades distintas de esta.

La dósis del aceite es desde una cucharada pequeña al dia hasta seis ú ocho onzas, segun la edad del niño y sobre todo segun la tolerancia que suele lograrse fácilmente. En los casos en que ésta no se consiga, se administrará el aceite emulsionado con la pancreatina.

Cuando la enfermedad está curada es el momento de acudir á los aparatos ortopédicos que corrijan en lo posible las deformidades que hayan quedado.

LECCION LV.

Continúa el asunto anterior.—7.° Enfermedades de la piel. Intértrigo. Erisipela. Usagre. Tiña.—8.° Neoplasias.

7.° ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Los niños padecen las mismas enfermedades de la piel que los adultos, pero las más frecuentes son, valiéndome de un lenguaje hasta cierto punto vulgar, el *intértrigo*, la *erisipela*, el *usagre* y la *tiña*.

INTÉRTRIGO.

Llámanse así las grietas que suelen aparecer á los niños en todos los sitios en que la piel forma dobleces. Los puntos de preferencia son el cuello, las áxilas, las ingles y á veces los muslos.

Estas grietas producen escozor y dolor al niño; pueden ulcerarse y áun ser el principio de otra afeccion más grave de la piel.

Un aseo esmerado, los baños generales templados, la interposicion de una compresa fina ó de hilas untadas en cerato de Saturno en la misma grieta, bastan para curar esta molestia.

ERISIPELA.

Es muy comun en los niños. Se la ha visto bajo la forma epidémica y cuando se presenta esporádicamente requiere en el niño una predisposicion particular á ella, cuyos caractéres son desconocidos. Existiendo la predisposicion, la vemos desarrollarse alrededor de la cicatriz umbilical y determinar el flegmon ó erisipela flegmonosa del cordon de que ya he hablado. Alrededor de las pústulas de la vacuna, como consecuencia del intértrigo y en pos del impétigo, tambien suele presentarse.

Las malas condiciones higiénicas y una alimentacion no apropiada son causa tambien de la erisipela.

Unas veces es fija, es decir, empieza y concluye en el sitio primitivamente afecto, y otras veces es ambulante, pudiendo recorrer entónces toda la superficie cutánea, ya extendiéndose por unos puntos ínterin desaparece por otros, ya por sucesivas erupciones en puntos próximos al primero.

La coloracion roja de la piel, su tumefaccion, las flictenas llenas de serosidad que se presentan en ella, su aumento de calor y el dolor tensivo que produce, son los síntomas locales de la erisipela.

No es extraño que venga precedida de fenómenos generales que simulan una fiebre gástrica, no apareciendo la erupcion hasta el tercero ó cuarto dia: cuando ésta se halla en la cara y cuero cabelludo, con especialidad en este último sitio, es muy de temer la aparicion, no sólo de la fiebre, sino de accidentes nerviosos de entidad y áun una meningo-encefalitis.

La erisipela de los niños es tanto más grave cuanto más próximos se hallan al nacimiento, y la muerte sobreviene por los abscesos que á menudo aparecen consecutivamente á los síntomas que he indicado ó por la gangrena de la piel que tambien es una consecuencia frecuente. Por punto general la erisipela ambulante es la ménos grave con tal de que no ataque á la piel de la cabeza, y de la erisipela fija la de la vecindad del cordon umbilical es casi constantemente mortal, así como la del cuero cabelludo.

El tratamiento aconsejado es muy pobre en medios verdaderamente eficaces. La aplicacion de sanguijuelas alrededor del sitio, afecto, rara vez detiene la marcha de la enfermedad; el percloruro de hierro que Hamilton aconseja debe reservarse para el flegmon umbilical; los baños con una disolucion de sulfato de hierro ó de sublimado, así como todos los otros medios recomendados, suelen ser ineficaces. Cuando se me presenta un caso de esta especie, si se trata del flegmon umbilical, sigo la conducta expuesta en otra parte de esta obra (véase página 475 de este tomo); si del cuero cabelludo administro desde luégo el calomelano á dósis refracta y me apresu-

ro á colocar unos vejigatorios á las piernas para ver si se desarrolla en éstas la erisipela y cede arriba. En las otras erisipelas fijas ó ambulantes, circunscribo con el collodium la parte afecta y lo unto tambien sobre ésta, repitiéndolo varias veces hasta formar una capa, bajo la cual y dentro de su círculo esté encerrada la porcion erisipelada. Al mismo tiempo administro al interior el ácido salicílico en disolucion, llegando desde un gramo á cuatro al dia, no olvidando tampoco prescribir algun purgante. Si el calor de la parte enferma es grande, y máxime si ese calor es general y el pulso está frecuente, no titubeo en meter al niño en un baño general templado y en ponerle enemas con una disolucion de sulfato de quinina.

ERITEMA.

Se ha considerado el *eritema* como el primer grado de la erisipela, pero en el niño se observa un eritema que tiene caractéres especiales y que no deja de ser una afeccion interesante para el práctico. Aparece en las nalgas, partes genitales, muslos, talones, maleolos y vértice de la cabeza y está caracterizado por una rubicundez dolorosa que fácilmente pasa á la erosion y áun á la ulceracion.

Se halla siempre en relacion con las enfermedades del tubo digestivo y se presenta en los niños débiles ó debilitados por enfermedades graves, así como en los que tienen el *muguet*.

Produce á veces la gangrena del escroto ó de la vulva, y tanto por esto como por las enfermedades que son causa de el eritema, su pronóstico no carece de gravedad.

En su tratamiento además de atender á la enfermedad de que depende, hay que observar un extremado aseo, lo-

cionando las partes eritematosas con cocimientos emolientes y expolvoreándolas con licopodio, cuidando al mismo tiempo de interponer algun lienzo enceratado ó hilas en las superficies erosionadas que se toquen.

USAGRE.

Se ha dado vulgarmente este nombre á todas aquellas afecciones de la piel de los niños que invaden la cabeza y producen costras. Tambien les han llamado (y entre las madres es el único nombre con que las conocen) *arestin*, sin que yo sepa el significado exacto de una ni de otra palabra.

El usagre comprende, pues, el eczema y el impétigo de la cara, los párpados y el cuero cabelludo, enfermedades de que me he ocupado en la pág. 618 y siguientes de este tomo.

TIÑA.

La tiña ó pórrigo es una enfermedad parasitaria de los folículos pilosos de la cabeza con alteracion consecutiva de los pelos.

Bazin admite cinco variedades, que son la *tinea favosa*, la *tonsurans*, la *mentagra*, la *acromática* y la *decalvans*. La criptógama parasitaria de la primera variedad de tiña es el *Achorion Schoenleinii*, la de la segunda el *Trichophyton tonsurans*, el de la tercera el *Microsporon mentagrophytus*, y el de la cuarta y quinta, que sólo se diferencian en la disposicion de sus filamentos es el *Microsporon Audouini*.

Las distintas variedades de tiña son contagiosas y el contagio que es difícil de producirse entre individuos de

la especie humana, es fácil entre los caballos y ganado lanar y vacuno por un lado y el hombre por otro. El temperamento linfático, la constitucion débil y el desaseo, contribuyen mucho á la produccion de la tiña.

