MANUAL

DE

PATOLOGÍA MÉDICA Ó INTERNA.

LIBRERIA DE S.MARTIN
PUERTA DEL SOL 6

ÚLTIMAS PUBLICACIONES MÉDICAS

DE LA

LIBRERIA DE MOYA Y PLAZA.

GOMEZ PAMO.—*Elementos de Materia farmacéutica mineral, animal y vegetal.*—Madrid, 1871 y 1872. Dos tomos en 4.º, que en junto forman 1.408 páginas de buen papel y esmerada impresion, con 206 grabados intercalados en el texto, 72 rs. en Madrid y 80 en provincias.

HERMANN.—*Elementos de Fisiología.* Obra traducida al francés de la segunda edicion alemana, por M. Roye, revisada y anotada por el doctor Onimus, traducida al castellano de la última edicion francesa por D. J. G. Hidalgo.—Madrid, 1871. Un tomo en 4.º de cerca de 600 páginas, adornado con grabados, 36 rs. en Madrid y 40 en provincias

JEANNEL.—*Formulario oficinal y magistral internacional,* que comprende más de cuatro mil fórmulas escogidas, entresacadas de todas las farmacopeas oficiales, y tomadas de los prácticos más distinguidos, con indicaciones terapéuticas, dósis de las sustancias simples y compuestas, modo de administracion, usos de medicamentos nuevos, etc., etc., seguido de un memorial terapéutico; traducido y aumentado con fórmulas españolas y un memorandum terapéutico de las aguas minerales de la Península, por los doctores M. Gomez Pamo, médico, y J. R. Gomez Pamo, farmacéutico.—Madrid, 1872. Un tomo en 4.º, 36 rs. en Madrid y 40 en provincias.

EN PRENSA.

Práctica de operaciones farmacéuticas, redactadas con presencia de los datos recogidos en la clase de esta asignatura en la Facultad de Farmacia de Madrid, y de las obras y publicaciones periódicas, españolas y extranjeras más importantes, por un Licenciado en Farmacia. Un tomo en 4.º de excelente papel y esmerada impresion, con grabados en el texto.

OLMEDILLA Y PUIG.—*Compendio de Química inorgánica general y aplicada á las ciencias médicas.* Formará un tomo en 4.º de más de 600 páginas, con profusion de grabados intercalados en el texto.

ROSSER.—*Elementos de Medicina operatoria,* con expresion de los apósitos y vendajes indicados en cada enfermedad, basados en los conocimientos anatómicos y en la experiencia de los casos que pueden presentarse en todas las regiones del cuerpo humano; traducida al francés de la quinta edicion alemana, vertida al castellano y aumentada con la exposicion de las operaciones elementales y datos operatorios, escrita con presencia de los trabajos de Argumosa, Quijano, Malgaine, Sedillot, Bernard y Huet, etc., etc., por D. Miguel Baldivielso. Constará de un grueso tomo en 4.º con figuras intercaladas en el texto.

VOGEL.—*Tratado elemental de enfermedades de la infancia;* traducido al francés de la cuarta edicion alemana, vertido al castellano y anotado por el doctor D. Julio Perez Obon, médico cirujano del Hospital de la Caridad. Formará un tomo de unas 700 páginas con grabados intercalados en el texto.

Q-1
A636a
1872

MANUAL

DE

PATOLOGÍA MÉDICA Ó INTERNA

COMPUESTO

CON PRESENCIA DE LAS MEJORES OBRAS DE TEXTO

ESPAÑOLAS Y EXTRANJERAS,

POR EL LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUJIA

DON JOSÉ ALONSO RODRIGUEZ.



MOYA Y PLAZA,

LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO,

DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA MATRITENSE,

DE LA JUNTA GENERAL DE ESTADÍSTICA.—DEPÓSITO HIDROGRÁFICO.

Carretas, 8.—MADRID.

1872.

Esta obra es propiedad de los Señores Moya y Plaza. Serán considerados como ilegales los ejemplares que carezcan del siguiente sello.



MADRID, 1872.—IMPRENTA DE R. LABAJOS, CABEZA, 27.

Rg 03107

ADVERTENCIA PRELIMINAR.

La favorable acogida que los alumnos han dispensado á mi *Compendio de Terapéutica general y Materia médica*, nos ha indicado, tanto á los editores como á mí, la necesidad que existe de *Manuales* que faciliten el estudio sin sobrecargar de trabajo á los alumnos, y esta consideracion nos ha animado á emprender la publicacion del presente *Manual de Patología médica ó interna*, en la creencia de que prestaremos un servicio á los matriculados en esta asignatura; mas para que saquen de él todo el fruto necesario se hace preciso que estudien de antemano, cada dia, la enfermedad ó enfermedades que haya de explicarles su catedrático, para que se hallen en disposicion de tomar apuntes sobre las ideas de este que no se hallen conformes con las expuestas por mí, aunque por punto general he huido en la redaccion de mi trabajo de toda controversia de opiniones, por juzgarlas más propias de los *Tratados completos*, donde deben necesariamente ampliarse los conocimientos adquiridos en los *Manuales*.

Siguiendo el mismo plan que en mi obra anterior, no he hecho en la presente otra cosa que compendiar en pocas páginas

lo que con mayor extension se halla expuesto en las obras de los Sres. Audral, Bouillaud, Cazenave, Chomel, Chaussit, Durand-Fardel, Frank, Graves, Grissolle, Hardy, Huffeland, Monneret, Niemeyer, Olivier, Trousseau, Tardieu, Valleix y Woillez entre los extranjeros, y de los Sres. Janer, Luzuriaga, Olavide, Piquer, Santero y Moreno, Varela de Montes y otros entre los españoles.

Mi primer propósito fué seguir el órden de explicaciones adoptado en la Facultad de Medicina de Madrid, pero considerando que esta obra han de utilizarla los alumnos de otras Universidades donde se sigue distinto órden, juzgué lo más conveniente adoptar en la descripcion de enfermedades la clasificacion de mi sabio maestro D. Tomás Santero y Moreno, por entender que es la que facilita más el estudio general de cada grupo de enfermedades; mas para que el alumno pueda prescindir, si quiere, de la clasificacion y encuentre con prontitud la enfermedad que desee estudiar, he añadido á la obra un índice alfabético, y para los de la Facultad de Madrid el programa de las lecciones explicadas en el curso anterior por el catedrático Sr. Sanchez Merino con las páginas á que corresponde cada leccion.

En la redaccion de este libro he dado por suficientemente conocidas de antemano la Fisiología, la Terapéutica y la Patología general, con lo cual he podido limitarme en la *etiología* á la enumeracion de las causas de las enfermedades, sin explicar su modo de accion; en la *sintomatología* á la de los síntomas sin explicarlos, y en el *tratamiento* á nombrar algunas veces los medicamentos indicados sin exponer el modo de administracion y dósis, porque deben ser ya sabidos por los alumnos.

No todas las enfermedades se presentan con la misma frecuencia ni son igualmente importantes, y esta es la razon por

que he dado más extension á unas que á otras; lo mismo sucede con las diversas circunstancias que hay que considerar en el estudio de cada enfermedad; así he dado más importancia á la sintomatología, diagnóstico diferencial y tratamiento que á las demás circunstancias. Tambien he prescindido de varias enfermedades, que aunque del dominio de la Patología médica, son ó deben ser explicadas en otras asignaturas.

Este es mi trabajo, y me daré por satisfecho si tiene tan favorable acogida como mi *Compendio de Terapéutica*.

José Alonso y Rodriguez.

MANUAL
DE
PATOLOGÍA MÉDICA Ó INTERNA.

GENERALIDADES.

Patología. Segun su etimología quiere decir discurso de las enfermedades, pues que se compone de las dos palabras griegas *patos*, enfermedad, y *logos*, tratado.—Es aquella parte de las instituciones médicas que trata de las causas, síntomas y signos de las enfermedades, así como tambien de los fenómenos que las preceden y siguen, de su aparicion, desarrollo, marcha y terminacion, de la convalecencia, de las recaidas y recidivas, de las lesiones que producen en los tejidos, y finalmente de su clasificacion. Forma tambien parte integrante de la Patología, la Terapéutica ó tratamiento de las enfermedades.

Divisiones de la Patología. Varias han sido las divisiones que se han hecho de la Patología, siendo la más comun la que la distingue en *general*, ó sea la que trata de las enfermedades consideradas de un modo general y en sus cualidades comunes, y en *especial* ó sea la que trata de ellas, estudiándolas en sus caractéres propios y especiales.—La *Patología especial* se ha dividido á su vez de distintos modos; como Patología *de los niños*, *de los ancianos*, *de las mujeres*, *militar*, *de la gente de mar*, etc., y de un modo más general en *Patología médica ó interna y quirúrgica ó externa*. Todas estas divisiones son arbitrarias y solo responden á las aplicaciones de la ciencia y á facilitar la enseñanza.

Definicion de la enfermedad. Todo el mundo sabe lo que es enfermedad, pero es muy difícil el definirla, así que cada autor la ha definido á su modo. Nosotros aceptamos la siguiente:

«Es la *enfermedad* una reunion de fenómenos, ó sean actos simultáneos ó sucesivos, coordinados entre sí, que se desarrollan á consecuencia de una alteracion de las condiciones fisiológicas de los órganos.»

Cosas que comprende el estudio de las enfermedades. Son las siguientes:

1.° *La nomenclatura*, que es por lo general muy defectuosa, pues no se ha seguido ninguna regla para denominar las enfermedades; así que unas veces se las ha designado por su *sitio*, otras por las *causas* que las producen, otras por las *estaciones* en que se declaran, otras por el *país* de donde son originarias; algunas veces por su *curso y duracion*; en ocasiones por su *forma*, en otras por su *naturaleza* presunta, en otras por el *médico que primero las describió*, etc., etc.

2.° *La sinonimia*, que tambien es muy extensa, pues hay enfermedades que tienen una porcion de nombres, como sucede con la *fiebre amarilla*, por ejemplo, que tiene más de veinte nombres. Esta es muy importante en la historia de las enfermedades, porque cuando ménos cesa la confusion en gran parte.

3.° *La etimología* de los diferentes términos usados en Patología, solo indica imperfectamente el sentido que se debe dar á cada uno de ellos, pues casi nunca da una idea exacta de las cosas; más sin embargo, el médico debe saberla para usar estos términos con propieded.

4.° *La etiología*, ó sea el estudio de las causas morbíficas, es uno de los de más interés para el conocimiento de las enfermedades.—Se las ha dividido de varios modos, más nosotros, adoptando la clasificacion de Chomel, admitimos unas generales y comunes en su modo de obrar, que modificando poco á poco á la economía, la predisponen á contraer tal ó cual enfermedad, y se llaman *predisponentes*, ya *generales*, ya *individuales*; otras cuya accion es ordinariamente instantánea y no hacen otra cosa que provocar la aparicion de una enfermedad á que estaba ya predispuesto el individuo y se llaman *ocasionales* ó *excitantes*, y por otros *determinantes*, porque determinan la aparicion de la enfermedad; otras que producen constantemente una misma afeccion por ejercer directamente sobre el organismo una accion especial, se llaman *determinantes* y se subdividen en determinantes *comunes* y

determinantes *específicas* que tienen por carácter el producir enfermedades específicas.

Las enfermedades con relacion á su causa son *hereditarias* ó trasmitidas de padres á hijos; *endémicas* ó producidas por una reunion de causas que obran contínua ó periódicamente en ciertos lugares; *epidémicas* ó producidas por causas que atacan simultáneamente y de un modo igual á un gran número de personas: *esporádicas* ó que atacan á una sola persona á la vez ó á varias por separado, y *contagiosas*, que se producen por la trasmision de un individuo enfermo á otro sano.

5.° *La sintomatología*, que no es otra cosa que el estudio de los síntomas, es una parte muy importante del de las enfermedades.—Los síntomas se han dividido en *locales*, ó que se presentan en el paraje mismo donde reside el mal; en *generales*, que se manifiestan á la vez en casi todos los puntos de la economía, cuyo padecimiento general indican, y en *simpáticos*, esto es, desarrollados en virtud de lazos ó relaciones especiales, y frecuentemente desconocidos en órganos distintos del que fué primitivamente afectado. Tambien se han llamado síntomas *precursores* ó *prodromos* á los que se observan antes de que la enfermedad que va á desarrollarse presente caractéres bien marcados; y *consecutivos*, á los que se manifiestan despues de la terminacion del estado morboso principal. El órden en que deben exponerse los síntomas en la descripcion particular de cada enfermedad es el de todos los desarreglos que presenta cada funcion.—No debe confundirse el *síntoma* con el *signo*, pues aquel es simplemente un hecho franco y perceptible para todo el mundo, y este es el resultado de la apreciacion de cada una de las circunstancias capaces de conducir al conocimiento de la enfermedad.—Se conoce con el nombre de *conmemorativos* á los que emanan de las circunstancias antecedentes del enfermo; con el de *sensibles* á los que se perciben directamente por medio de los sentidos; con el de *funcionales* á los que se forman apreciando los cambios ó mudanzas acaecidos en las funciones; con el de *orgánicos* ó *anatómicos* á los que resultan de la apreciacion de los desórdenes que han sobrevenido en los órganos y son perceptibles por los sentidos. Finalmente, se han llamado signos *característicos*, *suficientes*, *verdaderos*, los que reunidos en corto número bastan para caracterizar una enfermedad y darla á

conocer. Entre estos signos se han observado algunos que tienen la particularidad de no existir sino en una enfermedad, y se les ha dado el nombre de *Patognomónicos*.

6.° El *curso* de las enfermedades, ó sea el modo como nacen y se suceden las lesiones materiales que las constituyen, y los síntomas que las dan á conocer (Chomel), es tambien otra de las circunstancias que hay que atender en las mismas, y comprende: el *tipo*, que es *continuo* cuando persisten los síntomas sin interrupccion desde el principio hasta la terminacion de la enfermedad, ó *intermitente* cuando estos síntomas se presentan y desaparecen por intérvalos; su *marcha* es *aguda* cuando el desarrollo, sucesion é intensidad de los síntomas que la caracterizan indican una afeccion que debe terminar en poco tiempo, y *crónica* cuando reune los caractéres opuestos; y por fin los *períodos* ó fases que deben recorrer sucesivamente las enfermedades, los cuales han recibido los nombres de *prodrómico* ó de los pródromos, de *invasion*, que es el momento en que empieza una enfermedad, de *incremento* ó aumento de los síntomas, de *estado* mientras permanece estacionaria la intensidad de los síntomas, y de *declinacion* ó *decremento*, que es cuando estos empiezan á disminuir.

7.° La *duracion* de una enfermedad, ó el espacio de tiempo comprendido entre su principio y terminacion, hace que difieran ó se diferencien entre sí, aunque no siempre es fácil conocer de un modo riguroso esta duracion por ser á veces oscuro el momento de la invasion y el de su terminacion. Respecto á la duracion se llaman las enfermedades; *efemeras* cuando duran un dia ó á lo más dos ó tres; *agudas* cuando su duracion no excede de cuarenta dias, y *crónicas* las que pasan de este espacio de tiempo.

8.° *La terminacion* de las enfermedades puede efectuarse, ó por el restablecimiento de la salud, ó sea la *curacion*, ó por la *muerte*, ó por *metastasis*.

9.° *La convalecencia* es un estado intermedio entre la enfermedad y la salud, y varía en sus fenómenos lo mismo que la enfermedad de que fué precedida. La duracion de la convalecencia suele ser incierta, porque no están bien marcadas las épocas en que comienza y acaba; pero en igualdad de circunstancias es más rápida en el primer período de la vida, en condiciones higiénicas favorables de alimentacion y habitacion, y á consecuencia de las enfermedades agudas que en condiciones opuestas.—Cuando la convalecencia no está bastante asegurada puede sobrevenir la reaparicion de los síntomas propios de la enfermedad sufrida, constituyendo lo que se llama una *recaida*, que no debe confundirse con la *recidiva*, que es la reaparicion de la enfermedad pasado un tiempo más ó ménos largo, despues de recobrada por completo la salud.

10. *Las complicaciones* ó existencia simultánea de varias enfermedades que reciben ó ejercen recíprocamente alguna influencia una sobre otra, debe tambien estudiarse en la historia de las enfermedades por las modificaciones que en ellas inducen.

11. *Las lesiones de los órganos*, cuyo estudio constituye la ciencia conocida con el nombre de *anatomía patológica*, no puede separarse del de las enfermedades, porque entonces la de estas seria incompleta. Las alteraciones de los sólidos pueden subdividirse, segun Chomel, en tres secciones; lesiones de estructura, lesiones de conformacion y lesiones de relaciones.—Las alteraciones de los líquidos pueden existir, segun Andral, en los líquidos que forman la sangre, en la misma sangre y en los líquidos que de ella se elaboran.

12. El *diagnóstico*, que tiene por objeto la distincion de las enfermedades, considerado de un modo general, resulta de la reunion de varios elementos, como son las causas y su modo de obrar, los síntomas, las formas, curso, tipo, duracion y terminacion de los fenómenos morbosos, la extension, intensidad y naturaleza de las lesiones; el tratamiento y sus resultados.—Estos datos pueden constituir cada uno por sí un *signo diagnóstico*, pero no todos los signos tienen igual importancia; así que hay unos que se han llamado *característicos*, y son aquellos que solos (*patognomónicos*) ó reunidos en corto número bastan para dar á conocer la enfermedad, y otros que se han llamado *comunes* porque se encuentran en muchas enfermedades sin que pertenezca más especialmente á ninguna, y estos, si bien no son indiferentes para el diagnóstico, tienen ménos importancia que los anteriores. Hay tambien signos llamados *ojectivos*, cuyo conocimiento adquiere el médico por medio de sus sentidos y tienen más importancia que los *sujetivos*, que solo adquiere por la relacion del enfermo y de los asistentes. Lo mismo sucede con los signos *positivos* ó que se

encuentran en el enfermo, que tienen mayor importancia que los *negativos* ó falta de ciertos fenómenos, por más que estos en algunas ocasiones contribuyan á fijar el juicio del médico.

13. El *pronóstico*, ó sea el juicio que con anticipacion formamos de las mutaciones que deben sobrevenir en el curso, duracion y terminacion de las enfermedades, se forma con los mismos datos que el diagnóstico, pero más especialmente con el conocimiento de la causa, del curso, de la forma y de las complicaciones de las enfermedades, á los que se deben agregar las condiciones individuales y el estado del enfermo.—Estos signos pronósticos solo tienen valor por su concurso y el recíproco apoyo que se prestan.