Síntomas.—En la *tiña favosa* la alteracion empieza en la membrana interna del folículo piloso, aunque bien pronto se observan algunos corpúsculos amarillos del tamaño de una cabeza de alfiler hundidos en la piel y atravesados cada uno por un pelo. Estos corpúsculos constituidos por una masa de parásitos van poco á poco extendiéndose y confundiéndose hasta formar una capa que á manera de casquete cubre la cabeza. Otras veces no hay esa confusion, las costras están aisladas, conservan su forma redondeada, pero su cara externa es cóncava y la interna convexa se hunde en la piel. Las costras son amarillentas, están secas y exhalan un olor característico de orina de ratones. Los cabellos se ponen secos, quebradizos y se caen. Próximas á las costras de la tiña suelen desarrollarse pústulas de ectima ó de impétigo.

Puede curarse espontáneamente cayéndose las costras y cicatrizándose la ulceracion resultante, desapareciendo los folículos pilosos.

La *tiña tonsurante* (llamada tambien herpes tonsurante) es más fácilmente contagiosa que las otras variedades y está caracterizada por manchas redondas, amarillentas, de extension variable entre la de una lenteja á una moneda de un peso fuerte, en cuya extension se encuentran los cabellos descoloridos y tan frágiles que se rompen á pocos milímetros de su nacimiento.

Tambien es susceptible de curacion espontánea por el agotamiento de la produccion parasitaria y la caída consiguiente de los cabellos y de las costras.

La *tiña mentagra* no es propia de los niños. Basta

recordar que afecta á los folículos pilosos del bigote y de la barba.

En la *tiña acromática ó versicolor* hay una decoloracion de los cabellos, acompañada de la decoloracion de las partes en que aquellos están implantados y formacion de escamas ó ligeras costras amarillentas.

En la *tiña decalvante* existe la decoloracion de los cabellos y una alopecia rapidísima, pero ninguna alteracion apreciable de la piel.

Ninguna de estas dos últimas variedades suele desaparecer fácilmente si el individuo no está sometido á un tratamiento conveniente.

La tiña es una enfermedad repugnante é incómoda, que determina á la larga una alopecia permanente, que ocasiona prurito muy molesto, que es susceptible de trasmitirse por contagio, que á veces es rebelde al tratamiento, y por todas estas razones constituye una enfermedad que si no verdaderamente grave, conviene hacer desaparecer lo más pronto posible.

Tratamiento.—Voy á hacer caso omiso de los diversos métodos de tratamiento de la tiña usados desde la más remota antigüedad y á exponer tan sólo aquellos medicamentos á quienes he visto conseguir mayores triunfos.

Si se trata de la tiña favosa hago cortar el cabello de raiz, lavar á menudo la cabeza con agua jabonosa ú otra agua alcalina (disoluciones de subcarbonato de potasa ó de sosa, etc.) templada y poner en el dia dos ó tres cataplasmas de linaza algo calientes sobre la cabeza con el objeto de reblandecer y facilitar la caida de las costras. Conseguido esto, pinto perfectamente aquella con aceite de nafta (medicamento muy recomendado por M. Chapelle) cada doce horas, sin dejar por eso de aplicar luégo

sus cataplasmas y hacer sus lavatorios. Encargo el mayor aseo, una buena alimentacion, alguna cantidad de vino en las comidas y administro el aceite de hígado de bacallao y los ferruginosos. Con este tratamiento se obtiene la curacion en el tiempo que fija M. Chapelle, es decir, de seis semanas á dos meses, y desde el principio se observa una mejoría notable.

Bazin procede á la epilacion hecha con pinzas despues de cortar el cabello y reblandecer y quitar las costras, para lo que se vale de las cataplasmas de linaza y del aceite de cade, y á medida que ha epilado una porcion regular la lociona bien con un pincel empapado en una disolucion de sublimado corrosivo. Estas lociones las hace dos veces al dia.

Uno ú otro tratamiento obtienen tambien resultados en la tiña tonsurante.

Para la acromática y la decalvante se recomienda friccionar dos veces al dia las manchas ó la porcion de piel calva con el jabon negro ó con la mezcla siguiente:

Rp. De carbonato de potasa. . . . . 24 gramos.
De la solucion llamada de nitrato mercurioso. . . . . 12 id.
De agua de rosas. . . . . 180 id.
Mézclese y agítese bien cuando vaya á usarse.

8.° DE LAS NEOPLASIAS EN EL NIÑO.

Aparte de aquellas hipertrofias meramente fisiológicas, entre las cuales pueden incluirse el crecimiento y desarrollo del cuerpo en general y de cada órgano en particular, hipertrofias que no pueden merecer el nombre de tumores, tambien se presentan en el niño neoplasias propiamente dichas.

Obsérvase, sin embargo, que estas producciones no son muy frecuentes en la primera ni en la segunda infancia y al mismo tiempo tampoco en esos períodos la mortalidad es relativamente muy considerable. Es digno tambien de llamar la atencion que en los primeros tiempos de la vida, á causa de la viva actividad que existe en el organismo, las neoplasias que se producen son las más vasculares y de marcha más rápida, siendo muy raros los casos que se encuentran de carcinomas, y hasta cuando éstos se presentan, nunca ó rarísima vez es el escirro.

Otra particularidad notable es que muchas neoplasias benignas congénitas ó adquiridas en los primeros años, conservan ese carácter de benignidad durante toda la infancia y luégo á la pubertad ó á la edad adulta incrementan rápidamente y se malignan.

Las neoplasias más frecuentes en la niñez son los angiomas, el glioma, los linfomas y el sarcoma. La segunda y la cuarta se combinan muy á menudo y son prontamente mortales.

El pronóstico de las neoplasias en los niños varia segun la naturaleza de ellas, pero en igualdad de circunstancias son más graves que en el adulto aquellas en quienes hay gran desarrollo vascular y abundancia de jugos.

Respecto al tratamiento sólo haré presente que cuando se pueda sin perjuicio grave del enfermo contemporizar y aplazar una operacion de entidad para cuando el niño deje de serlo, ó á lo ménos tenga la edad suficiente para comprender lo que le conviene, debe hacerse así. Claro es que esta regla no reza con los tumores malignos, los cuales deben ser extirpados (si hay posibilidad) en el momento en que se conozca ó se sospeche siquiera su naturaleza.

SECCION 6.ª

INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LAS ENFERMEDADES.

LECCION LVI.

Breves consideraciones sobre la influencia de la infancia en las enfermedades.

Que la edad infantil influye extraordinariamente en las enfermedades, es una verdad tan inconcusa que cuantas lecciones de pediatria anteceden la atestiguan. En efecto, he descrito en ellas unas afecciones que jamás se presentan en el adulto, otras que son rarísimas en éste, y la mayoría que presentan un sello tan especial, unos caractéres tan distintivos, que en vano pretenderiamos diagnosticarlas si no contásemos con más datos que los que se consignan en las obras de patología médica.

Pero no se limita á esto ni á lo que ya he indicado respecto á las neoplasias la influencia de la edad. En la infancia, además de la inusitada actividad de todas las funciones, hay un predominio de las cavidades esplánicas sobre las extremidades, y áun tratándose de esas cavidades vemos que la abdominal y la craneal tienen mayor desarrollo. En efecto, durante los primeros tiempos de la vida, ésta se halla-reducida á comer y á dormir y las cosas ocurren de este modo porque la naturaleza entónces cuida sólo de la nutricion y el crecimiento. Pero á medida

que éste se hace y cuando ha llegado á cierto límite, el niño tiene que relacionarse con cuanto le rodea, porque ha de dejar bien pronto de ser un parásito adherido á su madre, y el trabajo intelectual adquiere de repente proporciones tan extraordinarias que nos admirarian inmensamente si reflexionásemos algun tanto sobre este asunto. ¡ Parece, en efecto, tan fácil ver y apreciar las propiedades de los cuerpos, las distancias á que se encuentran, sus similitudes y desemejanzas, el nombre con que se les designa, el uso que se les señala, etc. !

Hay, sin embargo, una ley fisiológica que dice que miéntras más desarrollado se encuentra un órgano y más incesante es su actividad, mayor es su predisposicion á las enfermedades, y secuela inmediata de semejante ley es que el aparato digestivo sea el más predispuesto á enfermar durante la primera infancia y que en la segunda comparta esta predisposicion con el aparato encefálico, desarrollando cada órden de afecciones otras por simpatía en el otro órden.

En el ínterin el niño empieza á poner en actividad su cerebro; sobrevienen los fenómenos de la primera dentición y entónces esas simpatías se desenvuelven tanto que cuesta inmenso trabajo á veces distinguir lo que es una meningitis simple aguda, por ejemplo, de los accidentes nerviosos simpáticos de la evolucion dentaria y que como tales terminarán felizmente en el momento en que se haya roto la encía y asome un diente.

Pero no vaya á creerse por esto que esos accidentes simpáticos, tanto aquellos á quienes aludí ántes, como los de la dentición, carecen de gravedad. Es verdad que en muchos casos, desaparecida la enfermedad primitiva ó brotado el primer diente, los fenómenos simpáticos desaparecen; pero esto no sucede siempre y para que ocurra

es preciso que el fenómeno causal tenga poca duracion, pues si ésta es larga ocurre que el accidente nervioso, que el trastorno funcional llega á constituir una verdadera enfermedad, y aunque la causa desaparezca los efectos subsisten, porque hay ya lesiones de consideracion en la mayoría de casos.

Es, pues, indispensable deslindar en el tratamiento de las afecciones de los niños lo principal de lo accesorio para combatir enérgicamente aquello sin descuidar esto. Recordar á cada instante que siendo los aparatos digestivo y encefálico los que más frecuentemente padecen en el niño, hay que referir en muchas ocasiones á un padecimiento de cualquiera de estos ó de ambos, cuadros sintomatológicos extraños y que de otra manera no podriamos explicar.

De esta mayor predisposicion á determinados padecimientos, dedúcense tambien dos preceptos higiénicos de importancia inmensa y cuya falta de cumplimiento es causa de la ruina de muchos niños, y son vigilar escrupulosamente la alimentacion y aplazar para una edad un tanto avanzada todo trabajo intelectual de alguna importancia. ¡Cuántas y cuántas madres lloran toda la vida y llevan sobre sí el remordimiento de haber sacrificado un hijo querido á la monería estúpida de que el niño coma de todo como un hombre ó sepa sus lecciones como otros de triple edad!

Tambien de lo expuesto se derivan importantes consejos terapéuticos. En todas las enfermedades de los niños hay que vigilar ante todo el estado de las vías digestivas, pues la administracion oportuna de un purgante puede salvarlos de los más graves accidentes. Conviene así mismo proscribir el uso de cualquier medicamento que determine un movimiento congestivo al cerebro. Y por

último, hay que tener muy presente que á los niños no debe atracárseles á diestro y siniestro de muchos medicamentos de equívoca accion, empleándose sólo pocos y perfectamente indicados, pues un buen régimen dietético basta en muchos casos para la curacion de sus enfermedades.

Aunque por el epígrafe de esta seccion parecia deducirse que iba á extenderme en prolijas consideraciones, sin embargo, como todo cuanto pudiera decir sobre este punto está exparcido en las lecciones anteriores, voy á dar por terminado este asunto, bastándome con las indicaciones expuestas y con haber llamado una vez más la atencion de los prácticos sobre objeto de tantísimo interés.

ADVERTENCIA FINAL.

He terminado el cometido que me habia impuesto y réstame sólo dar las más expresivas gracias al público médico por la inexperada acogida que ha dispensado á la parte ya repartida de esta obra.

Cuando un dia en que me habia permitido abrigar ilusiones y realizar una aspiracion, me fué exigida cierta cantidad para conseguirlo, un movimiento espontáneo de indignacion me hizo rechazar semejante propuesta, y hoy trascurrido ya algun tiempo creo haber obrado bien entónces.

Tal vez algun otro hubiera aceptado ó aceptara la proposicion, pero me parece que aunque haya tenido que hacer un sacrificio de amor propio, que aunque me haya

perjudicado en mis intereses, que aunque haya comprometido el porvenir de mis hijos, mi conciencia está tranquila y nadie jamás podrá arrojarme al rostro un hecho que, áun cometido por otros, me sonroja.

Traigo á colacion este enigmático asunto porque á él es debida la obra que antecede. Me pareció mejor empleada la cantidad dicha y algunas otras en satisfacer jornales á los cajistas de imprenta que en sostener el lujo ó los vicios; y sobre todo la impudencia, de quienes me la solicitabán.

¿No vale muy bien, no digo los 4.000 rvn. sino todo lo gastado, el placer que experimento al escribir esto, considerando que si algun individuo de los dos aludidos (á los cuales le he remitido gratis lo publicado y le remitiré el completo de la obra) llega á leer esta advertencia, devorará con febril ánsia estas líneas para cerciorarse de si mi alusion es suficientemente explícita para quitarles la careta?

Cádiz y Diciembre 24 de 1876.

Cayetano del Toro.

APÉNDICE

AL

PROGRAMA DE OBSTETRICIA, GINECOLOGIA Y PEDIATRIA.

CUADRO *de las épocas á que próximamente corresponde el parto, segun aquella en que tuvo lugar la concepcion* (1).

Último dia de la última menstruacion.		Época presunta del parto.		Último dia de la última menstruacion.		Época presunta del parto.	
Enero	1.°	Octubre	11	Enero	15	Octubre	25
»	2	»	12	»	16	»	26
»	3	»	13	»	17	»	27
»	4	»	14	»	18	»	28
»	5	»	15	»	19	»	29
»	6	»	16	»	20	»	30
»	7	»	17	»	21	»	31
»	8	»	18	»	22	Nov.bre	1.°
»	9	»	19	»	23	»	2
»	10	»	20	»	24	»	3
»	11	»	21	»	25	»	4
»	12	»	22	»	26	»	5
»	13	»	23	»	27	»	6
»	14	»	24	»	28	»	7

(1) Las fechas comprendidas en este cuadro tienen solamente el carácter de una aproximacion, pues sabido es que ni hay señales para conocer el momento mismo en que se ha verificado la concepcion, ni la preñez dura 270 dias fijos, siendo por el contrario lo más frecuente que termine ésta alrededor de los 260. Los casos en que la duracion del embarazo pasa de los nueve meses son los más raros.