14. El *tratamiento* de las enfermedades se funda en el conjunto de todos los datos suministrados por las causas, el diagnóstico y el pronóstico, teniendo en cuenta tambien las complicaciones. El tratamiento de las enfermedades se divide en *profiláctico*, que tiene por objeto evitar el desarrollo ó vuelta de la enfermedad; en *curativo*, que tiene por objeto curarla, y en *paliativo*, que tiene por objeto atenuar sus efectos y disminuir sus progresos. Los medios de que el médico se vale para tratar las enfermedades son *higiénicos*, *farmacéuticos* ó *quirúrgicos*.

Clasificacion. Todos los autores de tratados de Patología interna chocan con la gran dificultad de la clasificacion general de las enfermedades, porque hágase lo que se quiera no es posible basarla sobre un principio único; y, sin embargo, es indispensable al práctico una metódica, porque ayuda y abrevia el estudio. Esta dificultad de la clasificacion de las enfermedades ha dado por resultado el que cada autor haya expuesto la suya; así nosotros hemos admitido y seguido como mejor la adoptada por D. Tomás Santero y Moreno en su *Clínica medica*, aunque atreviéndonos á adicionarla y modificarla ligeramente: en su consecuencia colocamos todas las enfermedades que comprende la Patología médica en las clases siguientes:

1.ª *Fiebres*, divididas en sintomáticas y esenciales, y estas en contínuas y accesionales.—2.ª *Flegmasías ó inflamaciones*.—3.ª *Fluxiones*, divididas en flojísticas, sanguíneas, hiperdiacríticas y reumáticas.—4.ª *Discrasias* ó alteraciones de la sangre.—5.ª *Neuroses* ó enfermedades nerviosas divididas en neuroses de la sensibilidad, del movimiento, de la inteligencia y complexas.—6.ª *Lesiones orgánicas de nutricion*.—7.ª *Enfermedades diatésicas*.—8.ª *Enfermedades parasitarias*, y por fin, una 9.ª clase de todas las enfermedades que no pueden agruparse en esta clasificacion.

Segun el programa de la asignatura de *Patología médica* de la Facultad de Medicina de Madrid, las enfermedades se estudian en el siguiente órden: 1.° *Fiebres*, que son casi las mismas y aproximadamente en el mismo órden que nosotros las estudiamos.—2.° *Alteraciones de la sangre*, que comprende la plétora estudiada por nosotros en la 4.ª clase ó de las discrasias; las congestiones que nosotros describimos en la tercera clase, ó sea en las fluxiones sanguíneas; la anemia y el escorbuto, que colocamos en la clase 4.ª ó discrasias.—3.° *Inflamaciones* que comprende, además de las que nosotros estudiamos bajo el mismo nombre, la meningitis tuberculosa que clasificamos en la clase 7.ª ó diatésicas, y la erisipela, que la llevamos á la 3.ª de fluxiones flojísticas.—4.° *Hemorragias*, que forman parte de nuestra 3.ª clase con el nombre de fluxiones sanguíneas.—5.° Las *hipertrofias*, *atrofias*, *reblandecimientos*, *estrecheces* y *dilataciones* que nosotros estudiamos en la clase 6.ª ó lesiones de nutricion.—6.° Los *cálculos* biliares y los nefríticos que consideramos comprendidos en las enfermedades orgánicas, clase 6.ª—7.° La *ténia* y las *hidátides* que describimos en la clase 8.ª, ó enfermedades parasitarias.—8.° El *cáncer* y los *tubérculos* que los clasificamos en la clase 7.ª ó enfermedades diatésicas.—9.° Las *hidropesías* estudiadas por nosotros en la clase 3.ª ó fluxiones hiperdiacríticas.—10. El *reumatismo* en la misma clase.—11. Las *neurosis* y *neuralgias* que comprendemos en la clase 5.ª de las neuroses.—12. La *intoxicacion saturnina* que estudiamos como apéndice á las mismas.

PATOLOGÍA MÉDICA.

FIEBRES.

Las fiebres constituyen una clase importantísima de enfermedades agudas que puede decirse son el fundamento de toda la Medicina, no solo por lo frecuentes, pues á nadie perdonan, sino tambien porque muchas enfermedades crónicas reconocen por causa las fiebres. Algunos autores sistemáticos, como Broussais, han intentado borrarlas del cuadro nosológico para incluirlas todas en las inflamaciones; mas hoy dia se consideran como enfermedades generales y viviendo por sí, fundándose en lo imposible que es referirlas á una lesion local, la cual, si algunas veces existe en ellas, no puede explicar la extension, gravedad ni generalizacion de los síntomas; en que la mayor parte de las causas que las producen obran sobre toda la economía; en que los prodromos de gran parte de fiebres indican una enfermedad general; en que durante el curso de una misma calentura puede afectarse de un modo particular una parte del cuerpo, sin que por esto cambie el carácter de la enfermedad; en que puede atacarse esta afeccion especial, persistiendo no obstante la calentura y siguiendo su marcha propia; en que sus crísis indican un afecto general, y por fin, en que la mayor parte de ellas reclaman un tratamiento general, sin el que no es posible vencerlas por más que se emplee un tratamiento local (Frank).

Etimología. La palabra *fiebre* se deriva, segun unos, de *fervere,* hervir, porque suponian que en esta enfermedad la sangre estaba en ebullicion, y segun otros, de *februare,* purgar ó purificar, porque la consideraban como una depuracion de la economía. En griego se la conocia con el nombre de *piretos,* de *piros,* fuego, por el calor que la acompaña.

Definicion. Todo el mundo conoce la fiebre; pero la dificultad de definirla ha dado lugar á que cada cual lo haga á su modo; sin embargo, la definicion más generalmente adoptada es la de que la fiebre es una enfermedad principalmente caracterizada por aumento de calor animal, celeridad en los latidos arteriales, malestar general y alteracion de una ó varias funciones. En español se toman por muchos como sinónimas las palabras fiebre y calentura; mas algunos, y en esto tienen razon, dan distinta acepcion á las palabras *calentura* y *fiebre.* D. José Varela de Montes, catedrático de Clínica de la universidad de Santiago, establece diferencias, no solo entre estas dos voces, sino tambien entre ellas y la de *pirexia*: este profesor denomina *pirexia* «todo estado orgánico en el cual se note general ó localmente aumento del círculo sanguíneo con exceso de temperatura;» llama *calentura* «á un estado pirético general producido por una excitacion del sistema cardiaco-arterial, que las más de las veces es secundario de una afeccion local y simpático, y otras representa un efecto de reaccion contra una causa mórbida que puede tener muy diversa naturaleza;» y finalmente, entiende por *fiebre* «una afeccion general producida por intoxicacion miasmática, primitiva ó secundaria, esporádica, endémica ó contagiosa, cuya accion es atáxico-adinámica general, y cuya causa puede afectar con más predileccion determinadas vísceras, tejidos ó sistemas con variados síntomas, pero con idéntica patogenia.» Los franceses, que no tienen más que la palabra *fiebre,* la designan con este nombre cuando es síntoma, y con el de *fiebres* cuando constituye una enfermedad esencial; pero nosotros, que tenemos dos voces distintas, podemos aplicar la palabra *calentura* para expresar el síntoma, y la de *fiebre* para expresar la enfermedad; distincion que se halla tambien en el sentimiento del público, principalmente en algunas provincias, pues oye con más alarma la voz *fiebre* que la de *calentura.* Convencidos nosotros de que en las fiebres se hallan comprometidos en comun y de un modo general por la causa morbífica los sistemas nervioso y circulatorio, aceptamos la definicion que de fiebre da el catedrático de Clínica D. Tomás Santero, el que la considera como «una enfermedad esencial constituida por la excitacion morbosa y comun de los sistemas nervioso y circulatorio en toda su extencion, y representándose por síntomas que dan á conocer un estado de eretismo en la inervacion

gangliónica y cerebro-espinal, y en el sistema vascular con aceleracion en el curso de la sangre, y modificacion más ó ménos marcada en su vitalidad y en algunos de sus principios componentes (glóbulos rojos).»

Etiología. Infinitas son las causas de las fiebres, pues «suelen ser *generales*, como las constituciones médicas estacionales, estacionarias ó accidentales, y las variaciones bruscas de temperatura; ó *particulares*, como los excesos en el ejercicio muscular, en las funciones sexuales ó en las bebidas excitantes, los cambios repentinos en el régimen y las fuertes emociones de ánimo; ó *constitucionales*, como los sacudimientos que sufre la economía en el tránsito de las edades y la supresion de un flujo habitual; ó *especiales*, como los vírus y los miasmas absorbidos (Santero).» Las causas del órden de las predisponentes desempeñan un papel muy importante en las fiebres contínuas, al paso que es muy débil el de las ocasionales.

Sintomatología. La fiebre va precedida de síntomas precursores ó *prodromos*, como son malestar general, dolores vagos de las articulaciones y los lomos, cefalalgia ó pesadez de cabeza, pérdida ó disminucion del apetito, fetidez del aliento, sueño poco reparador y otros que pueden durar desde unas horas hasta algunos dias, los que van seguidos de escalofríos, frecuencia del pulso con aumento del calor normal, sed, alteracion de la respiracion, modificacion de algunas secreciones, como la urinaria, y alteracion general de las funciones, á los que se agregan á veces mareos, ansiedad epigástrica y vómitos.

Los fenómenos característicos de la fiebre son los que vemos en un acceso completo de fiebre intermitente; *frio* más ó ménos prolongado, *calor* con sequedad de la piel, y por fin, *sudores* más ó ménos abundantes. Haya ó no frio, la fiebre está principalmente caracterizada por la frecuencia del pulso y el aumento del calor.

Aun cuando la frecuencia del pulso es un carácter de la fiebre, ella por sí sola no basta para caracterizarla, pues varía segun diversas circunstancias, y especialmente segun la edad. los individuos y la mayor facilidad con que la sangre atraviesa los vasos capilares, por cuya última razon se ve en los sugetos debilitados y convalecientes elevarse el pulso hasta 90,

100, 110 y más pulsaciones por minuto. Respecto á la edad, la frecuencia normal del pulso en la infancia se considera como muy variable por los autores, puesto que han encontrado por término medio, despues del primer mes, de 90 á 100 pulsaciones por minuto (Valeix), de 121 (Grisolle), de 126 (Jaquemier), de 137 (Trousseau); despues va aumentando el pulso, segun Valleix, de modo que da 126 pulsaciones á los siete meses, para disminuir en seguida de frecuencia hasta la edad de seis años, pero manteniéndose siempre por encima de 100. Trousseau ha asegurado que el pulso de los niños de teta oscila entre 100 y 150 pulsaciones. En los adultos da por término medio en un minuto de 60 á 65 pulsaciones, aunque pueden ser más ó ménos, segun los individuos. En los viejos tambien es variable, pues segun Leuret y Mitivie, su término medio es de 74, y segun Charlton, varía de 38 á 100. La frecuencia del pulso es tambien mayor en la mujer que en el hombre; en la estacion vertical que en la sentada, y en esta más que en el decúbito horizontal. Asimismo aumentan los movimientos, las emociones morales, la ingestion de los alimentos, de los alcohólicos y de las bebidas excitantes. Estas particularidades, así como el pulso que normalmente tiene en un individuo dado, deben tenerse presentes al explorar el enfermo y no tomarle el pulso hasta despues de concluido el interrogatorio, para que la influencia de la emocion no nos induzca á error. En algunos casos de fiebres graves puede ser el pulso más lento que en estado normal; pero estas anomalías son muy raras, pasajeras, y hasta cierto punto explicables por los trastornos de la inervacion.

El aumento de calor de la piel se considera con razon como el signo esencial de la fiebre, ya se la aprecie por la simple aplicacion de la mano, ya por medio del termómetro aplicado á la axila, que da á conocer una elevacion de temperatura de 1 á 5 grados de la normal, que es de 37° 5 centígrados. Este aumento de calor no guarda relacion en su intensidad con la sensacion que experimentan los enfermos, pues unas veces se abrasan de calor y el termómetro apenas da un grado más, y otras se quejan de frio fuerte mientras el termómetro señala elevacion de temperatura. Este calor morboso, aunque general, es sin embargo más intenso á veces en algunas partes del cuerpo, y aun en ocasiones puede limitarse

á ciertas partes. Tambien puede ser fugaz ó contínuo, disminuir ó aumentar, cesar y aparecer ya con regularidad, ya con irregularidad, y aun ser húmedo, suave, seco, mordicante ó quemante.

El frio, que indica la invasion de la fiebre, puede faltar en algunas ocasiones, reproducirse en otras durante el curso de la enfermedad; varía en intensidad, por lo que se le llama *frio* cuando consiste en una simple sensacion, *horripilacion* cuando produce lo que se llama carne de gallina, y *escalofrio* cuando hay temblores involuntarios. El frio no consiste las más veces sino en una sensacion del enfermo, puesto que aplicado el termómetro da un aumento de temperatura.

Curso y duracion. Su curso varía segun la natureza de la fiebre; es siempre regular, y los períodos son como todas las enfermedades de prodromos, invasion, incremento, estado y declinacion. Su duracion es vária, pues puede durar desde algunas horas y un dia, como en la fiebre efímera, hasta varias semanas, como en las fiebres contínuas graves.

Terminacion. Las fiebres se terminan ó por la salud, ya por delitescencia, ya por un movimiento crítico, ó por otras enfermedades, ó por la muerte.

Anatomía y patología. En ocasiones no hay lesiones anatómicas en las fiebres; en otras se ven existir con ellas diversas alteraciones en los sólidos y en los líquidos, pero generalmente son consecutivas al movimiento febril, y por consiguiente, como ya hemos dicho, no son suficientes para explicar la extension, gravedad, ni generalizacion de los síntomas. Andral y Gavarret han comprobado por medio de las análisis de la sangre, que cuando en las fiebres no hay complicacion inflamatoria, nunca se aumenta la fibrina de la sangre, sino que queda en su estado normal, y algunas veces se disminuye más que en cualquiera otra enfermedad aguda, ya de un modo absoluto, ya de un modo relativo; los glóbulos pueden conservar su estado normal, pero las más veces aumentan notablemente. Esta disminucion de la fibrina, aunque frecuente, no es indispensable, y por lo tanto, no puede atribuírsele el orígen de estas enfermedades, sino que, como cree probable Andral, es una lesion secundaria.

Diagnóstico. Para fijar el diagnóstico de la fiebre hay que atender, como en todas las enfermedades, tanto á las causas

como al conjunto de síntomas, al órden y sucesion de ellos, al curso de la enfermedad, á su tipo, etc. Si del exámen de los diferentes órganos resulta que uno de ellos suministra signos patológicos locales que permitan explicar la existencia de la fiebre concomitante, cuya marcha es conexa con la de la manifestacion orgánica local, tendremos la *calentura* sintomática de un estado flegmásico; pero si, por el contrario, los fenómenos febriles se hallan en desacuerdo con los signos locales, extendiéndose estos muchas veces á gran número de órganos, pero sin embargo, insuficientes para explicar la gravedad de la fiebre, tendremos lo más frecuentemente una *fiebre* esencial, y se dice frecuentemente porque una flegmasía latente puede acompañar á una calentura que se toma por fiebre, equivocacion que puede ocurrir en los dos extremos de la vida.

Naturaleza. La naturaleza ó *causa próxima* es desconocida, por más que sobre esto se hayan formado innumerables hipótesis.

Pronóstico. Es variable segun la clase de fiebre, la intensidad de los síntomas y las complicaciones que la acompañen.

Tratamiento. La terapéutica de la fiebre debe variar segun el carácter de ella, pero puede decirse de un modo general que el febricitante debe guardar cama y quietud de ánimo y cuerpo; beber en abundancia; abstenerse de todo alimento sustancioso; respirar un aire fresco y puro; tener el suficiente abrigo en la cama, pero ligero; mantener el vientre libre por medio de enemas; alejar la causa ocasional; arreglar el plan terapéutico en armonía con el carácter de la fiebre; curar las afecciones locales concomitantes; proteger ó al ménos no contrariar las crísis y los esfuerzos curativos de la naturaleza y vigilar atentamente las complicaciones y metamorfosis que puedan sobrevenir en la fiebre.

Clasificacion de las fiebres. Este es un punto en que reina tambien gran diferencia entre los diversos autores; en prueba de lo cual nos vamos á limitar á citar varias de ellas, empezando por la de Pinel, que ha sido muy seguida. Este autor dividia las calenturas en cinco órdenes, del modo siguiente: Primero. *Angio-ténicas* ó inflamatorias con un solo género que lleva la misma denominacion dividido en dos especies: la *efímera inflamatoria* y la *sinoca simple*.—El segundo órden

de las *meningo-gástricas* ó biliosas, las dividia en tres géneros: el 1.° la *meningo-gástrica continua*, con tres especies; los *infartos gástricos*, la *gástrica simple* y el *causon ó calentura ardiente*; el 2.° género la *Terciana benigna* con tres especies; la *terciana gástrica*, la *terciana con atonía* y la *terciana con síntomas inflamatorios;* el género 3.° la *remitente gástrica* con dos especies; la *remitente gástrica* y la *remitente con síntomas inflamatorios*.—El tercer órden de las *adeno-meningeas* ó mucosas, las divide en cuatro géneros: el 1.° la *adeno-meningea continua* con tres especies; la *mucosa*, la *mucosa inflamatoria* y la *mucosa gástrica;* el 2.° género la *cotidiana intermitente* con dos especies; la *verdadera* y la *falsa;* el género 3.° la *cuartana* con dos especies; la *C. simple* y la *C. con afeccion;* y el 4.° género la *adeno-meningea remitente* con dos especies; la *cotidiana continua* y la *hemitritea* ó *semiterciana*.—El cuarto órden de las *adinámicas* ó *pútridas* con dos géneros: el 1.° la *adinámica continua* con cuatro especies; la *pútrida*, la *pútrida con síntomas inflamatorios en su principio*, la *bilioso-pútrida*, la *pituitoso-pútrida;* el 2.° género la *adinámica remitente*.—El quinto órden de las *atáxicas* ó *malignas* con dos géneros: el 1.° la *atáxica esporádica* con seis especies; la *maligna*, la *maligna con flegmasía interna*, la *cerebral* ó *apoplética*, la *maligna gástrica*, la *maligna mucosa* y la *pútrida maligna;* el 2.° género la *atáxica contagiosa* con dos especies; el *tifo* y la *fiebre amarilla;* el género 3.°, la *lenta nerviosa*, con tres especies; la *lenta nerviosa*, la *lenta nerviosa con síntomas gástricos* y la *pituitosa maligna;* el 4.° género, la *atáxica intermitente* ó *remitente* con tres especies; la *perniciosa*, la *perniciosa gástrica* y la *perniciosa con inflamacion de la cabeza, pecho ó abdómen*.—El sexto órden de las *adeno-nerviosas*, con un solo género y tres especies; la *Peste de Levante*, la *peste con síntomos gástricos* y la *peste con síntomas inflamatorios*.