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.		
Enero	29	.	Nov.bre	8	
»	30	.	»	9	
»	31	.	»	10	
Febrero	1.°	.	»	11	
»	2	.	»	12	
»	3	.	»	13	
»	4	.	»	14	
»	5	.	»	15	
»	6	.	»	16	
»	7	.	»	17	
»	8	.	»	18	
»	9	.	»	19	
»	10	.	»	20	
»	11	.	»	21	
»	12	.	»	22	
»	13	.	»	23	
»	14	.	»	24	
»	15	.	»	25	
»	16	.	»	26	
»	17	.	»	27	
»	18	.	»	28	
»	19	.	»	29	
»	20	.	»	30	
»	21	.	Dic.bre	1.°	
»	22	.	»	2	
»	23	.	»	3	
»	24	.	»	4	
»	25	.	»	5	
»	26	.	»	6	
»	27	.	»	7	
»	28	.	»	8	
Marzo	1.°	.	»	9	
»	2	.	»	10	
»	3	.	»	11	
»	4	.	»	12	
»	5	.	»	13	
»	6	.	»	14	

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.		
Marzo	7	.	Dic.bre	15	
»	8	.	»	16	
»	9	.	»	17	
»	10	.	»	18	
»	11	.	»	19	
»	12	.	»	20	
»	13	.	»	21	
»	14	.	»	22	
»	15	.	»	23	
»	16	.	»	24	
»	17	.	»	25	
»	18	.	»	26	
»	19	.	»	27	
»	20	.	»	28	
»	21	.	»	29	
»	22	.	»	30	
»	23	.	»	31	
»	24	.	Enero	1.°	
»	25	.	»	2	
»	26	.	»	3	
»	27	.	»	4	
»	28	.	»	5	
»	29	.	»	6	
»	30	.	»	7	
»	31	.	»	8	
Abril	1.°	.	»	9	
»	2	.	»	10	
»	3	.	»	11	
»	4	.	»	12	
»	5	.	»	13	
»	6	.	»	14	
»	7	.	»	15	
»	8	.	»	16	
»	9	.	»	17	
»	10	.	»	18	
»	11	.	»	19	
»	12	.	»	20	

Último dia de la última menstruacion.		Época presunta del parto.	
Abril	13	Enero	21
»	14	»	22
»	15	»	23
»	16	»	24
»	17	»	25
»	18	»	26
»	19	»	27
»	20	»	28
»	21	»	29
»	22	»	30
»	23	»	31
»	24	Febrero	1.°
»	25	»	2
»	26	»	3
»	27	»	4
»	28	»	5
»	29	»	6
»	30	»	7
Mayo	1.°	»	8
»	2	»	9
»	3	»	10
»	4	»	11
»	5	»	12
»	6	»	13
»	7	»	14
»	8	»	15
»	9	»	16
»	10	»	17
»	11	»	18
»	12	»	19
»	13	»	20
»	14	»	21
»	15	»	22
»	16	»	23
»	17	»	24
»	18	»	25
»	19	»	26

Último dia de la última menstruacion.		Época presunta del parto.	
Mayo	20	Febrero	27
»	21	»	28
»	22	Marzo	1.°
»	23	»	2
»	24	»	3
»	25	»	4
»	26	»	5
»	27	»	6
»	28	»	7
»	29	»	8
»	30	»	9
»	31	»	10
Junio	1.°	»	11
»	2	»	12
»	3	»	13
»	4	»	14
»	5	»	15
»	6	»	16
»	7	»	17
»	8	»	18
»	9	»	19
»	10	»	20
»	11	»	21
»	12	»	22
»	13	»	23
»	14	»	24
»	15	»	25
»	16	»	26
»	17	»	27
»	18	»	28
»	19	»	29
»	20	»	30
»	21	»	31
»	22	Abril	1.°
»	23	»	2
»	24	»	3
»	25	»	4

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto		
Junio	26	.	Abril	5	
»	27	.	»	6	
»	28	.	»	7	
»	29	.	»	8	
»	30	.	»	9	
Julio	1.°	.	»	10	
»	2	.	»	11	
»	3	.	»	12	
»	4	.	»	13	
»	5	.	»	14	
»	6	.	»	15	
»	7	.	»	16	
»	8	.	»	17	
»	9	.	»	18	
»	10	.	»	19	
»	11	.	»	20	
»	12	.	»	21	
»	13	.	»	22	
»	14	.	»	23	
»	15	.	»	24	
»	16	.	»	25	
»	17	.	»	26	
»	18	.	»	27	
»	19	.	»	28	
»	20	.	»	29	
»	21	.	»	30	
»	22	.	Mayo	1.°	
»	23	.	»	2	
»	24	.	»	3	
»	25	.	»	4	
»	26	.	»	5	
»	27	.	»	6	
»	28	.	»	7	
»	29	.	»	8	
»	30	.	»	9	
»	31	.	»	10	
Agosto	1.°	.	»	11	

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.		
Agosto	2	.	Mayo	12	
»	3	.	»	13	
»	4	.	»	14	
»	5	.	»	15	
»	6	.	»	16	
»	7	.	»	17	
»	8	.	»	18	
»	9	.	»	19	
»	10	.	»	20	
»	11	.	»	21	
»	12	.	»	22	
»	13	.	»	23	
»	14	.	»	24	
»	15	.	»	25	
»	16	.	»	26	
»	17	.	»	27	
»	18	.	»	28	
»	19	.	»	29	
»	20	.	»	30	
»	21	.	»	31	
»	22	.	Junio	1.°	
»	23	.	»	2	
»	24	.	»	3	
»	25	.	»	4	
»	26	.	»	5	
»	27	.	»	6	
»	28	.	»	7	
»	29	.	»	8	
»	30	.	»	9	
»	31	.	»	10	
Set.bre	1.°	.	»	11	
»	2	.	»	12	
»	3	.	»	13	
»	4	.	»	14	
»	5	.	»	15	
»	6	.	»	16	
»	7	.	»	17	

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.	
Set.bre	8	.	Junio	18
»	9	.	»	19
»	10	.	»	20
»	11	.	»	21
»	12	.	»	22
»	13	.	»	23
»	14	.	»	24
»	15	.	»	25
»	16	.	»	26
»	17	.	»	27
»	18	.	»	28
»	19	.	»	29
»	20	.	»	30
»	21	.	Julio	1.°
»	22	.	»	2
»	23	.	»	3
»	24	.	»	4
»	25	.	»	5
»	26	.	»	6
»	27	.	»	7
»	28	.	»	8
»	29	.	»	9
»	30	.	»	10
Octubre	1.°	.	»	11
»	2	.	»	12
»	3	.	»	13
»	4	.	»	14
»	5	.	»	15
»	6	.	»	16
»	7	.	»	17
»	8	.	»	18
»	9	.	»	19
»	10	.	»	20
»	11	.	»	21
»	12	.	»	22
»	13	.	»	23
»	14	.	»	24

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.	
Octubre	15	.	Julio	25
»	16	.	»	26
»	17	.	»	27
»	18	.	»	28
»	19	.	»	29
»	20	.	»	30
»	21	.	»	31
»	22	.	Agosto	1.°
»	23	.	»	2
»	24	.	»	3
»	25	.	»	4
»	26	.	»	5
»	27	.	»	6
»	28	.	»	7
»	29	.	»	8
»	30	.	»	9
»	31	.	»	10
Nov.bre	1.°	.	»	11
»	2	.	»	12
»	3	.	»	13
»	4	.	»	14
»	5	.	»	15
»	6	.	»	16
»	7	.	»	17
»	8	.	»	18
»	9	.	»	19
»	10	.	»	20
»	11	.	»	21
»	12	.	»	22
»	13	.	»	23
»	14	.	»	24
»	15	.	»	25
»	16	.	»	26
»	17	.	»	27
»	18	.	»	28
»	19	.	»	29
»	20	.	»	30

Último dia de la última menstruacion			Época presunta del parto.		
Nov.bre	21	.	Agosto	31	
»	22	.	Set.bre	1.°	
»	23	.	»	2	
»	24	.	»	3	
»	25	.	»	4	
»	26	.	»	5	
»	27	.	»	6	
»	28	.	»	7	
»	29	.	»	8	
»	30	.	»	9	
Dicbre	1.°	.	»	10	
»	2	.	»	11	
»	3	.	»	12	
»	4	.	»	13	
»	5	.	»	14	
»	6	.	»	15	
»	7	.	»	16	
»	8	.	»	17	
»	9	.	»	18	
»	10	.	»	19	
»	11	.	»	20	

Último dia de la última menstruacion.			Época presunta del parto.		
Dic.bre	12	.	Seb.bre	21	
»	13	.	»	22	
»	14	.	»	23	
»	15	.	»	24	
»	16	.	»	25	
»	17	.	»	26	
»	18	.	»	27	
»	19	.	»	28	
»	20	.	»	29	
»	21	.	»	30	
»	22	.	Octubre	1.°	
»	23	.	»	2	
»	24	.	»	3	
»	25	.	»	4	
»	26	.	»	5	
»	27	.	»	6	
»	28	.	»	7	
»	29	.	»	8	
»	30	.	»	9	
»	31	.	»	10	

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO SEGUNDO.