José Frank admite la presencia de la calentura, «siempre que el calor animal y los latidos arteriales se apartan de su estado normal, y que al mismo tiempo existe lesion de una funcion cualquiera del organismo,» aunque agrega que no puede esperarse una definicion rigurosa de ella; divide las calenturas en *idiopáticas* ó primitivas y *sintomáticas* ó secundarias. Las primeras las subdivide en *intermitentes* y *continuas:* las intermitentes las subdivide á su vez en *manifiestas* y *larvadas*, en *benignas* y *perniciosas* y en *regulares* é *irregulares*. Las calenturas contínuas las subdivide: 1.°, en *inflamatorias*, ya *esenciales*, ya *acompañadas de flogosis*, ya de *exantemas primitivos;* 2.°, en *reumática*, ya *simple*, ya *complicada;* 3.°, *catarrales*, ya *ordinarias*, ya *extraordinarias* ó *insólitas;* 4.°, *gástricas*, divididas en *saburrales*, ya *primitivas* por indigestion ó por mala calidad de los alimentos, ya *secundarias;* en *biliosas*, *mucosas* y *verminosas;* 5.°, *nerviosas*, divididas en *secundarias*, ya de *calentura inflamatoria*, ya de *reumática*, ya de *catarral*, ya de *gástrica;* y en *primitivas*, que pueden ser *agudas*, *lentas*, *simples* y *complicadas;* 6.°, *Peste;* 7.°, *Sudor inglés;* 8.°, *Tifo;* y 9.°, *calentura amarilla*.

Huffeland, para quien la calentura es una enfermedad aguda que tiene por carácter fundamental la exaltacion de la actividad del sistema vascular y la aceleracion del movimiento vital, forzosamente enlazadas con aumento de calor en el organismo, divide las calenturas en cuatro grupos, que son: *contínuas*, *contagiosas*, *intermitentes* y *lentas*, subdividiendo las contínuas en calentura *simple*, *inflamatoria* ó *sinoca*, *nerviosa* ó *tifo*, *pútrida* ó *tifo-pútrida*, *gástrica* y *reumática catarral*; las contagiosas, en *tifo contagioso*, *calentura amarilla*, *peste*, *carbunclo maligno contagioso*, *cólera asiático*, *viruelas*, *sarampion*, *escarlatina*, *miliar*, *petequial*, *tos convulsiva*, *hidrofobia;* las intermitentes en *cotidiana*, *terciana*, *cuartana* y *perniciosas*.

Grisolle divide las fiebres en cinco géneros: el 1.° la *fiebre continua* con siete especies, que son: la *efímera*, la *inflamatoria*, la *tifoidea* y el *tifus* de Europa, el *typhus fever* de los ingleses, la *fiebre biliosa* de los países cálidos, la *fiebre amarilla* y el *tifus de Oriente* ó peste; el 2.° las *fiebres eruptivas*, que comprenden la *viruela*, *varioloide*, *varicela*, *sarampion*, *escarlatina* y *sudor miliar;* el 3.° las *intermitentes*, divididas en *benignas*, *perniciosas* y *anómalas;* el 4.° de las *remitentes* y *pseudo-contínuas*, y el 5.° de las *hécticas*, *lentas* ó *crónicas*. Los demás autores franceses establecen clasificaciones muy análogas á esta.

Entre los españoles tambien se han estudiado las fiebres con mucho esmero, y tambien hay divergencia en la clasifi-

cacion, por lo que nos limitaremos á exponer algunas de ellas.

D. Andrés Piquer, que decia: «Hay calentura siempre que el pulso está acelerado, el calor es más intenso y las acciones de la vida están dañadas,» dividia las calenturas del siguiente modo: *Calenturas ardientes*, ya legítima, ya espúrea, *C. sinocales*, *C. maligna*, *C. semiterciana*, *C. cotidianas* ó *mesentéricas*, *C. diaria* ó *efímera*, *C. tercianas*, ya *benignas*, ya *malignas* y *cuartanas*.

El Sr. D. José Varela de Montes, que, como ya hemos dicho, dá distinta acepcion á las palabras *pirexia*, *calentura* y *fiebre*, clasifica cada uno de estos estados morbosos por separado; en su consecuencia las pirexias las divide en cuatro grupos, que son: 1.°, *pirexias locales circunscritas*, que comprenden todas las enfermedades irritativas ó inflamatorias, sin más fenómenos que los locales; 2.°, *pirexias locales generalizadas*, que comprende las mismas enfermedades, pero con fenómenos generales consecutivos ó simpáticos de irritacion circulatoria; 3.°, *pirexias generales independientes*, que comprende las irritaciones generales de un sistema ó tejido sin reconocer una causa local, y 4.°, *pirexias generales reaccionarias*, que son la consecuencia de la accion de agentes especiales de muy distinta naturaleza y no en relacion muchas veces con las causas excitantes, pero que despiertan en el organismo una resistencia manifiesta por fenómenos piréticos.—La *calentura* la divide en *primitiva* y *secundaria*. La calentura es primitiva, por irritacion del corazon y sistema arterial ó *inflamatoria*. La secundaria puede ser por saburras gástricas ó *C. por indigestion*; por irritaciones gástricas ó *C. gástrica;* por irritacion gástro-hepáticas ó *C. gastro-hepática* ó *biliosa;* por irritaciones mucosas ó *C. mucosa;* por irritaciones agudas de la membrana mucosa tráqueo-bronquial ó *C. catarral;* por lombrices ó *verminosa;* por agentes tóxicos, miasmáticos ó virulentos en su incubacion ó *C. reaccionaria*.—La fiebre la divide en *primitiva* y *secundaria*; la *primitiva* la divide: 1.°, en *Tifoidea*, que puede ser esporádica, endémica, epidémica y contagiosa, y afecta con predileccion el cerebro (*cerebral*, *atáxica*), ó el tubo intestinal (*séptica*, *pútrida*), ó el sistema nervioso general (*adinámica*); 2.°, en *Tifo europeo*, que puede ser endémico, epidémico ó contagioso; 3.°, el *Tifo americano*,

que puede ser endémico ó contagioso, presentando varios síntomas, como el vómito (*vómito negro*), ó ictericia (*fiebre amarilla*); 4.°, *Tifo asiático*, que puede ser endémico ó contagioso, y que segun su intensidad constituye la *colerina* y el *cólera*; 5.°, el *Tifo africano*, que puede ser endémico y contagioso y ofrecer afeccion glandular (*bubon*) ó disolucion humoral (*Peste pútrida*). La fiebre secundaria, *tifoidea por calentura gástrica*, puede ser *mucosa*, *saburral*, *biliosa* y *verminosa*.

El Sr. D. Félix Janer, que define la *calentura* «una afeccion general del cuerpo que se manifiesta comunmente con laxitud espontánea, frio seguido de calor y sudor, frecuencia de pulso, sed, inapetencia y lesion de varias funciones,» divide las calenturas en dos grandes grupos, el de las calenturas *primitivas* ó *esenciales*, y el de las *secundarias* ó *sintomáticas*. El primer grupo de Calenturas lo subdivide en otros tres, que son: las *contínuas*, las *intermitentes* y las *remitentes*. El subgrupo de las contínuas lo divide á su vez en cinco, de los que el 1.°, ó sean calenturas *inflamatorias*, comprende tres especies, que son: la *efímera simple*, la *efímera prolongada* y la *sinocal*; el 2.°, ó sean las calenturas *catarrales*, comprende las *simples*, las *complicadas*, las *esporádicas*, las *epidémicas*, ya *ordinarias*, ya *insólitas*; las *contínuas* y las *remitentes*; el 3.°, ó sean las *gástricas*, comprende las *saburrales*, ya *primarias* ó *legítimas*, ya *secundarias* ó *espúreas;* las *saburrales simples* ó *complicadas*, las *mucosas simples* ó *complicadas*, y las *verminosas simples* ó *complicadas;* el 4.°, ó las *tifoideas*, comprende las *verdaderas*, *legítimas* ó *esenciales* que, siendo *esporádicas*, *endémicas* y *epidémicas*, pueden ser *primarias* ó por su naturaleza, ó *secundarias* ó por degeneracion, y las *espúreas*, *falsas* ó *accidentales;* y el 5.°, el *tifo*, como una forma de tifoideas, comprende el *tifo* con varias divisiones, la *fiebre amarilla* y la *peste*. El subgrupo de las *intermitentes* las divide en *legítimas* ó *espúreas*, además de las siguientes subdivisiones: por el modo con que se presentan los paroxismos, en *evidentes* ó manifiestas, y en *oscuras* ó encubiertas, que pueden ser *desordenadas*, *latentes*, *larvadas* ó *acompañadas;* por la apirexia, en *perfectas* é *imperfectas;* por el tipo, en *regulares* ó *típicas*, que pueden ser *simples*, como las *cotidianas*, las *tercianas*, las *cuartanas*, las *quintanas*, etc., ó *com-*

puestas, como las *cotidianas dobles*, las *tercianas dobles*, las *cuartanas dobles*, las cotidianas, tercianas, etc., *duplicadas* y *triplicadas*, y en *irregulares* ó *atípicas*; por el carácter morboso, en *sencillas* y *compuestas*; y por su gravedad, en *benignas* y *malignas* ó *perniciosas*. El subgrupo de las *remitentes* comprende las *anfimerinas* ó exacerbante cotidiana, el *hemitriteos* ó exacerbante terciana doble, las *triteofias* ó exacerbante terciana simple, y las *tetartofias* ó exacerbante cuartana simple.

El Sr. D. Tomás Santero al hacer la clasificacion de fiebres admite una *simple* ó *elemental*, constituida por el elemento *angio-nevro-esténico*, no ofrece predominio de afeccion por parte de ninguno de los dos sistemas vascular y nervioso ni orgasmo especialmente determinado en ningun órgano ó aparato, y establece dos órdenes: 1.° *Contínuas*, en el que se contienen las que, constituidas por el sistema morboso de la clase, sin modificacion extraña, siguen su desarrollo de un modo no interrumpido hasta el término correspondiente: este órden comprende dos subórdenes, que son: 1.° *Vasculares*, ó aquellas en que predomina la afeccion del sistema vascular sobre la del nervioso.—Primer género, *sanguíneas ó inflamatorias*, ó sean aquellas en que el referido predominio se fija en el sistema arterial, constituyendo las siguientes especies: *inflamatoria* ó sin localizacion manifiesta, *cerebral* con localizacion fluxionaria sanguínea en el cerebro ó sus membranas, y *gástrica* con localizacion fluxionaria sanguínea en el aparato digestivo.—Segundo género, *catarrales*, ó aquellas en que el orgasmo febril se fija en la red capilar de vasos exhalantes y secretorios, constituyendo cuatro especies, que son: la *catarral simple* con orgasmo fluxionario hiperdiacrítico diseminado por el sistema general mucoso sin localizacion especial, ó fijo principalmente en la membrana de los bronquios; la *mucosa, adeno-meningea ó entero-mesentérica* con orgasmo fluxionario hiperdiacrítico más fijo en la membrana mucosa gastro-intestinal; la *reumática* con orgasmo fluxionario hiperdiacrítico más determinado en el sistema fibro-celular del aparato locomotor, y *biliosa* con orgasmo fluxionario hiperdiacrítico marcado en el órgano secretorio de la bílis.—El segundo sub-órden de las contínuas son las *nerviosas*, que son aquellas en que predomina desde luego la afeccion del sistema nervioso sobre la del vascular: género 1.°, *nerviosas simples*, que son en las que sobresale la perturbacion del citado sistema sin notable compromiso humoral y puede constituir dos especies, la *atáxica* ó con desórden en las funciones nerviosas y la *ataxo-adinámica ó lenta nerviosa* ó con irregularidad en la inervacion y abatimiento de las fuerzas; 2.° género, *nervioso-pútridas ó tíficas*, en las que hay estupor ó embotamiento en la accion del sistema nervioso con disminucion en la plasticidad de la sangre, y putridez ó tendencia á la descomposicion pútrida en los humores excretorios; comprende dos especies, que son el *tifo* con los caractéres del género, presentándose ó no puntículas y petequias, y la *fiebre tifoidea* con los caractéres del género; pero que no teniendo bastante intensidad para dominar desde el principio al estado reactivo, se desenvuelve bajo una de las formas sinocales, con síntomas mistos, correspondiendo al género intermedio llamado *sinochus* por los nosólogos antiguos.—El segundo órden lo constituyen las *fiebres accesionales*, ó sean aquellas que, constituidas por el elemento *angio-nevro-esténico* ó febril, se hallan influidas por el *accesional* que se le une, ofreciendo en su curso reproducciones periódicas más ó ménos regulares y completas del estado pirético en forma de paroxismos ó de accesos. Este órden comprende dos géneros; el 1.° de *fiebres remitentes*, que son aquellas en que el elemento accesional se ingiere en el febril, pero sin absorberle; presentándose la fiebre sin intermision, pero interrumpida por paroxismos más ó ménos regulares: comprende dos especies, la *diaria ó anfimerina* con paroxismos diarios y la *hemitriteos* con paroxismos diarios, pero que se corresponden por su intensidad en los dias alternos. Tambien se han incluido entre estas especies la *triteofia* y la *tetartofia*, cuyos paroxismos se presentan al segundo ó al tercer dia. El 2.° género lo constituyen las *Fiebres intermitentes*, que son aquellas en que el elemento angio-neurosténico se halla dominado por el accesional, siendo la fiebre la manifestacion de este último, y presentándose por accesos que dejan entre sí intérvalos apiréticos; este género contiene como especies principales la *cotidiana*, la *terciana* y la *cuartana*, que pueden ser *sencillas* ó *dobles ó duplicadas*. Esta clasificacion, como de su exámen se deduce, es bastante sencilla y comprensible, la que con ligeras modificaciones y adi-

ciones adoptamos nosotros en la descripcion de las diferentes especies de fiebres, porque hallándose afectados en estas los dos sistemas generales circulatorio y nervioso, y probando la experiencia que puede predominar uno de ellos en la manifestacion de los síntomas, tenemos una division natural de las fiebres *continuas*, considerándolas como *vasculares* ó *sinocales* y como *nerviosas*; además, aquellas en que predomina la afeccion del sistema vascular, este predominio puede fijarse en el sistema arterial, constituyendo las *sanguíneas*, ó en la red capilar de vasos exhalantes y secretorios, constituyendo las *catarrales*, y aquellas en que predomina la afeccion del sistema nervioso pueden subdivirse segun el modo con que la inervacion se halla comprometida.

FIEBRES CONTINUAS.

—

Son aquellas fiebres que siguen su desarrollo de un modo no interrumpido hasta el término correspondiente, y se dividen, como queda dicho, en *vasculares ó sinocales* y en *nerviosas*, segun esté afectado más principalmente el sistema circulatorio ó el nervioso.

FIEBRES VASCULARES Ó SINOCALES.

—

FIEBRES INFLAMATORIAS.

Las fiebres inflamatorias están principalmente caracterizadas por un frio intenso seguido de gran calor, rubicundez de la piel, pulso frecuente, duro y lleno, coloracion más ó ménos roja de la orina, y la sangre cuando se extrae presenta coágulo grande, consistente y á veces con costra flojística. Las fiebres inflamatorias se subdividen segun la duracion é importancia de sus síntomas en efímera y angioténica.

FIEBRE EFÍMERA.

Definicion. Se llama fiebre efímera á un movimiento febril más ó ménos intenso, que acomete de un modo repentino; es por lo regular de corta duracion, pues rara vez se prolonga más de dos ó tres dias, y termina por medio de alguna evacuacion ó movimiento crítico.

Etiología. Se presenta principalmente en los niños y los jóvenes, á consecuencia de ejercicios violentos, excesos de régimen y principalmente por el abuso de los licores estimulantes, las emociones fuertes, la insolacion y las variaciones atmosféricas.

Sintomatología. La invasion se acompaña de escalofrios, cansancio, postracion, dolores contusivos en los miembros y region lumbar, y sensibilidad á la presion en distintas partes del cuerpo. La cara, aunque encendida, está natural; hay anorexia, pulso frecuente, lleno y regular; cefalalgia á veces intensa: piel caliente, pero suave al tacto: propension al sueño: algunas veces agitacion y delirio.

Curso. Es regular, y unas veces disminuyen progresivamente los síntomas, despues de haber llegado á su período de estado, y otras se aumentan hasta el fin de la enfermedad.

Duracion. Su duracion general es de un dia, y rara vez dos ó tres.

Terminacion. Termina favorablemente por mador ó sudor abundante, por una epístasis ó por la aparicion de un herpe de los lábios y más raras veces de la vulva, el ano ó el prepucio.

Diagnóstico. No ofrece dificultad, pues si á veces se puede sospechar la existencia de una intermitente, en esta el escalofrio y los sudores están mejor caracterizados y además podemos esperar á ver si se reproduce ó no el acceso.

Pronóstico. Es leve.

Tratamiento. Descanso en la cama, dieta, bebidas diluentes ó atemperantes, enemas emolientes, y si hay saburras un emeto-catártico ó un simple laxante.

FIEBRE ANGIOTÉNICA.

Definicion. Se da este nombre ó el de *inflamatoria*, propiamente dicha, á toda fiebre contínua en que hay excitacion del sistema arterial sin ningun síntoma grave ni manifestacion local, y se halla caracterizada por pulso fuerte y frecuente, calor intenso y rubicundez y turgencia de la piel, ojos y cara.

Sinonimia. Esta fiebre es la inflamatoria de Stoll, J. Frank, Chomel, Santero, etc.; la sinocal simple, Hoffman, Piquer y Janer: la irritativa, de Huffeland; la angioténica, de Pinel; la sanguínea, de Varela de Montes.

Etiología. Son causas predisponentes: el temperamento sanguíneo; la alimentacion suculenta y muy condimentada; el abuso de las bebidas espirituosas; los vientos Nortes y Nordestes; el frio seco; la supresion de las hemorragias habituales y la edad de quince á treinta años. Son causas ocasionales: el paso repentino del calor al frio, los cambios bruscos de temperatura, las emociones morales vivas, un ejercicio inmoderado y en general toda causa excitante.

Sintomatología. Suele acometer de un modo repentino, pero cuando así no sucede va precedida de los prodromos siguientes: cefalalgia, vértigos, zumbido de oidos, desvanecimientos, soñolencia, entorpecimiento, anorexia, sed y quebrantamiento general del cuerpo.—Todos los síntomas son de excitacion circulatoria, como son frio intenso de corta duracion, seguido de calor intenso, halituoso y suave; cefalalgia general gravativa, cansancio, opresion de fuerzas, pulso fuerte y frecuente, encendimiento de la piel y principalmente de la cara, ojos brillantes con alguna inyeccion de la conjuntiva, sed viva, anorexia, lengua cubierta de una capa ancha y blanquecina más ó ménos seca, astriccion de vientre, orinas escasas y encendidas, que se excretan con ardor; la sangre que se extrae por la sangría forma un coágulo denso.

Curso. Es contínuo, con ligeras exacerbaciones por las tardes y noches; los síntomas aumentan de intensidad y de un modo regular durante los dos ó tres primeros dias; permanecen estacionarios uno ó dos dias y decrecen despues paulatinamente. En el curso de esta fiebre pueden presentarse síntomas de variadas congestiones. En algunos enfermos pueden presentarse delirio, sopor, etc.

Duracion. Cuando la fiebre es simple dura de cinco á siete dias, y cuando más, y de un modo excepcional, dura catorce.

Terminacion. Generalmente termina dentro del primer setenario por medio de algun movimiento crítico, y especialmente por un flujo hemorrágico, como epistasis, protorragia rarísimas veces, y en la mujer por hemorragia por los genitales: otras veces termina por sudores, orina sedimentosa y diarrea, cuyas crísis son poco frecuentes. En algunas ocasiones la intensidad de la enfermedad y las predisposiciones individuales dan orígen á diversas flegmasías que de efectos se convierten en causas para sostener esta fiebre: tambien puede trasformarse esta fiebre en nerviosa simple ó tifica, por no haber empleado el tratamiento antiflojístico con la debida actividad ó por haber abusado de él.

En el primer caso ocurre que el exceso de estímulo produce desarreglo de las fuerzas, porque toda excitacion trae en pos de sí una depresion proporcionada á la intensidad del estímulo, y en el segundo el excesivo uso de las evacuaciones de sangre desborda el sistema nervioso por la falta de equilibrio entre este y el circulatorio. Estos cambios pueden sobrevenir por constituciones médicas especiales, por insalubridad de las localidades, por vicios del aire y por ciertas predisposiciones individuales. Esta trasformacion se caracteriza en el curso de la fiebre inflamatoria por los síntomas propios de la nerviosa, hace mayor su duracion y agrava el pronóstico.

Complicaciones. Esta fiebre puede presentarlas de índole reumática, catarral, gástrica y nerviosa.

Anatomía patológica. Las alteraciones que se suelen encontrar en los órganos son debidas á las complicaciones que causan la muerte.

Diagnóstico. Debe distinguirse si la fiebre es sintomática de una inflamacion local, es decir, si es *calentura* ó si es *fiebre*, lo que se conocerá atendiendo á los antecedentes y al órden de sucesion de los síntomas. Tampoco puede confundirse con las fiebres eruptivas, porque estas tienen signos especiales, como veremos al tratar de ellas.

Pronóstico. Es favorable cuando no hay complicacion.

Naturaleza. Varias son las hipótesis que se han inventado para explicar su causa próxima, y aun cuando se puede decir que nada sabemos de ella, la que está algo admitida, sin

embargo, es la de una irritacion más ó ménos intensa del corazon y membrana interna del sistema arterial.

Tratamiento. En el grado más leve, basta la dieta, la quietud, la separacion de todo estímulo, y la bebida abundante de agua clara azucarada, ó acidulada con naranja ó limon, ó un cocimiento de cebada dulcificado, ya solo, ya adicionado con una corta cantidad de espíritu de nitro dulce ó de nitrato de potasa. Cuando el grado es más fuerte y hay fuerza, plenitud y dureza del pulso, cuando hay síntomas pletóricos ó de congestiones viscerales, debe practicarse una sangría de seis á ocho onzas, que podrá repetirse mientras el pulso presente los caractéres dichos. Tambien puede ayudarse la accion de las sangrías por medio de las sanguijuelas cuando hay fluxion local. Si hay un estado saburral concomitante, conviene hacer uso de un laxante atemperativo, que tambien se administrará en los casos en que hay astriccion de vientre y esta no ha cedido á las lavativas emolientes. La cefalalgia se calmará aplicando á la frente compresas empapadas en agua y vinagre fria, ó dando unos pedilubios sinapizados. Si la fiebre fuera consecuencia de la supresion de una hemorragia habitual, se hará por reproducirla, y si no es posible, se la suplirá por medio de una evacuacion sanguínea. Deben respetarse los fenómenos críticos que se presenten. Cuando se presenten síntomas que hagan sospechar pueda sobrevenir la fiebre nerviosa, nos abstendremos de las sangrías, haremos aspersiones y lociones de agua fria á lo largo del ráquis y de los miembros, pero solo al principio de la trasformacion, y usaremos de los medios que explicaremos al tratar de la fiebre nerviosa.

Convalecencia. La convalecencia suele ser larga, y durante ella debe el enfermo evitar los cambios bruscos de temperatura, el uso de alimentos suculentos y de las bebidas estimulantes y alcohólicas, tomando un ligero purgante salino si hay estreñimiento.

FIEBRES GÁSTRICAS.

Definicion. Son gástricas las fiebres contínuas que están caracterizadas por desórdenes del tubo digestivo, como localizacion más manifiesta de la exaltacion vascular.

Division. Se las ha dividido en simple, saburral, biliosa y verminosa, segun que las saburras, la bilis ó las lombrices hacen en ellas el principal papel.

FIEBRE GÁSTRICA SIMPLE.

Sinonimia. Es la fiebre meningogástrica de Pinel, la gástrica por irritacion de Varela de Montes, la gástrica de Santero, la tifoidea de Chomel, Grisolle, etc., y segun Broussais, una gastro-enteritis.

Etiología. Son causas predisponentes de esta enfermedad: la juventud, el temperamento sanguíneo, la alimentacion muy estimulante, los condimentos fuertes, el abuso de las bebidas estimulantes, como las alcohólicas, la intemperancia en el régimen en las personas de vida sedentaria y las circunstancias atmosféricas, como las que concurren en el estío, que sobrexcitan la membrana mucosa gástrica; y ocasionales los desarreglos en las comidas y bebidas.

Sintomatología. Los prodromos de esta afeccion son anorexia, decaimiento de fuerzas, ruido de oidos y sed intensa. La fiebre gástrica empieza generalmente por escalofrios cortos, y otras veces por uno grande que suele durar una ó dos horas, y va seguido de un calor ácre, moderado en ocasiones y en otras muy considerable, hasta elevarse la temperatura á 39 y 40 grados. Hay gran abatimiento, dolor en las articulaciones y miembros, cefalalgia supraorbitaria gravativa é intensa; insomnio ó sueños interrumpidos por pesadillas. Los síntomas del aparato digestivo varían de intensidad, y son: anoresia, lengua cubierta de una capa mucosa blanco-amarillenta los primeros dias, que despues del segundo ó tercer dia se pone encendida en sus bordes y seca y resquebrajada en su centro; la boca está pastosa y amarga, hay fetidez del aliento, sed intensa, apeteciendo el enfermo las bebidas ácidas; los enfermos se quejan de plenitud y opresion en el epigastrio, acompañadas de dolor en el mismo, que se exacerba con la presion y puede extenderse á todo el vientre, y de eruptos de gases y líquidos generalmente ácidos; algunas veces suele haber vómitos. Hay astriccion de vientre en un principio, y más adelantada la enfermedad, diarrea de materiales líquidos, biliosos ó mucosos; la orina es escasa y en-

cendida. El pulso está frecuente, duro y lleno, y la respiracion es anhelosa. Por fin, del cuarto dia en adelante se suelen presentar algunos síntomas nerviosos, tales como el delirio.

Curso. La marcha de esta enfermedad es contínua, si bien es general observar en ella remisiones y exacerbaciones diarias.

Duracion. Es algo varia, pues puede durar cuatro ó siete dias, y con más frecuencia de once á catorce.

Terminacion. Esta es: ó bien por delitescencia, ó bien por algun movimiento crítico, como un sudor abundante, una hemorragia nasal abundante ó una diarrea biliosa ó erupciones herpéticas. Tambien puede pasar á hacerse tifoidea ó nerviosa, conversion que algunos, y entre ellos Niemeyer, niegan, fundándose en que estas dos fiebres son de distinta naturaleza, y aunque esto de un modo general es verdad, tambien lo es que las secreciones alteradas de la mucosa gástrica pueden absorberse, inficionar la sangre y producir de un modo secundario otra fiebre de naturaleza distinta. Tambien es fácil de comprender, por lo que dejamos dicho al hablar de la fiebre inflamatoria, que el excéso de estímulo, la endeblez del sugeto, incapaz para resistir un estímulo moderado, y ciertas constituciones atmosféricas y condiciones de localidad, favorezcan y determinen estos cambios. La trasformacion ó el desarrollo de la complicacion nerviosa no se presenta antes del quinto dia, y frecuentemente es al sétimo, caracterizándose por la aparicion de los síntomas propios de la fiebre nerviosa. De todos modos, esta complicacion siempre prolonga la enfermedad y agrava el pronóstico. La complicacion tifoidea sobreviene el dia ocho ó nueve, despues de recorrer la fiebre gástrica su curso regular en el primer setenario, y se caracteriza por la aparicion de los síntomas tifoideos, que se gradúan cada vez más, prolongan la enfermedad y agravan el pronóstico.

Complicaciones. En los sugetos nerviosos puede haber complicaciones nerviosas; en los debilitados por una vida relajada puede haber la tifoidea, y cuando la fiebre es muy intensa pueden presentarse tambien gastritis y hepatitis.

Anatomía patológica. Como es muy raro que esta enfermedad termine por la muerte, y generalmente esta viene por

las complicaciones, resulta que las lesiones que se notan en la autopsia son debidas á estas.

Diagnóstico. La coincidencia de los síntomas locales con otros generales intensos la distinguirán de la gastritis, que no va acompañada de estos últimos; el pulso ménos frecuente, el calor ácre y la existencia del predominio de fenómenos gástricos la distinguirán de la fiebre inflamatoria, que tiene caractéres opuestos; el haber sido ocasionada por desarreglos en el régimen, no haber aparecido en la poblacion ni en las cercanías casos de fiebre tifoidea, el presentar cierta irregularidad la elevacion de temperatura, la presentacion de vexículas herpéticas alrededor de los lábios, la falta de aumento apreciable del bazo la distinguirán de una fiebre tifoidea.

Naturaleza. Las causas que quedan enumeradas en la etiología sobrexcitan la membrana mucosa del estómago, que digiere con dificultad, y se altera é irrita bajo la menor causa; sus vasos capilares se inyectan, dando lugar á una afeccion cuya patogenia es irritativa (Varela).

Pronóstico. Generalmente es favorable; sin embargo, las complicaciones nerviosa y tifoidea, la gastritis y la hepatitis le hacen grave, pues en estos casos puede sobrevenir la muerte.

Tratamiento. La terapéutica de esta fiebre debe ser sencilla; así que en los primeros dias se sostendrá á los enfermos á dieta absoluta, dándoles más adelante sustancia de pan y arroz, en la declinacion caldos ténues y en la convalecencia se irán graduando los alimentos, usando de preferencia los que hagan trabajar poco al estómago. Para bebida se dispondrá con preferencia el agua de limon, ya sola, ya mezclada con la de cebada, pero cuidando de dar cortas cantidades, aunque repetidas, para no provocar el vómito. En el estío puede usarse con ventaja, segun el Sr. Santero, el sorbete de frutas dado á cucharadas. El tratamiento debe ser emoliente, así que se aplicarán cataplasmas de esta clase al epigastrio y lavativas cortas, pero repetidas, con el objeto de calmar los síntomas. Cuando sea muy intensa la fiebre, haya gran cefalalgia y pulso muy duro, una sangría de seis onzas aplacará los síntomas. Las sanguijuelas en número de diez y ocho aplicadas al epigastrio, ó en el de doce aplicadas al ano, producen excelentes efectos cuando predominan los síntomas irritativos

del estómago ó del cerebro respectivamente. Si sobreviniese meteorismo se darán en el vientre embrocaciones de aceite de manzanilla con éter. En esta fiebre no son de utilidad los purgantes, porque no hay materiales detenidos, y la excitacion de la mucosa intestinal sufre mal la producida por estos medicamentos. Las complicaciones deben combatirse con los medios apropiados segun sean ellas y segun su índole; así que, tanto en los casos de complicacion de fiebre nerviosa como en el de fiebre tifoidea, se hará uso de los medios que indicaremos al hablar de ellas.

FIEBRE GÁSTRICA SABURRAL.

Definicion. Es una fiebre producida por indigestion determinada, ya por la indigestion de alimentos en gran cantidad, ya de mala calidad, ya que por circunstancias especiales no hayan podido ser elaborados por el estómago, sea cualquiera la cantidad y calidad de ellos.

Sinonimia. Esta fiebre es la colubies gástrica aguda de Pinel, la calentura por indigestion de Varela de Montes, la saburral primitiva de Frank, la gástrica de Huffeland y otros, la saburral de Janer, el empacho gástrico-febril de Grissolle y los autores franceses.

Etiología. Son causas predisponentes la debilidad de estómago, la infancia y la vejez, que la traen consigo; la debilitacion consiguiente á la convalecencia; al excceso de estudio; la meditacion; las vigilias; el ayuno; la falta de dentadura, que produce mala masticacion de los alimentos; los abusos de la Vénus; la costumbre de dormir despues de comer; el abuso de los alimentos y los de mala calidad. Son causas ocasionales todas las que interrumpen la elaboracion gástrica ó duodenal, como el miedo, la cólera, un ejercicio violento despues de la comida, una noticia inesperada, la impresion de un frio ó calor muy fuerte cuando se está haciendo la digestion y otras de este género.

Sintomatología. Puede decirse que esta fiebre carece de prodromos, pues á las pocas horas de fraguarse la indigestion siente el enfermo tension y peso en el estómago; hay cefalalgia frontal aguda, insomnio, malestar general, debilidad insólita y palidez de la cara. Esa tension y pesadez de estómago se convierte en un dolor agudo, que va acompañado de un escalofrio seguido de calor, aunque no muy fuerte; pulso frecuente, algo lleno y duro. La boca está pastosa y amarga, la lengua sucia y cubierta de una costra amarilla ú oscura, que en ocasiones se reseca; hay sed, eruptos, conato al vómito, y aun vómitos, que solo alivian cuando se efectúan poco tiempo despues de verificada la indigestion, pero no cuando se promueven á los dos dias; se abulta el vientre, se desarrollan gases y se notan borborigmos. Al principio hay astriccion de vientre, pero despues sobreviene diarrea biliosa, mucosa, y algunas veces con algunas estrías sanguinolentas; la orina se pone encendida y se disminuye su cantidad.

Curso. Es regular; sin embargo, en algunas ocasiones hay delirio y despues del tercero y cuarto dia el pulso se pone más dilatado y blando, se oscurece la lengua y se presentan fenómenos nerviosos ó tifoideos.

Duracion. No suele durar más que siete dias.

Terminacion. Cuando la terminacion ha de ser favorable se verifica esta por fenómenos críticos, como son la diarrea y los vómitos y raras veces por sudor ó epistasis. Si alguna vez termina por la muerte, esto sucede más bien por sus complicaciones.

Diagnóstico. Los antecedentes y los síntomas que acompañan á esta enfermedad bastan para no confundirla con la gastritis, la oclusion intestinal y el cólico hepático.

Pronóstico. Es generalmente favorable, á no ser que le agraven las complicaciones.

Tratamiento. El tratamiento de esta fiebre es sencillo, pues conocida la causa, la indicacion se llena expeliendo las saburras del estómago por medio de los vomitivos y las del intestino delgado por medio de los purgantes. Los vomitivos solo se hallan indicados cuando las saburras están en la parte alta del tubo digestivo; pero esta oportunidad pasa pronto, porque las saburras del estómago bajan pronto á los intestinos, en cuyo caso se deben emplear los purgantes salinos, la dieta absoluta y los diluyentes. En los casos en que haya indicacion de un vomitivo, se preferirá el tártaro emético, que tiene la ventaja de producir al mismo tiempo que el vómito algunas evacuaciones de vientre, pero debe tenerse presente que como la susceptibilidad de los enfermos varía y esto es

imposible saberlo de antemano, conviene fraccionar las dósis del emético dando una cucharada cada cinco minutos de una disolucion de 2 gramos de emético en seis onzas de agua hasta obtener tres ó cuatro vómitos. Cuando el estómago está insensible y perezoso por la detencion de las saburras y no hace caso del vomitivo, se preferirá hacer uso de la ipecacuana, dando la cantidad de un escrúpulo de una vez. Son tambien convenientes las lavativas de manzanilla con un poco de aceite de ricino. En esta enfermedad no hay gran necesidad de echar mano de las evacuaciones sanguíneas, y solo cuando hay excitacion gástrica se hará una aplicacion de sanguijuelas al epigastrio. Si al terminar el primer setenario se presentan fenómenos nerviosos, debemos combatirlos con los antiespasmódicos, como la valeriana y el óxido de zinc; pero no los calmantes, á ménos que no queden saburras en el tubo digestivo. En el tratamiento de la convalecencia se han de conceder los alimentos poco á poco, y estos han de ser muy nutritivos, en poco volúmen, ayudando las digestiones con los tónicos amargos. Los convalecientes deben hacer un ejercicio moderado y abrigarse convenientemente.

FIEBRE BILIOSA.

Division. Es una enfermedad principalmente caracterizada por una secrecion morbosa de la bílis y por los demás signos comunes á las fiebres gástricas.

Sinonimia. Es la ardiente ó adenopiria de Pinel, la gástrico-biliosa de Frank, la gástrica de Huffeland, la gastro-hepática de Varela de Montes, la biliosa de Janer, Santero y otros, la biliosa de los paises cálidos de Grisolle, la gastro-hepatitis de Broussais.

Etiología. El estío es la estacion que más predispone á estas enfermedades, así como tambien los climas cálidos por la irritacion que sostienen en el estómago. Tambien la idiosincrasia gastro-hepática predispone á esta enfermedad, que frecuentemente es causada por el abuso de los licores, por la alimentacion demasiado fuerte, por el uso del café y bebidas excitantes, por el ejercicio prolongado, las pesadumbres, la cólera, los cambios de temperatura, el frio de las noches cuando contrasta mucho con el calor del dia. Esta fiebre puede

presentarse de un modo esporádico, endémico y epidémico.