SECCION 4.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DEL SEXO FEMENINO INDEPENDIENTES DE LA NUBILIDAD, DE LA GESTACION Y DE LAS CONSECUENCIAS DE ÉSTA.

PÁGINAS.

LECCION LXIV.—Division de esta seccion.—A. Clase primera. Enfermedades generales.—1.° Neurosis y neuralgias.—a. Corea mayor. 5
A.—Clase primera. Enfermedades generales.—1.° Neurosis y neuralgias. 6
a.—Corea mayor. 7
LECCION LXV.—Continúa el asunto anterior.—b. Histerismo. Su patogenia, causas, síntomas, curso, duracion y terminacion. 10
LECCION LXVI.—Continúa el asunto anterior.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del histerismo.. . . . 16
c.—Epilepsia.—d. Catalepsia.—e. Neuralgias. . . . 21
LECCION LXVII.—Continúa la clase primera.—2.° Discrasias. Consideraciones generales sobre la sífilis en la mujer.—B. Clase segunda. Afecciones locales. Su division. . . 23
2.° Discrasias. 23
Consideraciones sobre la sífilis en la mujer. . . . 23
B.—Clase segunda. Enfermedades locales.—Su division. 26
LECCION LXVIII.—Continúa el asunto anterior.—1.° Lesiones funcionales.—a. Ovaritis aguda y crónica.—b. Consecuencias de la ovaritis. Abscesos del ovario. 28
Grupo 1.°—Lesiones funcionales. 28

PÁGINAS.

a. Ovaritis. 29
b. Consecuencias de la ovaritis. Abscesos del ovario. . 32
Leccion LXIX.—Continúa el asunto anterior. c Inflamacion y abscesos de las trompas de Fallopio y de los ligamentos anchos.—d. Metritis. Sus diferentes especies. . . . 34
c. Inflamaciones y abscesos de las trompas de Fallopio y de los ligamentos anchos. 34
d.—Metritis. 34
Endometritis. 36
Consecuencias de la metritis mucosa. Pólipos mucosos de la matriz. 38
Pólipos fibrinosos. 41
Leccion LXX.—Metritis parenquimatosa, aguda y crónica. . 45
Leccion LXXI.—Consecuencias de la metritis parenquimatosa. Gangrena. Abscesos. Granulaciones. Úlceras. . . . 53
Gangrena del útero 53
Abscesos de id. 55
Granulaciones de id. 56
Úlceras de id. 57
Leccion LXXII. c. Afecciones inflamatorias de la vagina.—Vaginitis aguda y crónica.—Sus consecuencias.. . . 60
Vaginitis aguda. 61
Vaginitis crónica. 63
Leccion LXXIII. —Vaginitis diftérica. Consecuencias de la vaginitis.—f. Inflamaciones de la vulva.—Vulvitis simple, foliculosa, gangrenosa y pseudo-membranosa.—g. Inflamaciones de la mama. 66
Vaginitis diftérica. 66
Consecuencias de la vaginitis. 68
f. Inflamaciones de la vulva.—Vulvitis simple. . . 68
Vulvitis foliculosa 69
Vulvitis gangrenosa y vulvitis pseudo-membranosa . . 71
g.—Inflamaciones de la mama. 72
Leccion LXXIV.—Continúa la clase segunda de la seccion 4.ª—Órden 2.°—Lesiones orgánicas. Generalidades. —Sub-órden 1.°—Lesiones traumáticas de los órganos de la generacion de la mujer. 73

PÁGINAS.

Órden 2.°—Lesiones orgánicas. 73
Sub-órden 1.°—Lesiones traumáticas de los órganos de la generacion de la mujer.—a. Lesiones traumáticas del ovario. 76
b.—Lesiones traumáticas del útero 76
c.—Lesiones traumáticas de la vagina. 77
d.—Lesiones traumáticas de la vulva. 77
e.—Lesiones traumáticas de la mama. 78
Leccion LXXV.—Continúa el asunto anterior.—Sub-órden 2.° —Lesiones orgánicas propiamente dichas. Generalidades. . 79
Leccion LXXVI.—Etiología de las neoplasias.—Fenómenos que presiden á su evolucion. 86
Etiología de las neoplasias. 86
Produccion, desarrollo y marcha de las neoplasias. . . 88
Leccion LXXVII.—Malignidad de las neoplasias.—Clasificacion que seguiremos. 94
Malignidad de las neoplasias. 94
Clasificacion. 99
Leccion LXXVIII.—Clase primera. Neotrofias. Clase segunda. Neoplasias.—Órden 1.° Hiperplasias. Generalidades . . 101
Clase primera—Neotrofias. 101
Clase segunda. Neoplasias. 104
Órden 1.°—Hiperplasias. 104
Leccion LXXIX.—a. Hiperplasia del tejido albugíneo del ovario. b. Infarto crónico del útero.—c. Hiperplasia de la mama, infarto crónico, induracion benigna.—Órden 2.° Aplasias. Su clasificacion. 107
a.—Hiperplasia del tejido albugíneo del ovario. . . 107
b. Infarto crónico del útero 109
c. Hiperplasia de la mama. 112
Órden 2.° Aplasias. 114
Leccion LXXX.—Órden 3.°—Neoplasias propiamente dichas. Sus caractéres y division.—I. Tumores sanguíneos.—II. Tumores secretorios. III. Tumores proliferantes. IV. Tumores complexos.—Cuadro sinóptico de la clasificacion de las producciones orgánicas. 115
Órden 3.°—Neoplasias propiamente dichas. . . . 115

PÁGINAS.

I.—Tumores sanguíneos 116
II.—Tumores secretorios 118
III.—Tumores proliferantes. 119
IV.—Tumores complexos. 120
Cuadro sinóptico de la clasificacion de las producciones orgánicas. 121
Leccion LXXXI.—Tumores secretorios del aparato genital de la mujer.—a. Quistes serosos del ovario. . . . 122
a.—Quistes serosos del ovario 122
Manera de producirse los quistes del ovario. . . . 124
Leccion LXXXII.—Continúa el asunto anterior.—Signos diagnósticos y diagnóstico diferencial de los quistes del ovario. 132
Leccion LXXXIII.—Continúa el asunto anterior.—Pronóstico de los quistes del ovario.—Tratamiento médico.—Tratamiento quirúrgico. Incision. Puncion sola ó combinada. Escision. Extirpacion 138
Leccion LXXXIV.—Continúa el tratamiento quirúrgico de los quistes del ovario.—Ovariotomía. Cuidados consecutivos.—Comparacion entre los diversos métodos operatorios descritos.—Causas de la muerte por las inyecciones iodadas y por la ovariotomía 153
Ovariotomía. Cuidados consecutivos. 153
Comparacion entre los diverses métodos operatorios descritos. 155
Causas de la muerte por las inyecciones iodadas y por la ovariotomía. 159
Leccion LXXXV.—b. Quistes de las trompas de Fallopio.—c.—Quistes de los ligamentos anchos.—d. Hidrómetra. . 163
b.—Quistes de las trompas de Fallopio 163
c.—Quistes de los ligamentos anchos. 165
d.—Hidrómetra. 166
Leccion LXXXVI.—Continúa el asunto anterior.—e. Quistes de la mama 171
Leccion LXXXVII.—Continúa el órden 3.°—Tumores proliferantes de la sustancia conjuntiva normal.—Fibroma. Sus caractéres generales.—Elefantiasis de la vulva.—Elefantiasis de la mama. 181

PÁGINAS.

Caractéres generales del fibroma. 181
Elefantiasis de la vulva. 183
Idem de la mama. 186
Leccion LXXXVIII. —Continúa el asunto anterior.—Fibroma circunscrito. —Fibroma del ovario. —Fibroma del útero. Sus variedades. —Caractéres y síntomas de cada uno de ellos. . 187
Fibroma del ovario 187
Idem del útero.. 187
Leccion LXXXIX.—Continúa el asunto anterior. —Fibroma de la vagina.— Fibroma de la vulva. —Fibroma ó tumor fibrosos de la mama. 197
Fibroma de la vagina. 197
Idem de la vulva 199
Idem ó tumor fibroso de la mama. 200
Leccion XC.—Lipoma. Consideraciones generales.—Lipomas del ovario, del útero, de la vagina, de la vulva y de la mama. 202
Lipoma. Consideraciones generales. 202
Lipoma del ovario 204
Idem del útero. 206
Idem de la vagina y de la vulva. 208
Idem de la mama. 209
Leccion XCI.—Continúa el órden 3.° de las neoplasias. —Condroma. Consideraciones generales.—Encondroma del ovario, del útero, de la vagina, de la vulva y de la mama. —Condroma de la pélvis 213
Condroma. Consideraciones generales. 213
Encondroma del ovario 216
Idem del útero. 217
Idem de la vagina y de la vulva. 218
Idem de la mama. 218
Condroma de la pélvis 219
Leccion XCII.—Continúa el órden 3.° de las neoplasias.— Osteoma. Consideraciones generales.—Osteoma de la mama y de la pélvis.—Mixoma. Consideraciones generales.—Mixomas del ovario, útero, vulva y mama 223
Osteoma. Consideraciones generales. 223

PÁGINAS.

Osteoma de la mama. 225
Idem de la pélvis. 225
Mixoma. Consideraciones generales 226
Mixoma del ovario 227
Idem del útero. 228
Idem de la vulva. 229
Idem de la mama. 229
LECCION XCIII.—Sarcoma. Consideraciones generales. — Sarcomas del ovario, del útero, de la vagina, de la vulva y de la mama. 233
Sarcoma. Consideraciones generales. 233
Sarcoma del ovario 236
Idem del útero. 238
Idem de la vagina y de la vulva. 240
Idem de la mama. 241
LECCION XCIV.—Papiloma. Consideraciones generales. — Tumores papilares del ovario, útero, vulva y mama.—Epitelioma. Su historia debe incluirse en la del carcinoma. . . . 244
Papiloma. Consideraciones generales. 244
Papiloma del ovario. 245
Idem del útero. 246
Idem de los órganos genitales externos. 246
Idem de la mama. 248
Epitelioma. 248
LECCION XCV.—Carcinoma. Consideraciones generales . . 250
LECCION XCVI. — Continúa el asunto anterior.— Carcinoma del ovario, del útero, de la vagina y de la mama. . . 264
Carcinoma del ovario. 264
Idem del útero. 265
Idem de la vagina 274
Idem de la vulva. 274
Idem de la mama 275
LECCION XCVII.—Angioma. Consideraciones generales. —Angioma de los órganos sexuales externos.—Neuroma. Consideraciones generales.—Neuroma de la mama . . . 279
Angioma. Consideraciones generales. 279
Angioma de la vulva. 287

PÁGINAS.

Neuroma. Consideraciones generales. 283
Neuroma de la mama. 284
LECCION XCVIII. — Adenoma. Consideraciones generales. — Adenoma del ovario y de la mama 287
Adenoma. Consideraciones generales 287
Adenoma del ovario. 288
Idem de la vagina 289
Idem de la mama 290
LECCION XCIX.—Operaciones que exigen algunas de las neoplasias descritas.—Escision del cuello uterino.—Extirpacion de la matriz 293
Escision del cuello uterino. 293
Extirpacion del útero. 299
LECCION C.—Operaciones que exigen los tumores de las mamas. Enucleacion. Extirpacion. 303
Enucleacion de tumores. 303
Extirpacion de la mama 304

SECCION 5.ª

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MENOPAUSIA.

LECCION CI.—Menopausia. Fenómenos que la preceden, acompañan y siguen 309
LECCION CII.—Fenómenos de la menopausia. Influencia de esta edad sobre las enfermedades de la mujer . . . 315

SECCION 6.ª

INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE DETERMINADAS ENFERMEDADES.

LECCION CIII. Influencia que el sexo ejerce sobre ciertas y determinadas enfermedades. 320

PARTE SEGUNDA.

DEL NIÑO FISIO-PATOLÓGICAMENTE CONSIDERADO.

SECCION 1.ª

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

PÁGINAS.

LECCION I.—Consideraciones generales.—Division de esta seccion.—A. Fenómenos que se observan en el óvulo desde su impregnacion hasta la época del nacimiento.—Modificaciones sufridas por el óvulo hasta su llegada al útero.—Corion primitivo. 329
Consideraciones generales 329
A.—Fenómenos que se observan en el óvulo desde su impregnacion hasta la época del nacimiento.—Modificaciones sufridas por el óvulo hasta su llegada al útero.—Corion primitivo 331
LECCION II.—Continúa el asunto anterior.—Division del blastodermo en tres hojas. Formacion de las cubiertas del huevo y de la placenta. 335
LECCION III.—Continúa el asunto anterior.—Formacion de los diferentes órganos. 344
LECCION IV.—B. Anatomía y fisiología del fétus á término . 357
Nutricion 359
Circulacion. 361
Respiracion. 363
Inervacion. 365
Secreciones. 365
LECCION V.—C. Fenómenos anatomo-fisiológicos que se producen en el fétus por el acto del nacimiento y modificaciones

PÁGINAS.

que se observan en el niño hasta la edad de la pubertad ó sea el fin de la segunda infancia.—Clasificacion de las edades.—Diferentes épocas que comprende la primera infancia. 366
Clasificacion de las edades. 366
Primera época de la primera infancia. Modificaciones en la nutricion. 367
Id. en la circulacion y en la respiracion. 368
Id. en la inervacion. 370
Id. en las secreciones. 371
Segunda época de la primera infancia. 372
Tercera época de la primera infancia. 375
Leccion VI.—Segunda infancia. Segunda denticion. Modificaciones que se producen en el niño al aproximarse la edad de la pubertad 376
Leccion VII.—Patología especial del niño.—Clasificacion de las enfermedades de los niños.—Reglas generales para la exploracion 380
Reglas generales para la exploracion de los niños. . . 381
Leccion VIII.—Consejos de higiene y de terapéutica especiales. 389
Precauciones que deben tomarse en el tratamiento de las enfermedades de los niños. 391

SECCION 2.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES PRODUCIDAS EN EL CLÁUSTRO MATERNO.