Sintomatología. Los prodromos de esta fiebre consisten en malestar general, inapetencia, amargor de boca é insomnio. Al cabo de veinticuatro ó treinta y seis horas se presenta antes del medio dia un frio fuerte, seguido de calor ardiente, intenso, que se acompaña de inquietud, ansiedad y dificultad en la respiracion. Hay cefalalgia supraorbitaria, sed intensa é insaciable, prefiriéndose generalmente las bebidas ácidas, que se vomitan si se toman en gran cantidad; la lengua se halla cubierta de una capa amarillenta en su centro, y está encendida en la punta y bordes, con sequedad al ménos en su parte media; hay vómitos biliosos, de color amarillo, verde ú oscuro, que dejan ardor en la garganta; existe dolor ó incomodidad hácia el epigastrio é hipocondrios, principalmente en el derecho; además el enfermo está atormentado por borborigmos: unas veces hay astriccion de vientre y otras diarrea de materiales biliosos ó estercoráceos; la orina es jumentosa, espesa y de color amarillo azafranado. La piel se cubre de un tinte amarillento que con frecuencia se limita á la cara, principalmente en las conjuntivas y circunferencia de los lábios. El pulso está duro, frecuente y lleno. Esta fiebre presenta exacerbaciones vespertinas generalmente cotidianas. Si se gradúan estas fiebres sobreviene el delirio, el coma, la postracion y el conjunto de síntomas nerviosos que acompañan á la tifoidea.

Curso. Esta enfermedad va aumentando desde el primer dia hasta el cuarto ó quinto; despues decrecen los síntomas hasta terminar la enfermedad en el dia sétimo; cuando se ha de prolongar la enfermedad, sobreviene del tercero al cuarto dia delirio; las remisiones se marcan ménos; la lengua se resquebraja y se seca; el pulso se hace más frecuente y se presenta desigual é intermitente; hay zumbido de oidos, saltos de tendones; el delirio aumenta ó en su lugar hay coma, y la muerte se verifica dentro del primer setenario ó más frecuentemente en el curso del segundo.

Duracion. La enfermedad se prolonga hasta el dia sétimo, décimo ó décimo cuarto.

Terminacion. Cuando la enfermedad termina por la salud, lo hace por fenómenos críticos, como sudor general, vómito,

diarrea, epistasis, metrorragia en las mujeres y flujo hemorroidal en los hombres.

Complicaciones. En las personas de temperamento linfático-nervioso, que se alimentan mal ó están mal abrigadas, suele hacerse nerviosa ó tifoidea; otras veces por la intensidad de los síntomas locales se desarrolla una hepatitis ó una disentería; en los niños puede producir una inflamacion del cerebro ó sus membranas. Tambien puede complicarse con una fiebre inflamatoria ó degenerar en intermitentes.

Anatomía patológica. Parece ser que las lesiones anatómicas que con más frecuencia se han encontrado en los cadáveres de los que sucumben de esta fiebre, son rubicundez de la mucosa gastro-intestinal y de la de los conductos biliares; congestion é infarto del hígado, inyeccion en las meninges y congestion en muchas serosas. Todas estas lesiones creemos que pueden considerarse como secundarias.

Diagnóstico. Se puede distinguir esta fiebre de la hepatitis porque en la última los síntomas locales son más intensos y se presentan desde el principio, sucediendo lo contrario en la fiebre biliosa; tambien podrá distinguirse de las fiebres intermitentes biliosas, porque el frio y el calor son más marcados en esta que en la biliosa contínua; en los casos en que reina la fiebre amarilla es difícil en ocasiones distinguir si se trata de esta ó de una fiebre biliosa. De todos modos, como esta fiebre puede confundirse con otras enfermedades que tienen síntomas biliosos, para formar el diagnóstico se atenderá á sus varios síntomas al mismo tiempo que á las causas que pueden haber desarrollado la afeccion.

Naturaleza. Varias explicaciones se han dado acerca de la causa íntima de la fiebre biliosa, pero en nuestro entender ninguna es completamente satisfactoria.

Pronóstico. La calentura biliosa cuando es simple no es desfavorable, pero en los climas cálidos tienen más gravedad, y en todos puede agravarse el pronóstico por las complicaciones á que puede dar lugar.

Tratamiento. El tratamiento de esta fiebre es en lo general bastante sencillo: las más veces, y sobre todo en grado de menor intensidad, bastan la quietud en cama, en una habitacion que esté á unos 10 grados de temperatura; la dieta absoluta, y el uso de las bebidas diluentes, usando de preferencia

las subácidas, como el agua de limon ó naranja, ó la de cebada edulcorada con jarabe de grosella. El vomitivo está indicado raras veces, y aun cuando lo esté, se usa de uno suave, como el tártaro emético, en dósis corta; los purgantes se hallan más indicados, pero en este caso se prefieren los salinos, como el crémor. En los sugetos robustos, jóvenes ó de buena constitucion, estará algunas veces indicada la sangría, pero más bien serán útiles las aplicaciones de sanguijuelas en número de 12 ó 18 al epigastrio ó al ano, segun se teman ó reconozcan congestiones sanguíneas al estómago, intestinos ó hígado, y sobre todo cuando el dolor del epigastrio es muy intenso.—Cuando los vómitos son muy abundantes, hay necesidad de contenerlos, para lo que suele bastar el dar el agua más fria y en cortas cantidades; tambien los calman, sobre todo cuando coinciden con el dolor, las aplicaciones de sanguijuelas y las de cataplasmas emolientes laudanizadas. Si estos medios no bastan, se darán 25 milígramos de ópio ó de acónito.—Habiendo gran extreñimiento son convenientes las lavativas emolientes, repetidas de cuatro en cuatro horas.—La cefalalgia intensa se combate con paños de oxicrato frio ó con aplicacion de hielo dentro de una vejiga.—Si la enfermedad presenta síntomas de los que acompañan á las fiebres nerviosa ó tifoidea, se combaten con los medios apropiados á estas enfermedades.

Al entrar el enfermo en la convalecencia se debe ser muy cauto en la alimentacion, pues les queda un excesivo apetito; así que se empezará la alimentacion por caldos ligeros, y se irá aumentando gradualmente, aunque procurando que el enfermo se quede siempre con algun apetito al terminar su comida.

FIEBRE VERMINOSA.

Definicion. Recibe este nombre toda fiebre gástrica que depende de la presencia de lombrices en el tubo digestivo.

Etiología. Predisponen á esta enfermedad la edad de dos á doce años; el temperamento linfático, tanto en los niños como en las mujeres; el abuso en los niños de las leches, de los dulces, el azúcar, etc., así como tambien el poco método en las horas de las comidas, el beber mucha agua y no hacer

ejercicio al aire libre. Segun Baglivio, los países húmedos tambien predisponen á padecer afecciones verminosas.

Sintomatología. Esta fiebre empieza por frio poco intenso, pero de larga duracion, y va seguido de calor desigual, seco y ácre, con pulso blando y algo frecuente; la describe el señor Varela de Montes del siguiente modo: «La lengua blanca y con pequeñas pintas rojas; un olor ácido especial del aliento; la hinchazon del epigastrio y abdómen; la dilatacion de la pupila; el color perlado de la conjuntiva; el prurito incómodo de la punta de la nariz; el rechinamiento de dientes; los dolores de vientre; la orina lechosa; las deyecciones como de ralladuras; los gritos y saltos en sueños, son los síntomas más característicos de la existencia de las lombrices, produciendo calentura.» Añadiendo que «puede sobrevenir la convulsion, el sopor y la apoplegía,» aunque «no son representativos de la existencia constante de la enfermedad.»

Duracion. Esta enfermedad tiene una duracion variable, pues puede durar dos, tres, cuatro, ó siete dias, y aun en ocasiones catorce ó veintiuno.

Terminacion. Puede terminar por la expulsion de muchas lombrices, raras veces por sudor, muy comunmente por diuresis, y con bastante frecuencia por diarrea y vómitos.

Anatomía patológica. En las autopsias de los que mueren de esta fiebre, se hallan, además de las lombrices en el tubo digestivo, serosidad en el encéfalo ó conducto raquidiano y señales de inflamacion del peritoneo, del hígado, mesenterio y de los intestinos.

Diagnóstico. Esta fiebre puede ser confundida con otras enfermedades, pero los antecedentes de padecer el enfermo afecciones verminosas y los síntomas conformes con los que en otros casos presentan las lombrices, pueden facilitar el diagnóstico.

Naturaleza. J. Frank cree que es debida á la irritacion que las lombrices causan en los nervios del estómago y de los intestinos, que, comunicándose á los plexos mesentéricos y solar, excitan el sistema circulatorio por el intermedio de los nervios vagos y gran simpático, cuya opinion es bastante razonable.

Pronóstico. Esta fiebre es grave, no solo por sí, pues puede terminar por la muerte, sino tambien por las complicaciones

cerebrales y nerviosas que pueden sobrevenir, y porque, segun observacion de algunos médicos, pueden las lombrices causar perforaciones intestinales.

Tratamiento. Dieta de caldo es la alimentacion que debe usarse mientras subsista el estado febril. Las bebidas más convenientes son las subácidas y algo amargas. Tambien están indicados los laxantes y las lavativas emolientes. Si hay tumefaccion del abdómen y no hay fenómenos de gran irritacion deben emplearse los calomelanos con el ruibarbo: si hay dolores de vientre se usa el aceite de ricino á cucharadas ó lavativas, fricciones calmantes y lavativas emolientes. Si en un niño robusto se temen congestiones cerebrales, se aplican sanguijuelas detrás de las orejas ó en el ano, y si se anuncian convulsiones se echa mano de los antiespásmódicos. Las fricciones al vientre con el aceite de ruda alcanforado son muy útiles contra los dolores abdominales. Al mismo tiempo que se usan estos medios se hallan indicados los antihelmínticos, como los calomelanos, el acíbar y la infusion de la raiz del granado.

FIEBRES CATARRALES.

Definicion. Son todas aquellas fiebres contínuas en que el orgasmo febril se fija en las membranas mucosas ó fibrosas.

Division. Se divide en catarral simple, catarral insólita ó gripe, catarral mucosa y reumática.

FIEBRE CATARRAL SIMPLE.

Definicion. Es aquella en que el orgasmo fluxionario está diseminado en general en los tejidos mucosos sin localizacion especial, ó se halla principalmente fijo en la mucosa bronquial.

Sinonimia. Esta fiebre es la pituitosa de Pinel, el sinoco catarral de Hoffman, la catarral de Hufeland, la catarral ordinaria de J. Frank, la calentura catarral de Varela de Montes, la catarral simple de Janer y Santero.

Etiología. Sus causas predisponentes son: la edad de ménos de 50 años, pues aunque puede presentarse en todas, no es tan comun pasada esta edad; el sexo femenino, el tempera-

mento linfático; la constitucion débil; las estaciones de otoño é invierno, el aire frio y húmedo; el vivir en localidades y habitaciones que se hallen expuestas á corrientes frecuentes de aire y variaciones de temperatura; el exceso de abrigo ó la falta de él; ciertas constituciones atmosféricas especiales. Las causas ocasionales son: la supresion de la traspiracion por varias causas, y principalmente por el uso de bebidas frias, ó la mudanza de ropa, ó el entrar en habitaciones frias y húmedas estando el cuerpo sudando; el tránsito repentino del calor al frio, y vice-versa, y las corrientes de aire. Esta fiebre es por lo comun esporádica, pero algunas veces es epidémica.

Sintomatología. Los prodromos que en algunas ocasiones faltan son: malestar general, quebrantamiento de fuerzas, dolores contusivos articulares, pesadez de cabeza, disminucion del apetito, pastosidad de la boca y alguna tos.

A los dos ó tres dias de presentados estos fenómenos se une á ellos generamente por la tarde un escalofrío fuerte, que desde el ráquis se extiende á todo el cuerpo y es interrumpido por accesos de calor, que á las dos ó tres horas se hace general, presentándose suave. Además hay cefalalgia general, que se presenta más intensa sobre los senos frontales, y síntomas ya de coriza, como son: estornudos frecuentes con salida por las fosas nasales de una serosidad ácre, lagrimeo, fotofobia y cosquillas en la pituitaria; ya de catarro bronquial, como son: tos frecuente, seca al principio y despues acompañada de espectoracion serosa ácre, que del quinto al sexto dia se hace mucosa, de color amarillo verdoso y hasta puriforme; voz ronca y dolor de garganta. La lengua se presenta húmeda, ancha y blanca; hay mucha sed; en ocasiones náuseas y vómitos; algunas veces extreñimiento al principio, que va seguido de diarrea; la orina se expele con ardor, es escasa y encendida al principio, pero pasados algunos dias se aumenta su cantidad, dejando sedimento mucoso. El pulso está más frecuente y lleno que en el estado de salud, el calor es fuerte y la piel tiene gran propension á enfriarse. Todos estos síntomas son ménos notables desde media noche, prolongándose esta remision en los mismos todo el dia hasta la caida de la tarde, en cuya hora vuelven á exacerbarse. La remision de los síntomas unas veces se verifica mediante sudores parciales, y otras veces sin fenómeno alguno marcado.

Curso. El de esta enfermedad es contínuo, aunque con las remisiones y exacerbaciones dichas.

Duracion. Dura, por termino medio, de siete á once dias, aunque muchas veces se prolonga hasta el tercer setenario.

Terminacion. Esta enfermedad generalmente termina por la salud, lo cual se verifica casi siempre por sudores copiosos, epistasis ú orina abundante y sedimentosa, fenómenos críticos que se anuncian por sus fenómenos precursores propios en los dias 5, 7, 11 ó 14, y en otras ocasiones por la disminucion gradual de todos los síntomas. En ocasiones se presentan fenómenos diversos que convierten la fiebre en nerviosa, gástrica ó tifoidea, y en otras toman los síntomas tanta intensidad, que dan orígen á una inflamacion local. A veces queda en pos de ella una intermitente.

Complicaciones. Se puede complicar con las demás, pero con más frecuencia con las nerviosas; igualmente pueden ocurrir complicaciones inflamatorias de los órganos contenidos en el torax.

Anatomía patológica. Las lesiones que se presentan en el cadáver son las propias de las complicaciones que causan la muerte.

Diagnóstico. Se diferencia de las fiebres intermitentes porque en estas hay apirexia completa de mayor ó menor duracion, y además de ser los tres estadios de ella más largos, no van acompañadas de fenómenos catarrales. Pudiera confundirse con el período de invasion del sarampion, pero la erupcion característica y el aspecto de la lengua seca, estrecha y encendida propios del último, quita todas las dudas. El dolor pungitivo en un punto del pecho, los esputos sanguinolentos, los signos estetoscópicos y la falta de síntomas catarrales que existen en la pulmonía distinguen bien á esta de la fiebre catarral. El dolor subesternal, la tos por accesos, el cosquilleo en los bronquios, el estertor mucoso que en estos se advierte, la no existencia de exacerbaciones por las tardes y la lengua seca y encendida, que son los síntomas que caracterizan á la bronquitis aguda, distinguen á esta de la calentura catarral.

Pronóstico. Es solamente grave cuando se halla complicada esta fiebre.

Tratamiento. En esta fiebre debe procurarse aumentar la traspiracion cutánea, colocando al enfermo en cama, sufi-

cientemente abrigado y haciéndole beber abundantemente una infusion de flores de malva, borraja, violeta ó amapola, ya solas, ya mezcladas, y si con estos medios sencillos no se promoviese el sudor, añadiremos á cada taza de esta infusion seis ú ocho gotas de acetato de amoniaco, y si ni aun con este medio se obtuviese, haremos tomar al enfermo 30 centígramos de polvos de Dower cada seis horas disueltos en las mismas infusiones. En los sugetos nerviosos, y cuando se presentan síntomas de este carácter, se alternan las bebidas diaforéticas con infusiones de plantas antiespasmódicas.—Es muy conveniente estimular las extremidades inferiores por medio de friegas secas ó pedilubios con sal ó ceniza, aunque cuidando de no enfriar al enfermo. Cuando los síntomas catarrales son muy intensos se hará uso de los pectorales como el cocimiento de caragahen ó el pectoral de la Farmacopea Española, y si la tos fuese muy pertinaz se darán píldoras de cinoglosa de 10 centígramos ó el jarabe de meconio á cucharadas.—Solo en el caso en que la fiebre se complique con un estado inflamatorio es cuando convienen las sangrías, así como las sanguijuelas cuando se manifiesta una congestion local ó el desarrollo de la fiebre ha coincidido con la supresion de un flujo habitual.—Los purgantes se usarán en los casos que haya una complicacion saburral.—Cuando haya extreñimiento se usará con ventaja de las lavativas emolientes; pero si el enfermo se halla sudando evitaremos este medio por temor de un enfriamiento.—La alimentacion consistirá durante la mayor intensidad de la fiebre en dieta de sustancia de arroz ó caldos ligeros de pollo ó pichon.

En la convalecencia se aumentará paulatinamente la alimentacion, y si hay atonía del estómago se hará uso de la infusion de quina ó genciana para tomar un cortadillo tres veces al dia. Deben evitarse con mucho esmero los enfriamientos.

FIEBRE CATARRAL INSÓLITA Ó GRIPPE.

Definicion. Se conoce con este nombre una enfermedad caracterizada por una calentura más ó ménos intensa con manifestaciones congestivas ó inflamatorias de los órganos de la respiracion, del sistema nervioso y de los órganos digestivos,

dolores musculares y grande abatimiento de fuerzas. Se manifiesta siempre de un modo epidémico y á veces simultáneo aun en países distantes uno de otro.

Sinonimia. Es la fiebre catarral epidémica de Huxhan, el catarro epidémico de Swediaur, el catarro ruso, la influenza de varios autores.

Etimología. La palabra grippe proviene de la polaca *chrypha*, que significa ronquera.

Historia. No se sabe si fué conocida antes del año 1580, porque solo desde entonces hay descripciones de ella; mas desde entonces hasta nuestros dias se sabe que se han presentado diversas epidemias que tienen de notable la multitud de individuos á quienes ha acometido.

Etiología. Es una enfermedad esencialmente epidémica que se presenta en todos los climas, aunque parece más peculiar del centro de Europa, y en todas las estaciones, aunque es muy comun en otoño y primavera. Ataca á todas las edades, á ambos sexos y á todos los temperamentos. No es contagiosa, y se desarrolla sin la intervencion de causas predisponentes bien manifiestas, habiéndose observado que va acompañada ó precedida de epizootias.

Sintomatología. Generalmente presenta los prodromos siguientes: sensibilidad al frio, malestar, cefalalgia más ó ménos gravativa, anorexia, dolores contusivos en los miembros, pecho y epigastrio, y gran quebrantamiento de fuerzas.—Estos prodromos van seguidos de cansancio molesto; gran debilidad muscular; dolores vagos en las articulaciones; calambres ligeros, rara vez fuertes; calor fuerte, con frecuencia halituoso; pulso frecuente, ya blando, ya duro; lipotimias muchas veces; cefalalgia intensa, vértigos, zumbido de oidos y aun delirio; quebrantamiento de fuerzas y postracion suma, insomnio ó sueño intranquilo; cara encendida, la fisonomía expresa sufrimiento; ojos brillantes, encendidos y lagrimosos; estornudos y signos de un coriza á veces muy intenso, epistásis frecuentes. Poco despues del coriza se presenta ligero dolor de garganta con rubicundez é hinchazon mayor ó menor del istmo de las fauces y faringe; hay ronquera, tos, primero seca y despues acompañada de espectoracion filamentosa, que se espesa hasta tomar un aspecto mucoso amarillo verdoso; hay disnea á veces considerable, con sensacion pe-

nosa de constriccion y dolores vagos en el torax; pero los signos estetoscópicos apenas están caracterizados.—La boca está pastosa, hay anorexia completa y mediana sed: la lengua se presenta blanquecina unas veces, húmeda, otras seca; en ocasiones hay náuseas y aun vómitos, extreñimiento de vientre y raras veces dolores cólicos y diarrea.

Segun el carácter de la epidemia y las predisposiciones individuales, predominan los síntomas nerviosos, ó los torácicos ó los abdominales, por lo cual Landuzhy ha admitido en esta enfermedad tres formas, que son: la *cefálica* ó *nerviosa*, la *torácica* y la *abdominal*. En todas las formas se presentan exacerbaciones por las tardes y noches, que se pasan en un estado de agitacion penosa, y remisiones que aparecen á la salida del sol.

Curso. Por lo regular sigue un curso contínuo y rápido.

Duracion. En su estado de simplicidad dura de cuatro á seis dias; pero en ocasiones no termina hasta los catorce dias, y aun los veintiuno ó veintiocho, á causa de las complicaciones.

Terminacion. Se verifica casi siempre por la curacion, ya desapareciendo repentina ó gradualmente los síntomas, ya presentándose fenómenos críticos, de los cuales los más frecuentes son los sudores. Tambien puede terminarse por epistásis, diarreas, orinas abundantes y erupciones diversas. La convalecencia es siempre larga.

Complicaciones. Son muy frecuentes en esta enfermedad, y á ellas se debe la mortandad en ciertas epidemias. La complicacion más frecuente es la neumonia, que puede permanecer latente si no se presta mucha atencion; tambien cuando hay una tísis, un catarro crónico, un asma, ó enfermedades crónicas del sistema nervioso y de la médula se agravan estas y terminan más pronto de un modo funesto.

Anatomía patológica. Fuera de la simple inyeccion y tumefaccion de las mucosas nasal y bronquial, las demás lesiones que se encuentran en la autopsia corresponden á las complicaciones.

Diagnóstico. La grippe se distingue fácilmente de la fiebre efímera por su duracion y los síntomas catarrales; de la bronquitis aguda por los síntomas nerviosos especiales, la existencia del coriza y no existir estertor mucoso como en

la bronquitis; de la pleuresía aguda por la falta del dolor pungitivo en un punto del pecho, la humedad de la tos y la ausencia de signos estetoscópicos; de la pulmonía aguda por la espectoracion mucosa y no sanguínea, los signos estetoscópicos y de percusion distintos de los de la pulmonía; del segundo estado del sarampion por su marcha y carencia de la erupcion, y de una fiebre tifoidea incipiente por la rapidez de la invasion de la grippe y la existencia de esta epidemia.

Pronóstico. Su gravedad es nula en la forma sencilla, pero la hacen grave las complicaciones, principalmente la neumonia y las enfermedades del pecho y cráneo.

Naturaleza. Es desconocida, aunque se cree sea debida á una causa miasmática ó constitucion anual desconocida.

Tratamiento. Cuando la enfermedad es sencilla bastan la quietud, la dieta, las bebidas emolientes y diaforéticas calientes para determinar el sudor, y los pedilubios con ceniza y sal comun ó friegas secas á las extremidades inferiores. Contra la tos, el eretismo nervioso y los dolores es muy útil el jarabe de meconio y aun el ópio.—En los casos más intensos se puede añadir á las infusiones diaforéticas el acetato de amoniaco y los polvos de Dower.—Cuando hay dilatacion y dureza del pulso se debe practicar la flebotomía, aunque debemos ser parcos en el uso de este medio, y si hubiese signos de congestion en algun órgano se harán aplicaciones de sanguijuelas.—En la forma cefálica se darán friegas secas con un cepillo en las piernas y se aplicarán sanguijuelas al ano; en la torácica se usarán los jarabes anodinos y las fricciones sobre el pecho con la pomada de belladona; en la abdominal pueden ser útiles los vomitivos y purgantes y las lavativas emolientes.—La complicacion neumónica se combate con el método antiflojístico; y la sofocacion dependiente de un catarro crónico ó del asma, con los eméticos.—Los dolores de los miembros ceden al aguardiente alcanforado, bálsamo tranquilo, ó pomadas de ópio ó de belladona.—La diarrea abundante se combate con lavativas emolientes laudanizadas.—En la convalecencia se usarán las leches, los alimentos ligeros y los tónicos como la genciana ó centaura.

Se aconsejan como profilácticos, el abrigo, el buen régimen y el evitar la humedad y el frio.

FIEBRE MUCOSA.

Definicion. Se denomina de este modo una fiebre contínua en que el movimiento fluxionario se fija en la membrana mucosa del estómago con hipersecrecion morbosa de la misma y vómitos espontáneos de un líquido viscoso.

Sinonimia. Es la fiebre lática de Avicena, la linfática de Baglivio, la adeno-meningea de Pinel, la ardiente espúrea de Piquer, la gástrico-pituitosa de J. Franch, la calentura mucosa de Varela de Montes, de Janer y de Santero, la adeno-piria de Alibert y la tifoidea de forma mucosa de los franceses.

Etiología. Son causas predisponentes las estaciones frias y húmedas, los lugares bajos, húmedos y pantanosos. Se presenta en todas las edades, pero principalmente en los niños y los ancianos; en las mujeres, las personas depauperadas y de temperamento linfático. Predisponen tambien á ella la mala alimentacion, el desabrigo, las habitaciones poco ventiladas y las pasiones deprimentes de ánimo. Son causas ocasionales las vicisitudes atmosféricas, el frio húmedo y una constitucion anual ó epidémica desconocida.

Sintomatología. Esta fiebre se anuncia por malestar general, anorexia, cefalalgia é incomodidades de estómago. A los dos ó tres dias se caracteriza la invasion por un escalofrio fuerte que se presenta por la tarde ó por la noche, y es interrumpido por intérvalos de calor hasta que este se hace general aunque poco exagerado. Hay abatimiento y palidez general, disgusto, insomnio, dolor obtuso en el vértice y parte posterior de la cabeza, zumbido de oidos y en ocasiones vértigos. No hay mal sabor de boca; la lengua está húmeda, ancha y cubierta de un barniz blanco como nata de leche; poca sed, y cuando la hay tienen los enfermos repugnancia á los líquidos; anorexia, náuseas y vómitos de materiales glutinosos y ágrios, se notan aftas en las encías y lábios, sensacion dolorosa en el epigastrio, extreñimiento y más comunmente diarrea mucosa precedida de dolores intestinales; la orina algo encendida y turbia. La respiracion es anhelosa, hay tos seca al principio y acompañada despues de espectoracion mucosa. El pulso, que es blando, tiene una frecuencia apenas notable. Estos síntomas de aparente benignidad pueden conducir hasta

la postracion, el delirio bajo, los borborigmos y el meteorismo.

Esta fiebre, de larga duracion, presenta exacerbacion en los síntomas por las tardes, seguida de remision á la madrugada, que va precedida de sudores parciales, de olor ágrio.

Curso. Es contínuo con exarcebaciones que simulan una fiebre remitente.

Duracion. Esta fiebre raras veces termina en el primer setenario, y por lo general se prolonga hasta el dia 14, 21 y aun el 28.

Terminacion. Cuando es sencilla y se presenta en individuos exentos de otra afeccion, no ofrece mucha gravedad, y termina por la salud, ya por sudor, espectoracion abundante, diarreas, vómitos ú orina abundante, ya por la disminucion gradual de los síntomas; pero cuando hay complicaciones, ó el sugeto que la padece es escrofuloso ó tuberculoso, termina de un modo funesto. Puede esta fiebre convertirse en nerviosa ó tifoidea por la infeccion que ocasiona la degeneracion de los humores segregados de un modo morboso en el tubo digestivo.

Complicaciones. Puede complicarse con un estado inflamatorio de las vías gástricas, así como tambien con las saburras, la bílis y los vermes, y tambien con un estado nervioso.

Anatomía patológica. Las lesiones encontradas en los cadáveres de los fallecidos de esta fiebre son: engrosamiento é infiltracion de las mucosas pulmonar y digestiva que han perdido su consistencia y se hallan cubiertas de mucosidades viscosas, amarillentas ó cenicientas: infarto sanguíneo en la base y parte posterior de los pulmones y en el bazo.

Diagnóstico. Algunos han confundido esta fiebre con la verminosa; pero la falta de los signos que indican la presencia de las lombrices en el tubo digestivo, y de fenómenos nerviosos, los caractéres de la lengua y la presencia de las aftas en la boca junto con la naturaleza de los vómitos nos harán reconocer la fiebre mucosa.

Pronóstico. No es grave cuando se presenta en estado de simplicidad; pero lo es mucho cuando se complica ó la padecen individuos afectados de otra enfermedad, como ya dejamos dicho.

Tratamiento. Cuando la enfermedad está en estado de simplicidad, se empieza la curacion haciendo uso de los diluentes

para disminuir la densidad de las mucosidades; se laxa suavemente el vientre con la limonada cremorizada ó agua magnesiana, se aumenta la traspiracion cutánea y se sostiene suavemente con las infusiones teiformes; cuando hay gran secrecion mucosa que dificulta la respiracion, hay suciedad mucosa en la lengua, vómitos abundantes é incomodidad de estómago, se halla indicado un vomitivo y principalmente la ipecacuana á la dósis de treinta á cuarenta centígramos cada cuarto de hora, hasta producir vómitos abundantes. Los purgantes deben emplearse despues de los vomitivos, siendo los más recomendados el ruibarbo unido á la magnesia, la limonada del citrato de esta base ó el agua de Loeches. Despues de estos medios conviene usar junto con los diluentes las infusiones amargas, los enemas emolientes y las cataplasmas de la misma clase al vientre. Si la diaforesis no se estableciese con las infusiones teiformes, se puede agregar á ella tres ó cuatro gotas de acetato de amoniaco para cada taza de infusion, ó los polvos de Dower á la dósis que hemos dicho en la fiebre catarral simple. Cuando hay ansiedad y fatiga por las muchas mucosidades acumuladas en los bronquios, pueden administrarse el cocimiento de polígala, ó el de líquen islándico con amargo, y si esto no bastase, se podrá usar el quermes mineral á dósis espectorante. La tos se calmará con los jarabes demulcentes y anodinos. Las aftas que aparecen en la boca se combaten perfectamente con los colutorios de clorato de potasa ó de borax. Si hay diarrea excesiva se corrige con el cocimiento blanco de Sydenhan, ya solo, ya diascordiado ó con un astringente opiado.

El régimen alimenticio debe ser muy severo, dando al principio la sustancia de pan ó arroz, que más adelante se sustituirá por los caldos de pollo y de gallina sucesivamente, hasta que se pueda dar más alimento. En la convalecencia se usarán alimentos muy nutritivos, y se tomará despues de las comidas una taza de manzanilla para ayudar la digestion; las infusiones amargas son tambien muy útiles.

FIEBRE REUMÁTICA.

Definicion. Es una fiebre contínua acompañada por exacerbaciones y remisiones bastante marcadas, y en las que el estímulo morboso se determina en el sistema fibro-celular, por influencia de la causa del clima y de la estacion.

Etiología. Son causas predisponentes de estas fiebres, la juventud, el sexo masculino, la constitucion débil más bien que la robusta, la mala alimentacion y el desabrigo, y ocasionales las vicisitudes atmosféricas, el paso repentino de una estacion cálida á otra fria, las lluvias abundantes, la permanencia en habitaciones húmedas, la supresion repentina de la traspiracion cutánea, los enfriamientos del cuerpo durante el sueño.

Sintomatología. Los prodromos de esta fiebre son laxitudes espontáneas y pesadez en las articulaciones. La invasion se caracteriza por la presencia de un escalofrio interrumpido por accesos de calor, hasta que al cabo de un tiempo más ó ménos largo se hace este constante é intenso. El pulso se presenta más ó ménos frecuente, las más veces contraido y algo duro. Hay quebrantamiento general, insomnio, intranquilidad, dificultad para variar de decúbito; la lengua se halla cubierta de una capa mucosa, por lo general seca y encendida en su punta; existe anorexia, la sed es moderada; hay conatos frecuentes á orinar, y la orina, que en un principio es abundante y clara, se hace despues escasa, ardorosa, turbia y con sedimento latericio. A estos síntomas acompañan dolores, que tienen su asiento alternativamente en las fibras musculares, en las membranas serosas, en los tendones, en los ligamentos y en el periostio; son movibles y fugaces por lo general, y se acompañan de fenómenos catarrales de las mucosas gástrica y respiratoria, como catarro bronquial y diarrea. Los síntomas en esta fiebre se exacerban de un modo bastante marcado despues del mediodia ó por la tarde con inquietud, ansiedad é insomnio y remiten á la media noche ó por la madrugada.

Curso. Es contínuo, con exacerbaciones y remisiones como en todas las fiebres catarrales.

Duracion. Rara vez dura esta enfermedad un setenario, pues lo más comun es que dure dos, tres y aun más.

Terminacion. En su estado de simplicidad termina favorablemente por sudores abundantes y algunas veces por orinas.

Complicaciones. Puede complicarse con las demás fiebres formando especies complexas, ó con un estado inflamatorio de unos ú otros órganos.

Anatomía patológica. Las lesiones que los autores han asignado á esta fiebre corresponden más bien á las complicaciones.

Diagnóstico. El frio inicial alternado con calor, la persistencia de los dolores durante todo el curso de la enfermedad y el presentarse las exacerbaciones por la tarde diferencian esta fiebre de las accesionales. Las remisiones, el carácter del frio de invasion, la moderacion de la sed y el carácter ardiente del calor la distinguen de la fiebre inflamatoria. El presentarse la afeccion reumática con poca intensidad, ser más movible y fugaz y el asociarse á fenómenos catarrales de varias membranas mucosas, distingue esta fiebre del reumatismo en que han tratado de refundirla algunos nosólogos.

Pronóstico. En su estado de simplicidad no es grave; pero sucede lo contrario cuando está complicada, cuando la afeccion reumática se fija en los órganos interiores, cuando recae en sugetos escrofulosos, hemorroidarios ó gotosos, y cuando se presenta durante la menstruacion, el embarazo y el puerperio.

Tratamiento. Cuando la enfermedad se halle en su estado de simplicidad es suficiente la quietud en cama, tener la habitacion á una temperatura de catorce á diez y seis grados de Reaumur, guardar dieta ligera vegetal y usar bebidas diaforéticas sencillas, alternadas con el agua de naranja. Los dolores se combatirán con el acónito ó el ópio al interior, y las fricciones con pomadas de belladona ó de ópio al exterior, y si estos medios no bastaran se aplicarán vejigatorios cerca de la parte que padece. Cuando existan signos de plétora ó una complicacion inflamatoria se hará una sangría general, aunque con cautela, pues las evacuaciones sanguíneas excesivas pueden hacer el reuma crónico por la debilidad que producen. Cuando hay fenómenos inflamatorios locales muy intensos se combaten con las aplicaciones de sanguijuelas. Si una infusion teiforme cualquiera no fuese suficiente para excitar el sudor, se podrá añadir á ella algunas gotas del acetato de amoniaco líquido ó los polvos de Dower, como ya hemos dicho en la catarral. En los casos en que exista complicacion, se combatirá esta con los medios apropiados á ella.

FIEBRES NERVIOSAS.

Consideramos como fiebres nerviosas aquellas en que el sistema nervioso toma una parte más principal que el sanguíneo al constituir el estado febril. En estas fiebres, para distinguir sus especies, no se puede como en las sinocales ó vasculares atender al órgano en que se fija el resentimiento de un modo más notable, porque siéndolo siempre el cerebro, hay que atenerse al modo con que se halla principalmente comprometida la inervacion. Así como las fiebres vasculares ó sinocales se combinan entre sí formando especies complexas, lo mismo ocurre con las nerviosas, ya aparezcan desde el principio como de esta índole, ya siendo vasculares primero se conviertan en nerviosas por distintas causas. Las fiebres nerviosas pueden agruparse en dos géneros: unas en que la perturbacion del sistema nervioso no se acompaña de notable compromiso humoral, y otras en que hay al mismo tiempo disminucion en la plasticidad de la sangre y tendencia á la putridez de los humores excretorios.

FIEBRES NERVIOSAS SIMPLES.

Se consideran como fiebres nerviosas simples aquellas en que de preferencia padece el sistema nervioso sin compromiso humoral, pudiendo ocurrir dos cosas: ó que haya postracion de fuerzas y fenómenos reactivos poco francos sin alteracion humoral, ó que la inervacion aparezca irregularizada con alternativas de excitacion y depresion y contradiccion en los síntomas, ó sea falta de encadenamiento de unos con otros.

Los autores han hecho varias divisiones de estas fiebres, así que por su duracion las han distinguido en agudas, que duran de catorce á veintiocho dias, y en lentas, que tienen una duracion mucho mayor: otros las han dividido en nerviosas propiamente dichas y en pútridas ó adinámicas; otros en exaltadas y estupefacientes, y otros, por fin, en primitivas y secundarias.

FIEBRE NERVIOSA ATÁXICA.

Definicion. Es una fiebre contínua en que el sistema nervioso se halla principalmente afectado, existiendo desórden en la inervacion con alternativas de excitacion y depresion y falta de coherencia en los síntomas.

Sinonimia. Es la nerviosa de Hufeland, la nerviosa primitiva aguda de J. Frank, la atáxica de varios autores, la tifoidea de forma atáxica de otros.

Etiología. Son causas predisponentes la niñez y la juventud, el sexo femenino, el temperamento linfático, la constitucion débil é irritable, el crecimiento rápido en la juventud, el abuso de la Vénus, la mala alimentacion, el abuso de alimenmentos y condimentos excitantes, el abuso del trabajo, tanto corporal como intelectual, las vigilias prolongadas, las pasiones deprimentes. Son causas ocasionales una constitucion particular anual ó epidémica, una atmósfera fria, húmeda ó muy cálida, el aire no renóvado y las demás causas predisponentes que dejamos expuestas. Esta fiebre es casi siempre esporádica, aunque algunas veces puede ser epidémica; pero no es ni endémica ni contagiosa.