Leccion IX.—Division de esta seccion.—A. Vicios de conformacion. Generalidades.—Clasificacion de I. Geoffroy de St. Hilaire.—Agrupacion 1.ª—Hemiterias: su division.. . 396
A.—Vicios de conformacion. 397
Clasificacion de los vicios de conformacion. . . . 399
Agrupacion 1.ª—Hemiterias.—Su division.. . . . 399
Leccion X.—Continúa el asunto anterior.—Clase 1.ª de las hemiterias. Anomalías de volúmen.—Clase 2.ª Anomalías de forma.—Clase 3.ª Anomalías de estructura. . . . 403
Clase 1.ª—Anomalías de volúmen. 403

PÁGINAS.

Clase 2.ª—Anomalías de forma. 408
Clase 3.ª—Anomalías de estructura. 408
Leccion XI.—Continúa el asunto anterior.—Clase 4.ª de las Hemiterias. Anomalías relativas á la disposicion de las partes. Órdenes en que se divide. 410
Leccion XII.—Continúan los vicios de conformacion.—Grupo 2.º Heterotaxias.—Grupo 3.º Hermafrodismos.—Grupo 4.º Monstruosidades. 429
Grupo 2.º—Heterotaxias. 429
Grupo 3.º—Hermafrodismos. 430
Grupo 4.º—Monstruosidades. 432
Clase 1.ª—Mónstruos unitarios. 432
Clase 2.ª—Mónstruos compuestos. 435
Leccion XIII.—B. Afecciones por contagio en el cláustro materno.—De la sífilis congénita.—a. Sífilis ovular.—b. Coryza sifilítico. 440
B.—Afecciones producidas por contagio en el cláustro materno.—Sífilis congénita. 440
a.—Sífilis ovular. 443
b.—Coryza sifilítico 444
Leccion XIV.—Continúa el asunto anterior.—c. Sífilis ocular congénita 446
Leccion XV.—Continúa el asunto anterior.—d. Sífilis hereditaria cutánea.—e. Sífilis ósea.—f. Sífilis visceral.—Trasmision de la sífilis á la nodriza. 455
d.—Sífilis hereditaria cutánea. 455
e.—Sífilis ósea 458
f.—Sífilis visceral. 458
Trasmision de la sífilis constitucional de la criatura á la nodriza y vice-versa. 461
Leccion XVI.—C. Enfermedades accidentales que puede padecer el fétus durante su vida intra-uterina. . . . 463

PÁGINAS.

SECCION 3.ª

ENFERMEDADES CONTRAIDAS DURANTE EL NACIMIENTO Y LAS QUE SON UNA CONSECUENCIA INMEDIATA DE ÉSTE.

LECCION XVII.—Division de esta seccion.—A. Lesiones y afecciones producidas en el fétus durante el parto.—1.° Asfixia de los recien nacidos.—2.° Lesiones traumáticas.. . . 467
Division de esta seccion. 467
A.—Lesiones y afecciones producidas en el fétus durante el parto.—1.° Asfixia de los recien nacidos. . . . 469
2.° Lesiones traumáticas. 469
LECCION XVIII.—B. Lesiones y afecciones que puede padecer el fétus inmediatamente despues del nacimiento. . . 473
1.° Exfoliacion del epidermis. 473
2.° Caida del cordon umbilical. 474
LECCION XIX.—Continúa el asunto anterior.—3.° Accidentes ó lesiones que dependen del establecimiento de la respiracion, de la digestion y de la secrecion urinaria. 481

SECCION 4.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DE LA INFANCIA QUE ATACAN UNO Ó VARIOS SISTEMAS GENERALES DE LA ECONOMÍA.

LECCION XX.—Division de esta seccion.—Clase 1.ª Lesiones de la inervacion.—Corea menor. 485
Division de esta seccion. 485
Clase 1.ª—Lesiones de la inervacion.. 486
Corea menor. 486
LECCION XXI.—Continúa el asunto anterior.—Eclamsia infantum.—Parálisis esencial de los niños. 490
Eclamsia infantum. 490
Parálisis esencial de los niños 495
LECCION XXII.—Clase 2.ª Enfermedades infectivas.—Sarampion. 497

PÁGINAS.

Clase 2.ª—Enfermedades infectivas. 497
Fiebres eruptivas. Sarampion 498
Leccion XXIII.—Escarlatina. 504
Leccion XXIV.—Viruela. 508
Leccion XXV.—Cuadro del diagnóstico diferencial entre las diferentes fiebres eruptivas.—Vacunacion. . . . 518
Cuadro diagnóstico diferencial entre el sarampion, la escarlatina y la viruela. 518
De la vacuna. 519
Leccion XXIV.—Precauciones que exige la vacunacion y fenómenos que produce.—Varicela.—Roseola febril. . . 522
Precauciones que exige la vacunacion y fenómeno que produce. 522
Varicela 526
Roseola febril 528
Leccion XXVII.—De las fiebres palúdicas. 529
Leccion XXVIII.—De la fiebre tifoidea 535
Leccion XXIX.—Apéndice á las enfermedades infectivas.—Difteria.. 543
Leccion XXX.—Continúa el asunto anterior. Conjuntivitis diftérica. 548
Leccion XXXI.—Continúa el asunto anterior.—Estomatitis diftérica.—Angina diftérica 556
Leccion XXXII.—Continúa el asunto anterior.—Croup . . 560
Leccion XXXIII.—Continúa el asunto anterior.—De la traqueotomía en el croup, su valor, sus indicaciones y procederes operatorios. 566
Leccion XXXIV.—Continúa el asunto anterior.—Neumonia fibrinosa.—Enteritis pseudo-membranosa.—Vulvo-vaginitis diftérica.—Falsas membranas del tegumento externo.—Parálisis diftérica 575
Neumonia fibrinosa 575
Enteritis pseudo-membranosa 576
Vulvo-vaginitis diftérica. 578
Falsas membranas del tegumento externo 579
Parálisis diftérica. 579
Leccion XXXV.—Clase 3.ª Alteraciones en la nutricion.—

PÁGINAS.

Esclerema de los recien nacidos. 581
Clase 3.ª—Alteraciones en la nutricion. 581
Esclerema de los recien nacidos. 583
LECCION XXXVI.—Continúa el asunto anterior.—Atrepsia. Etiología, division, síntomas y complicaciones . . . 587
LECCION XXXVII. Continúa la atrepsia. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 592
LECCION XXXVIII.—Continúan las lesiones de la nutricion.—Clórosis.—Púrpura 596
Clórosis. 596
Púrpura. 599
LECCION XXXIX. Continúa el asunto anterior.—Escrófulas. Generalidades, etiología y clasificacion. 601
LECCION XL.—Continúa el asunto anterior.—Diversos períodos de la escrofulosis.—Primer período. Processus irritativos.—Afecciones oculares 606
Períodos de la escrofulosis. 606
Primer período 606
Afecciones oculares 607
Blefaritis 607
Conjuntivitis linfática. 612
Queratitis epitelial. 615
LECCION XLI.—Continúa el primer período de la escrofulosis.—Catarros de las membranas mucosas.—Erupciones cutáneas.—Infartos ganglionares. 616
Catarros de las membranas mucosas 616
Erupciones cutáneas 618
Infartos ganglionares. 620
LECCION XLII.—Segundo período de la escrofulosis ó escrofulosis confirmada. 621
Adenitis escrofulosa 621
Abscesos 623
Tísis escrofulosa. 623
Tabes mesentérica 624
LECCION XLIII.—Continúa el asunto anterior.—Osteo-periostitis escrofulosa 628
LECCION XLIV.—Continúa el asunto anterior.—Tercer período

PÁGINAS.

de la escrofulosis. Caquexia escrofulosa. 635
Leccion XLV. Continúan las lesiones de la nutricion.—Leucemia.—Glucosuria 641
Leucemia 641
Glucosuria. 644

SECCION 5.ª

ENFERMEDADES ESPECIALES DEL NIÑO QUE INVADEN Á DETERMINADOS ÓRGANOS Ó APARATOS.