Sintomatología. Los prodromos de esta enfermedad son: malestar, abatimiento, indiferencia del enfermo á todo lo que le rodea, ruido de oidos, insomnio ó sueños espantosos, poca sed ó nula, anorexia, mal gusto de boca, dolor en los lomos, pesadez en los miembros, calambres, escalofrios ligeros alternados con el calor.—Despues de pasar algunos dias se presenta la enfermedad con vértigos ó lipotimias; calor de la piel desigual, que principalmente se siente en la cara, manos y piés y se presenta disminuido en otras partes: el enfermo unas veces lo siente intenso al interior y otras al exterior; la piel está seca ó cubierta de sudores parciales. El pulso es pequeño, blando, fácil de deprimir, medianamente frecuente y aun á veces lento; es tambien muy variable y no guarda armonía con la respiracion. Hay cefalalgia muy intensa con inyeccion de las conjuntivas, dilatacion unas veces y contraccion otras de las pupilas, y generalmente hay fotofobia. En muchos enfermos hay coma vigil, sordera y delirio. La lengua, encendida y limpia, está unas veces seca y otras húmeda; por lo general

no hay sed y aun en ocasiones hay hidrofobia: la region epigástrica está tensa y dolorida, y pasados los primeros dias se desarrolla el meteorismo; ordinariamente hay extreñimiento y alguna vez diarrea; las orinas son ya abundantes y trasparentes, ya raras y encendidas; la respiracion es frecuente y anhelosa y la voz ronca y apagada.—En el principio de la enfermedad y en momentos indeterminados presenta una y dos exacerbaciones diarias, que se hacen ménos intensas á medida que avanza la fiebre.—Desde el fin del primer setenario y principios del segundo se gradúa el coma y alterna con el delirio; se presentan saltos de tendones y aun convulsiones; la lengua se pone más seca, aumenta el meteorismo y frecuentemente hay incontinencia de orina complicada con retencion; el enfermo no siente los sinapismos, etc., y no deja de asegurar que está bueno.—Llegado á este estado los síntomas varían, ya produciéndose una crísis, ya mejorando insensiblemente, ya empeorándose y terminando por la muerte.

Curso. El de esta fiebre, aunque contínuo, es muy irregular é indeterminado, y la convalecencia es lenta y penosa y muy expuesta á recaidas.

Duracion. La duracion de esta fiebre es de siete á veintiocho dias y aun más, siendo lo más general que dure solo hasta los veintiuno.

Terminacion. Esta fiebre puede terminar por la salud ó la muerte. Cuando se verifica lo primero ó disminuyen los síntomas, desapareciendo el delirio ó el coma, durmiendo el paciente algunos ratos, sintiendo ya la necesidad de orinar y defecar, y haciéndose el pulso ménos frecuente y más ancho y aun duro, ó se presenta un fenómeno crítico, como sudor, diarrea, parótidas ó erupciones forunculares que terminan la enfermedad. Cuando se verifica la muerte viene esta precedida de la agravacion de todos los síntomas; descompónese la cara, preséntanse sudores parciales viscosos, insensibilidad de la pupila á la accion de la luz; tiene tendencia el cuerpo á escurrirse hácia los piés de la cama, aumentan los saltos de tendones, aparece la carfología; ocurren hemorragias pasivas por las aberturas naturales; se presentan úlceras por decúbito; la lengua se pone temblorosa y como leñosa; hay hipo, y evacuaciones involuntarias de materias fecales y orinas. El pulso se pone miuro, desigual é intermitente, sobreviniendo

la muerte en último término. Tambien puede hacer esta enfermedad metastásis en los nervios, produciendo la sordera, la ceguera y la pérdida de la memoria y de otras facultades intelectuales, ó dejando, en fin, otras enfermedades nerviosas crónicas.

Complicaciones. Las de esta fiebre pueden ser inflamatorias, reumáticas, catarrales, saburrales, biliosas y verminosas.

Diagnóstico. La falta de pródromos, la intensidad de la cefalalgia que hace gritar al enfermo, el delirio alto y furioso, los vómitos frecuentes, el pulso duro, frecuente y contraido, la retraccion é indolencia de las paredes abdominales, así como el curso contínuo, propios de la meningitis, impedirán el confundirla con la fiebre nerviosa. La cefalalgia obtusa, el estupor alternado con el delirio alto, el pulso frecuente y dilatado, la presencia de epistásis, de erupcion muricolor, de dolor en el vientre, principalmente en la fosa iliaca derecha, los lentores y fuliginosidades y la sed intensa propios de la fiebre tifoidea la distinguen de la nerviosa.

Pronóstico. Es grave, y ya hemos descrito los síntomas que anuncian la muerte.

Anatomía patológica. Las lesiones que más constantemente se observan son: aumento de serosidad en el cerebro, congestion pasiva de los pulmones, disminucion del calibre de las arterias y aun su vacuidad, las cuales no explican los síntomas observados en el individuo cuando vivo.

Tratamiento. Se colocará al enfermo en una temperatura de 10 á 12° con mediano abrigo y á luz escasa, recomendando al mismo tiempo el silencio. La alimentacion consistirá en sustancia de pan ó arroz, y si hay gran debilidad caldos de pollo ó pichon y aun de gallina. Para bebida usual se dispondrán las infusiones de tilo ú hojas de naranjo ágrio con unas gotas de espíritu de nitro dulce y se darán á la temperatura del ambiente. Mientras que la ataxia no está muy marcada suele bastar la pocion antiespasmódica simple de la Farmacopea, pues los antiespamódicos más activos por las reacciones que provocan, llevan tras sí el colapso, que tratamos de evitar. Si hay en el estómago materiales de excrecion podrá darse en un principio un ligero laxante, y si hubiese algun punto fluxionado podrá hacerse una evacuacion sanguínea

local moderada; pero de ningun modo la sangría, que está contraindicada por el carácter de la fiebre. Si la ataxia se manifiesta con toda claridad hay que acudir al alcanfor ó el almizcle, y aun preferir el primero, asociado al ópio, en cuyo caso se pueden dar 10 ó 20 centígramos de alcanfor en 345 de excipiente endulzado con 30 gramos de jarabe de extracto tebáico para tomar por cuartas partes cada cuatro ó seis horas. A estos medios se añadirán los sinapismos á las extremidades inferiores, y mejor aun las friegas secas. La indicacion que en estos casos nos proponemos llenar se ayuda eficazmente con el uso de los baños generales á la temperatura de 26 á 28° prolongados de quince á veinte minutos, segun las fuerzas del enfermo; pero deben darse con las precauciones debidas para evitar los enfriamientos y aplicar mientras dure frio seco á la cabeza. Las lociones y chorros de agua fria sobre el ráquis y parte interna de los brazos y piernas, producen tambien buen resultado si se vigila su accion. Cuando la enfermedad ha llegado al segundo período, se darán caldos de gallina, la limonada vinosa, ó una cucharada cada cuatro horas de vino de Málaga ó de Jerez en el caldo y la infusion de las flores ó de la raiz del árnica montana. Cuando la enfermedad progresa y la ataxia se acompaña de adinamia notable, se emplearán el julepe moscado de la Farmacopea y las preparaciones de quina y valeriana, ó una disolucion de 10 centígramos de sulfato de quinina y 20 de almizcle para tomar en varias tomas cada tres ó seis horas.—Son útiles tambien las cantáridas á las extremidades inferiores, y el dar fricciones al vientre con el aceite de manzanilla eterizado, al mismo tiempo que se emplean enemas de una infusion de manzanilla ó de ruda.

Además de este tratamiento general de la fiebre hay que atacar varios síntomas por separado; así el coma y el delirio se combaten con compresas á la cabeza de agua y vinagre frios, ó vejigas con nieve, y si el último se acompañase de congestion al cerebro se aplicarán 8 ó 10 sanguijuelas al ano, ó á las apófisis mastóides, y cuando se une á las convulsiones y otros síntomas de excitacion se dá cada hora una cucharada de una mistura antiespasmódica, en que se pongan 15 centígramos de alcanfor y 30 gramos de jarabe de meconio por 90 de excipiente.—El meteorismo se combate con las fricciones

de aceite de manzanilla ó ruda alcanforados y eterizados, los enemas de infusiones de las mismas plantas y la aplicacion de vejigas con hielo. Las hemorragias nasales ó por el ano, cuando sean excesivas y no críticas, se cohiben con los astringentes, el frio ó el percloruro de hierro y el taponamiento si fuese necesario. El extreñimiento se combate con lavativas emolientes ó hechas purgantes con el sulfato de sosa, si es pertinaz y acompañado de meteorismo. La diarrea, cuando es muy abundante y no crítica, se corrige con el cocimiento blanco de la Farmacopea, el subnitrato de bismuto, el catecú y otros astringentes. El hipo se hará desaparecer con terrones de hielo ó cucharadas de sorbete de flor de azahar, ó con el alcanfor y almizcle en píldoras. La retencion de orina se combate con fricciones alcanforadas ó de aceite de alacranes al hipogastrio, y el cateterismo si esto no basta. Las úlceras gangrenosas que se forman por decúbito se evitan cambiando con frecuencia de postura al enfermo y aun mudándole de cama todos los dias, segun aconseja el profesor Graves, y cuando esto no basta y las úlceras se inician se lavarán las partes con agua clorurada ó alcohol alcanforado, y se cubrirán con parches de ungüento blanco: si se abren las úlceras se lavan con el agua clorurada y se curan con polvos de quina y rosa solos ó alcanforados y planchuelas de ungüento balsámico. Las parótidas se combaten con los emolientes y una corta aplicacion de sanguijuelas, y si supuran se da salida al pus.

En la convalecencia se usarán las infusiones tónicas, se aumentará gradualmente la alimentacion, haciendo uso de las leches, y se recomendará el abrigo y el ejercicio al aire libre.

Cuando las fiebres nerviosas se desarrollan en el curso de otras enfermedades, y principalmente en el curso de otras fiebres, como dejamos dicho, se las denomina *fiebres nerviosas secundarias.*

FIEBRE ATAXO-ADINÁMICA Ó LENTA.

Definicion. Es una fiebre contínua que además de presentar irregularidad en la inervacion se observa en ella un estado muy notable de fenómenos reactivos poco francos ó graduados, con abatimiento en las fuerzas, sin alteracion humoral.

Etiología. Se presenta generalmente en los paises frios y

húmedos; en los sugetos linfáticos, en los alimentados insuficientemente, en los que hacen trabajos excesivos y prolongados del cuerpo y del ánimo. La producen tambien los abusos de la Vénus, las pérdidas contínuas de sangre ú otros humores, las vigilias prolongadas, las pasiones deprimentes, el rápido crecimiento del cuerpo. No es contagiosa como algunos han supuesto.

Sintomatología. Sus prodromos consisten en languidez y debilidad general, pérdida del apetito, irregularidad en las digestiones é insomnio. La enfermedad empieza con escalofrios vagos, alternados con calor desigual, pues mientras que las palmas de las manos y la cabeza arden, están frias las extremidades. Hay calor y coloracion excesiva de la cara; tan pronto hay tristeza y llantos, como alegría y locuacidad. Existe cefalalgia y zumbido de oidos; delirio alternado con soñolencia, y si hay sueño, este no repara las fuerzas. El pulso unas veces está más lento que en el estado normal, otras se le halla muy frecuente y aun veloz, siempre irregular y blando. La lengua está ancha, húmeda y con una capa blanco-amarillenta; hay anorexia, opresion precordial, eruptos, náuseas y aun vómitos y extreñimiento. La orina, abundante y acuosa al principio, se presenta luego espesa y con sedimento oscuro. La respiracion es anhelosa y suspirosa, y la voz débil y trémula. Este estado, que dura de ocho á diez dias, presenta exacerbaciones por la tarde y remisiones por la mañana, y conduce á los enfermos al segundo período de la enfermedad, en que hay gran debilidad que impide los movimientos voluntarios; se hace más frecuente é irregular el pulso, blando y pequeño; hay mayor dificultad en la respiracion, palpitaciones de corazon, vómitos mucosos, diarrea serosa con borborigmos y dolores intestinales; la orina es más oscura y con un olor como de cerveza corrompida. Aparecen hemorragias pasivas por las aberturas naturales y en la piel, y sudores parciales viscosos, frios y frecuentemente excesivos. Comunmente sobreviene delirio con insomnio, pero sin furor, y otras veces solo soñolencia. Se manifiestan saltos de tendones y temblores. En el tercer período, ó bien se mejoran los síntomas, si la enfermedad ha de terminar favorablemente, ó bien si ha de terminar por la muerte, la postracion se hace más profunda, se presentan úlceras gangrenosas por decúbi-

to, aumentan las hemorragias, aparecen equimosis y aftas, la lengua se pone oscura; las deyecciones y expulsion de la orina son involuntarias, se enfrian las extremidades, se presenta la carfología y crocidismo, el pulso tiene una debilidad extrema, y es casi insensible, y sobreviene la muerte en medio de una lipotimia ó una convulsion.

Curso. Es continuo, con exacerbaciones y remisiones que disminuyen conforme avanza la fiebre.

Duracion. Es de cuatro setenarios y tambien de cincuenta dias ó más.

Terminacion. La fiebre nerviosa lenta termina las más veces por la muerte; pero cuando ha de terminar por la curacion sobreviene el sueño tranquilo y reparador, aunque corto; cesan las hemorragias y diarrea; puede cambiar de postura el enfermo; disminuye la cefalalgia; el pulso se hace más dilatado y ménos frecuente; se limpia la lengua y mejoran todos los síntomas.

Anatomía patológica. En la autopsia se halla flacidez de todos los tejidos; derrames serosos en las membranas del mismo nombre; infiltraciones sanguíneas en los órganos parenquimatosos.

Diagnóstico. La falta de delirio continuo seguido de coma; la de convulsiones y rigidez muscular seguida de paralísis; el no presentarse el pulso duro y lleno y durar más de ocho ó diez dias distinguen la fiebre nerviosa lenta de la encefalitis. El no ser sintomática esta fiebre de enfermedades de órganos principales, y el acompañarse de trastornos nerviosos considerables, especialmente del cerebro, la distinguen suficientemente de la fiebre héctica.

Pronóstico. Es muy grave.

Tratamiento. Las indicaciones en esta fiebre son aplacar la excitabilidad del sistema nervioso y fortalecer y restaurar el organismo. Así se colocará al enfermo en las mismas condiciones que hemos expresado en la fiebre atáxica; se darán caldos de pollo y aun de gallina, se usarán las infusiones antiespasmódicas de tila y de hojas de naranjo, las misturas antiespasmódicas y una píldora, cada cuatro horas, de extracto de valeriana y alcanfor que contengan un grano del primero y una cuarta parte de grano del segundo. Tambien es útil uno ó dos granos de castóreos cada seis horas. Si las remisiones son muy manifiestas, será de mucha utilidad el valerianato de quinina. En el primer período son muy convenientes las lociones frias y las cantáridas á las extremidades inferiores cuando hay intensidad en los síntomas cerebrales. En el segundo período se usarán los caldos de gallina con una cucharada de vino y el almizcle á la dósis de un grano dos ó tres veces al dia. En el tercer período se adicionará á los caldos una corta porcion del extracto de carne de Liebig, la leche mezclada con un agua ferruginosa, y se darán los vinos generosos como el de Jerez ó Málaga. En este período se administra tambien el julepe moscado de la Farmacopea como antiespasmódico y el sulfato de quinina como tónico.

En la convalecencia se aumentará la alimentacion paulatinamente, que debe estar constituida por sustancias muy nutritivas; se usarán las infusiones tónicas de quina, genciana ó colombo, las preparaciones de hierro y los vinos generosos.

Esta fiebre puede presentarse en el curso de todas las demás, y entonces toma el nombre de fiebre *lenta nerviosa secundaria.*

FIEBRES NERVIOSO-PÚTRIDAS Ó TÍFICAS.

Son aquellas que están caracterizadas por el estupor ó embotamiento en la accion del sistema nervioso, con disminucion en la plasticidad de la sangre y putridez ó tendencia á la descomposicion pútrida en los humores excretorios.

FIEBRE TIFOIDEA.

Definicion. Es una fiebre continua caracterizada por el estupor, el pulso frecuente y dilatado, sensibilidad y ruido en la fosa iliaca derecha, delirio y una erupcion casi constante de manchas rosáceas y de petequias.

Sinonimia. Es la frenitis de los griegos y latinos, la adinámico-atáxica de Pinel, la dotinenteria de Bretonneau, la gastro-enteritis foliculosa de Broussais, la tifoidea de los autores franceses, de Varela de Montes, de Janer y otros, la pútrida de varios, la maligna de muchos y el tífus abdominal de Niemeyer y varios autores.

Etiología. Entre las causas predisponentes de esta fiebre

se halla la edad, siendo la de diez y ocho á treinta años la que más predispone á padecerla; es poco comun pasados los cuarenta años y muy rara vez son atacados de ella los niños y los ancianos. Respecto á los sexos, la estadística prueba que los hombres están más expuestos á ella que las mujeres. Relativamente á las demás condiciones individuales, la estadística ha probado tambien que ataca á todos los temperamentos, á los sugetos robustos y bien nutridos más que á los débiles y de pocas carnes, á las clases pobres más que á las acomodadas. Predisponen igualmente á contraer esta enfermedad una temperatura elevada y seca, los paises meridionales, con preferencia los del Norte, los pesares, las privaciones, una mala alimentacion, los trabajos excesivos, los excesos de todas clases, las vigilias prolongadas, el cambio de costumbres, las habitaciones mal sanas y la aclimatacion. Se ha sostenido en algun tiempo que habia antagonismo entre la fiebre tifoidea y la tuberculosis, las enfermedades del corazon, las fiebres intermitentes y otras, pero se ha comprobado que esto no es cierto.

Son causas ocasionales de esta fiebre las mismas predisponentes, los excesos, el amontonamiento de indivíduos en locales insuficientes y la infeccion y el contagio. Esta última causa se ha negado por algunos autores sin fundamento, porque la experiencia tiene suficientemente probado que es realmente contagiosa, si bien el elemento contagioso es ménos activo que el de los tífus, y se adhiere á las deposiciones de los enfermos, haciendo que las personas más expuestas á contagiarse sean las que reciben las emanaciones de las deposiciones tifoideas. Cuando la enfermedad se presenta en localidades en que no existian hace tiempo enfermos tifoideos y no se puede probar la importacion del elemento contagioso, hay que convenir en que la enfermedad se desarrolla por infeccion, ya venida de fuera, ya del interior de la economía, pues el desarrollo de los gérmenes tíficos depende de la descomposicion de las materias animales, lo cual puede verificarse ya dentro, ya fuera del organismo, haciéndose la absorcion de ella por la mucosa gastro-intestinal en el primer caso y por el pulmon en el segundo, aun cuando tambien se conocen algunos ejemplos de haberse adquirido las fiebres tifoideas por el uso de aguas ó de carnes corrompidas, en cuyo caso, aunque el gér-

men viene de fuera, se absorbe por la mucosa gástrica. La facilidad de ser impresionados por los miasmas tifoideos es muy desigual en los diversos individuos; así se nota que los que viven en localidades peligrosas de habitar bajo este punto de vista están ménos expuestos á contraer la fiebre tifoidea que los sugetos recien llegados á ellas, y á su vez igual sucede si dejan la citada localidad por algun tiempo y luego vuelven á ella, lo cual parece indicar que se libraban de la citada fiebre por una especie de hábito al miasma tifoideo. Esta fiebre se presenta además, unas veces sin causas conocidas ó de un modo esporádico, y otras de un modo epidémico. Esta enfermedad no se padece, por lo regular, más que una vez.