Leccion XLVI. Enfermedades que deben ser descritas en esta seccion.—Division de ella. 1.° Enfermedades del sistema nervioso.—A. Enfermedades del centro nervioso. . 647
Enfermedades que deben ser descritas en esta seccion y division de la misma 647
1.° Enfermedades del aparato encéfalo-raquídeo . . . 648
A. Enfermedades del centro nervioso 648
Meningitis. 648
Meningitis cerebral simple. 649
Meningitis cerebral tuberculosa 652
Leccion XLVII. Continúan las enfermedades del centro nervioso.—Encefalitis.—Meningitis espinal.—Mielitis.—B. Enfermedades de los nervios.—Neuritis.—Parálisis periféricas.—Contractura. 658
Encefalitis. 658
Meningitis raquídea 660
Mielitis. 661
B.—Enfermedades de los nervios. 662
Neuritis. 662
Parálisis periféricas 663
Contractura. 665
Leccion XLVIII. —2.° Enfermedades del aparato digestivo.—A. Accidentes que acompañan á veces á la evolucion dentaria.—B. Afecciones de la boca.—C. Afecciones de la boca posterior 666

PÁGINAS.

A.—Accidentes que acompañan á veces á la evolucion dentaria 667
B.—Afecciones de la boca. 670
Estomatitis. 670
C.—Afecciones de la boca posterior 676
LECCION XLIX—Continúa el asunto anterior.—D. Afecciones del estómago. E. Afecciones de los intestinos . . . 679
D.—Afecciones del estómago. 679
E.—Afecciones de los intestinos. 680
Meteorismo. 681
Cólicos. 682
Enteritis. 683
Cólera infantum. 683
LECCION L.—Continúa el asunto anterior.—Procidencia y pólipos del recto.—Fisura de ano.—Vermes intestinales.—F. Enfermedades de los anexos del aparato digestivo. . 689
Procidencia del recto. 689
Pólipos del recto. 690
Fisura del ano. 692
Vermes intestinales 693
F.—Enfermedades de los anexos del tubo digestivo . . 699
Cálculos salivales 699
Parótida 699
Hepatitis. 701
Atrofia aguda del hígado 702
LECCION LI.—3.° Enfermedades del aparato respiratorio.—A. Cuerpos extraños.—B. Afecciones nerviosas. Frenoglotismo. Coqueluche 702
A.—Cuerpos extraños en las vías respiratorias . . . 703
B. Afecciones nerviosas. 704
Freno-glotismo. 704
Coqueluche. 707
LECCION LII.—Continúa el asunto anterior.—C. Afecciones inflamatorias del aparato respiratorio. Laringitis. Bronquitis. Neumonia. Pleuresia. Consecuencias de las afecciones inflamatorias. Dilatacion de los bronquios. Enfisema pulmonal. Neumotorax. Hidrotorax 711

PÁGINAS.

C.—Afecciones inflamatorias del aparato respiratorio. . 711
Laringitis. 711
Bronquitis. 713
Neumonia. 715
Pleuritis. 719
Afecciones del aparato respiratorio consecutivas á las ya descritas. 722
Edema de la glótis 722
Enfisema pulmonar 723
Edema pulmonar. 724
Gangrena pulmonar. 725
Empiema. 726
Leccion LIII. Continúa el asunto anterior. Tísis pulmonar.—D. Afecciones del timus. 4.° Enfermedades del aparato circulatorio. 727
Tísis pulmonar. 727
D.—Afecciones del timus. 731
4.°—Afecciones del corazon. 732
Leccion LIV.—5.° Enfermedades de los órganos génito-urinarios.—Incontinencia nocturna de orina.—6.° Enfermedades del aparato locomotor. Raquitismo 734
5.° Enfermedades de los órganos génito-urinarios. . . 734
Incontinencia nocturna de orina. 734
6.° Enfermedades del aparato locomotor 736
Raquitismo. 736
Leccion LV.—Continúa el asunto anterior.—7.° Enfermedades de la piel. Intértrigo. Erisipela. Usagre. Tiña. 8.° Neoplasias. 740
7.° Enfermedades de la piel. 740
Intértrigo. 741
Erisipela. 741
Eritema 743
Usagre 744
Tiña. 744
8.° De las neoplasias en el niño. 747

PÁGINAS.

SECCION 6.ª

INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LAS ENFERMEDADES.

LECCION LVI. Breves consideraciones sobre la influencia de la infancia en las enfermedades. 749
Advertencia final 752
Apéndice. 755
Índice 761
Fé de erratas del primer tomo 779
Idem del segundo tomo 781

PAGINAS.

FÉ DE ERRATAS DEL TOMO I.

Pág.	Línea.	Dice.	Debe decir.
29	1	MAMMAS.	MAMAS
106	20	bicronato	bicromato
117	5	fuuestos.	funestos
145	5	atronida.	atropina
150	33	a.	la
152	24	nfluencia	influencia
169	23	rosa.	sosa
176	4	os.	los
178	25	constitucioues. . . .	constituciones
179	19	*Prnóstico*	*Pronóstico*
186	11	mes mes.	mes
188	2	Enefecto.	En efecto
190	28	duran tela	durante la
191	21	albuminosís.	albuminósis
191	31	tambieu.	tambien
191	33	alcalimidad.	alcalinidad
246	21	mubilical	umbilical
254	30	dreparando.	preparando
265	21	tampanamiento. . . .	tamponamiento
268	1	maoyría.	mayoría
272	3	á.	ó
273	14	adberencia.	adherencia
282	26	sub-occípito-bregmático	cervico-bregmático
309	13	cateserismo.	cateterismo
309	26	contra	entra
310	22	celalotricia.	cefalotricia
365	23	sn.	su
418	3	respitorios.	respiratorios

Pág.	Linea.	Dice.	Debe decir.
448	20	cógulos.	coágulo
523	31	(103 gramos). . . .	(143 gramos)
524	25	veginales.	vaginales
535	33	*diaynóstico*	*diagnóstico*
539	7	suficientemeute . . .	suficientemente
541	21	jamáshe	jamás he
557	18	Sams.	Sims.

FÉ DE ERRATAS DEL TOMO II.

Pág.	Línea.	Dice.	Debe decir.
30	17	mixtion y defecasion. .	miccion y defecacion
30	29	este flujo	el flujo
41	30	encuentran.	se encuentran
42	20	ménos, en.	ménos en
44	17	mixtion.	miccion
57	20	estelugar	este lugar
63	19	dracmas.	dracmas de nitrato argéntico
64	15	sino.	si no
92	3	traslucida	traslúcida
117	14	más que de los. . . .	más que los
119	15	Difiere de los. . . .	Difieren de los
123	13	estén.	están
127	4	uniloculares	unilobulares
207	9	bastante externa. . .	bastante extensa
222	9	distócsico	distóxico
227	5	metastasis.	metástasis
229	7	el aspecto	adquiere el aspecto
235	31	nudo	modo
259	6	enfermos	enfermas
271	6	neoplásica.	heteroplásica
274	3	extension, propagacion.	extension ó propagacion
295	32	uno.	sin
312	11	desalojado.	desalojada
312	19	en fecha	y en fecha
318	13	porque esa.	porque en esa
396	8	esta leccion.	esta Seccion
473	26	DELE PIDERMIS. . . .	DEL EPIDERMIS
586	5	induracion.	indicacion
587	11	1814	1874