Sintomatología. La tifoidea presenta una marcha regular que puede dividirse en los siguientes períodos cuando no invade repentinamente, pues entonces falta el primero.

Período prodrómico. Los prodromos consisten en malestar general. cambio de carácter, quebrantamiento de fuerzas, postracion, insomnio ó sueño intranquilo con ensueños penosos, dolores de cabeza, vértigos, ruido de oidos, dolores vagos y erráticos en los miembros, dolor en la parte posterior del cuello que rara vez falta, anorexia y trastornos digestivos. Este período puede durar desde algunos dias á algunas semanas.

Primer período. En este período, llamado de excitacion por algunos, se presenta un escalofrio no tan fuerte como el de las fiebres intermitentes y la pulmonía, ó varios alternados de calor, hasta que este se hace general, contínuo y seco. Los enfermos, al propio tiempo que se quejan de una cefalalgia más ó ménos intensa, y como si les comprimieran el cerebro en todas direcciones, presentan cierto grado de estupor y un decúbito supino; postracion de fuerzas que en la mayor parte les impide levantarse de la cama, dolores vagos en las extremidades, aturdimiento de cabeza, vértigos, ruido de oidos. Generalmente hay insomnio contínuo, pero si así no sucede, el sueño es inquieto é interrumpido por ensueños penosos. La cara se presenta encendida, sin animacion y como entontecida; los enfermos están indiferentes á todo y responden con lentitud, y generalmente con monosílabos, á las preguntas que se les dirigen. La respiracion es anhelosa; se presenta tos seca, que se convierte luego en húmeda, con espec-

toracion mucosa, percibiéndose por la auscultacion un estertor mucoso. El pulso es frecuente (más de ciento) duro y dicroto, la piel está caliente y halituosa, hay pastosidad y mal gusto de boca; la lengua está poco húmeda, encendida en los bordes y punta; hay anorexia completa, pocas veces náuseas y aun vómitos biliosos ó mucosos. La sed es intensa, prefiriendo los enfermos las bebidas ácidas y frias; hay en algunos enfermos dificultad de tragar; el vientre está muy sensible desde el principio y despues se meteoriza, percibiéndose con la presion un ruido de borborigmo ó gorgoteo en la fosa iliaca derecha; en unas ocasiones hay extreñimiento y en otras diarrea; la orina es poco abundante, encendida y de un peso específico mayor; contiene más cantidad de urea y ménos de cloruros alcalinos. Del cuarto al quinto dia se presenta muchas veces una ligera epistásis, pero que en otras ocasiones es muy abundantísima, sin producir alivio en los síntomas cerebrales; por esta época aparece delirio por lo comun alto. En los últimos dias del primer setenario se presentan en el pecho, cara, vientre y á veces extremidades unas manchas rosáceas del tamaño de una lenteja, que sobresalen ligeramente del nivel de la piel y desaparecen con la presion. En este período se aprecia desde su principio, más bien por la percusion que por la palpacion, un infarto del bazo que al fin de él es muy notable. La temperatura de la piel apreciada por medio del termómetro asciende gradualmente hasta 40°5, pero de modo que la de la tarde sobrepuja un grado á la matutina, aunque esta es siempre medio grado mayor que la de la tarde anterior.

Segundo período. En este período, llamado por algunos nervioso ó atáxico, los enfermos no se quejan ya de cefalalgia ni de los dolores de los miembros; el insomnio se convierte en soñolencia; á los zumbidos de oidos se agrega cierto grado de sordera; el rostro está más entontecido y los enfermos más indiferentes á lo que les rodea; el estupor y la postracion son mayores; hay coma profundo ó un delirio ya contínuo, ya solo durante la noche, y si ya existia se hace más tranquilo; las conjuntivas están inyectadas, pero la pupila se dilata y sufre bien la impresion de la luz; se presentan saltos de tendones y temblor del lábio inferior. La respiracion está acelerada y es superficial; muchos enfermos no tosen ni espectoran, pero otros tosen mucho y espectoran mucosidades viscosas abundantes; por la auscultacion se percibe un estertor subcrepitante en la espalda, y en los demás puntos del torax estertores sibilantes. El pulso está débil, pequeño, irregular, muy frecuente y dicroto; la temperatura de la piel se eleva hasta 40 ó 41° y es seca. A pesar de estar seca la boca, el enfermo no manifiesta deseos de beber, pero si se le dá bebe con ánsia; la lengua está seca y hendida, cubierta de una capa achocolatada y aun negruzca; los lábios secos, así como las encías, están cubiertos de una capa de suciedad parduzca, fuliginosa y espesa, fenómeno que aparece del noveno dia en adelante. Los enfermos sacan con dificultad la lengua, y cuando llegan á hacerlo poco y de un modo tembloroso; se olvidan de meterla, dejándola entre los dientes; la disfagia aumenta, así como el meteorismo, la sensibilidad del vientre y el abultamiento del bazo. En ocasiones hay extreñimiento, pero lo más comun es que haya diarrea más ó ménos abundante y serosa; estas excreciones, así como la de la orina, se expelen sin conciencia del enfermo, presentándose tambien en muchos casos la retencion de orina, en la que muchas veces se encuentran señales de albúmina. Se presenta en este período una erupcion petequial y aun muchísimas veces sudamina.

Tercer período. En este período, llamado por algunos adinámico, el aplanamiento es excesivo; los enfermos se dejan escurrir hácia los piés de la cama; continúan los saltos de tendones; la cara está completamente indiferente; apenas contesta el enfermo, y su voz es ininteligible; la soñolencia y el estupor se marcan más, cesa el delirio y es reemplazado por un coma más ó ménos profundo. Se aumentan los lentores y fuliginosidades; la lengua se pone negruzca y resquebrajada; el meteorismo y diarrea aumentan, haciéndose esta involuntaria; se presentan hemorragias pasivas por las aberturas naturales; la respiracion es más difícil y anhelosa; el pulso se hace pequeño y desigual, y su frecuencia, así como la temperatura de la piel, sufren más bien aumento que disminucion. A estos síntomas se agregan las escaras gangrenosas sobre el sacro y puntos sobre que descansa el enfermo; la cara y las aberturas de la nariz se ponen pulverulentas; los párpados desigualmente abiertos; sobreviene la carfología y

algunas veces convulsiones; la respiracion se hace estertorosa, y los enfermos sucumben en una lipotimia, en una convulsion ó á consecuencia del aplanamiento. Cuando la terminacion ha de ser feliz, empieza la mejoría á mediados de la tercera semana; disminuye y se disipa el estupor, al que sustituye un sueño natural; la fisonomía se anima; el enfermo cambia de postura y empieza á quejarse de las úlceras por decúbito; orina y depone voluntariamente; empieza á humedecerse la lengua por los bordes y punta, desprendiéndose poco á poco la costra que la cubria; la voz se hace más perceptible; los movimientos más regulares; el pulso es ménos frecuente, aunque siempre débil; la piel, aunque seca, está más flexible y ménos caliente; las deposiciones se hacen más raras y trabadas; se desprenden las escaras y las úlceras toman mejor aspecto, y el apetito vuelve á veces con tal intensidad, que es indispensable resistirle con energía para evitar una indigestion. La convalecencia se marca, pero es larga y en ella suelen presentarse la alopecia, la torpeza de oido, la pérdida de la memoria, abscesos múltiples, edema de las extremidades inferiores y diviesos.

Curso. Esta fiebre tiene una marcha regular, ya sea que agravándose incesantemente termine fatalmente, ya que llegada á su período de estado decline progresivamente. La fiebre tifoidea es contínua, aunque con exacerbaciones y remisiones, principalmente durante el primer período.

Duracion. Puede prolongarse desde el noveno dia hasta el treinta y dos por término medio.

Terminacion. Puede terminar por la curacion, bien por la desaparicion gradual de los síntomas, bien por un movimiento crítico como el sudor, la diarrea, una erupcion de diviesos ó la presentacion de una parótida, ó tambien puede terminar por la muerte.

Complicaciones. Las complicaciones más frecuentes de esta fiebre son varias; así los fenómenos catarrales que se presentan desde el principio pueden adquirir intensidad, invadir el parenquima pulmonar y producir una *pulmonía*, cuyos síntomas pasan desapercibidos para el paciente, razon por la cual debemos auscultar y percutir cuidadosamente al enfermo, y examinar su espectoracion para combatir á tiempo esta complicacion. En algunos casos sobreviene una *peritonitis*

por perforacion, que se da á conocer repentinamente por un dolor intenso de un punto del vientre, que pronto se generaliza, seguido de náuseas, vómitos, contraccion y frecuencia del pulso y de todos los signos de una peritonitis sobreaguda, debida á una perforacion intestinal causada á su vez por úlceras intestinales, que ganando en profundidad rompen el intestino. Las *hemorragias intestinales* son una complicacion muy frecuente en el adulto y rara en la infancia, y resultan de la erosion de un vaso, ó de un modo pasivo y por simple exhalacion. Esta complicacion es un síntoma grave, que puede producir la muerte y siempre causa debilidad; frecuentemente es muy copiosa esta hemorragia. La *enteritis* es tambien otra complicacion muy grave, que aumenta los dolores abdominales, la diarrea y el meteorismo. La *erisipela de la cara*, aunque en general es poco intensa, produce una gran postracion. Las *parótidas*, en vez de ser fenómenos críticos, son en algunos casos una complicacion de la fiebre. Los *derrames cerebrales* son tambien otra complicacion, y pueden ser, ó sanguíneo, que se presenta al principio de la enfermedad, ó seroso, que aparece del dia once en adelante, y se distinguen por sus caractéres propios. Las *escaras* son otra complicacion que hace sucumbir muchos enfermos por la abundancia de la supuracion. Igualmente complican esta enfermedad *necroses* de los cartílagos de nariz y de la laringe.

Anatomía patológica. Las variadas lesiones de la fiebre tifoidea las reasume el Sr. Sanchez Merino del modo siguiente: «Las lesiones del tubo digestivo varían segun la época de la enfermedad en que haya sucumbido el enfermo. En el primer período hay una hiperemia notable en el estómago y en todo el intestino delgado; se encuentran unas pequeñas elevaciones sobre el nivel de la superficie de la mucosa, del diámetro de 1 á 3 líneas, que comprenden el espesor de esta membrana y la capa celular inmediata; tienen una superficie brillante; se las llama *chapas blandas* y se presentan hácia la parte del mesenterio en la última porcion del intestino delgado hasta la válvula del íleo-cecal.—A esta alteracion sigue la de los folículos y de las glándulas de Brunero, constituyendo las *placas duras*. Estas son más resistentes; de 3 á 6 líneas de diámetro, y aun más. Las acompaña el infarto de los ganglios mesentéricos, más notable hácia la válvula íleo-cecal. En el

punto donde se presentan estas placas se destruye algunas veces la membrana mucosa y forma ulceraciones más ó ménos grandes, cuyo fondo unas veces es blanquecino, otras rojo y aun achocolatado; sus bordes pueden estar festoneados, y otras veces cortados perpendicularmente. En algunos casos son tan profundas, que llegan á perforar el intestino y dan lugar á la peritonitis. Estas úlceras, á que han dado gran importancia los médicos franceses, hasta considerarlas como signo patognomónico de la fiebre tifoidea, no se presentan con mucha frecuencia en España, y lo mismo dice Twedie y otros respecto de Inglaterra, y por lo tanto no podemos considerarlas como fenómeno constante. El bazo se presenta cuatro y aun seis veces más voluminoso que en el estado natural. El hígado está algo aumentado, tiene ménos consistencia y mayor cantidad de bílis acumulada en la vejiga. En el aparato respiratorio hay inyeccion en toda la mucosa, á veces úlceras en la laringe y epiglotis, esplenizacion del pulmon, y en algunos casos los vestigios de una verdadera pulmonía.—En el cerebro se encuentra ligero reblandecimiento, inyeccion punteada en la masa encefálica, á veces aumento de serosidad en los ventrículos ó entre el cerebro y las membranas que le cubren.—El corazon está flácido y presenta acumulacion de sangre semilíquida en las cavidades izquierdas.—La sangre es más flúida y más oscura que en el estado normal; contiene ménos cantidad de glóbulos y de fibrina y mayor proporcion de las partes líquidas.»

Diagnóstico. No existiendo ningun síntoma patognomónico en esta enfermedad, es necesaria la reunion de varios síntomas para establecer el diagnóstico; así la cefalalgia compresiva, los vértigos, el delirio alternado con el estupor, el pulso frecuente y dilatado, la elevacion gradual de la temperatura, el ruido de gorgoteo en la fosa iliaca derecha, la erupcion de manchas rosáceas en el primer setenario y la petequial en el segundo, la caracterizan suficientemente. En las fiebres eruptivas, con quien pudiera confundirse en un principio, faltan la torpeza de las facultades intelectuales, el estupor, las epistásis, los síntomas abdominales, así como en la tifoidea los característicos de aquellas. Tampoco puede confundirse con la entero-colitis aguda simple, pues faltan en esta los fenómenos nerviosos; la erupcion tifoidea y la natu-

raleza de la fiebre, su curso, etc., son distintos. Igualmente la extension y agudeza de los dolores, los vómitos y el pulso concentrado, propios de la peritonitis, junto con la falta de signos tifoideos, diferenciarán una de otra ambas enfermedades. La persistencia del dolor de cabeza, la hemiplegía, la falta de caractéres tifoideos y un curso distinto, diferenciarán el reblandecimiento central del cerebro, de la fiebre tifoidea. El tinte amarillento de la piel, los frecuentes calofrios y los abscesos, distinguen suficientemente á una diatesis purulenta febril, de una fiebre tifoidea. El diagnóstico presenta con frecuencia dificultad entre la meningitis, y la fiebre tifoidea; sin embargo, como en la meningitis, la cefalalgia es fuerte y aguda, el delirio alto desde el principio, el pulso frecuente, duro y contraido, los vómitos frecuentes y abundantes desde el principio, hay desde el quinto dia convulsiones y paralísis, y faltan las epistásis, la erupcion tifoidea, el dolor y tumefaccion del vientre; se pueden distinguir una de otra estas enfermedades. Dificilísimo es tambien el diagnóstico entre el tifo y la fiebre tifoidea, pues casi son los mismos los síntomas; sin embargo, en el tifo se presentan antes las manchas rosáceas, son más frecuentes las petequias que en la fiebre tifoidea, y por el contrario, faltan la mayor parte de veces los desórdenes del tubo digestivo ó son ménos intensos que en la fiebre tifoidea.

Naturaleza. Ya en la etiología hemos expuesto que en unas ocasiones la fiebre tifoidea reconoce causas miasmáticas, procedentes de la descomposicion de sustancias animales, y en otras son completamente desconocidas sus causas productoras.

Pronóstico. Aunque el pronóstico de esta fiebre es bastante grave y siempre reservado, sin embargo, la mortandad no es tanta como parece debia ser, atendida la intensidad y naturaleza de los síntomas, pues solo fallecen del ocho al doce por ciento de los atacados. Por punto general, podemos decir que es más grave en los niños y viejos que en las demás edades; en los hombres más que en las mujeres; en las embarazadas y puérperas y las que se hallan con la menstruacion, más que en las que se hallan en otras condiciones. Tambien agrava el pronóstico la diarrea, tanto más, cuanto más abundante es. Las epistásis y hemorragias agravan el estado cuando se pre-

sentan en el segundo setenario, sucediendo lo contrario con las parótidas, que de mal agüero cuando se presentan en el primero, lo son de bueno cuando aparecen en el segundo. El delirio en la invasion, las evacuaciones involuntarias, los saltos de tendones, las convulsiones, el coma profundo, la carfología, el crocidismo, las escaras gangrenosas, la respiracion entrecortada y estertorosa, el escurrirse el enfermo hácia los piés de la cama, las complicaciones, y más especialmente la pulmonía, la erisipela y la perforacion intestinal, son síntomas de mal agüero. Por el contrario, son señales favorables cambiar de postura el enfermo, sentir la necesidad de beber, defecar y orinar, dormir algunos ratos, la desaparicion de las convulsiones, salto de tendones y estupor.

Tratamiento. Lo primero que debe practicarse en el tratamiento de esta fiebre, es colocar al enfermo en una habitacion espaciosa, ventilarla con regularidad, proporcionar una temperatura de 12 á 14° lo más, poner mediano abrigo en la cama, evitar que las sábanas estén arrugadas, y mudar estas, así como la ropa interior del enfermo, siempre que se ensucien, manteniendo al enfermo durante toda la enfermedad en la más perfecta limpieza. Además de estos medios se prescribirá el silencio, la quietud y la luz escasa. Cuando los enfermos por la extrema debilidad no puedan limpiarse la boca por sí mismos, hay que lavársela con un trapito humedecido en agua fresca ó con agua y vinagre.

Si la marcha de la enfermedad es regular, y los accidentes ó complicaciones particulares no reclaman una medicacion enérgica, bastará dar á los enfermos durante el primer setenario caldos ténues en corta cantidad, pero repetidos varias veces al dia; hacerles beber á menudo, aunque no lo pidan, bebidas frescas acídulas, como limonada vegetal, clorhídrica ó naranjada, ó agua clara edulcorada con jarabe de grosellas, y prescribir la infusion de manzanilla para alternar con las mismas. Cuando la enfermedad es sencilla, suelen bastar estos medios para llevarla á feliz término; algunos profesores, y entre ellos Trousseau y Niemeyer, recomiendan además, como muy útiles, las lociones frias generales con agua clara, repetidas varias veces al dia, y hechas con todos los miramientos posibles para no dañar al enfermo. El carácter de la enfermedad contraindica el uso de la sangría; sin embargo,

puede practicarse al principio una sola de seis ú ocho onzas, cuando el pulso es frecuente y duro, el sugeto robusto y hay síntomas muy marcados de plétora. Si la fiebre es ménos violenta y hay síntomas congestivos á la cabeza y al estómago, podemos hacer una aplicacion de una docena de sanguijuelas al ano ó las mastóides y al epigastrio. Cuando hay un estado bilioso ó saburroso muy marcado al principio de la enfermedad se administra un vomitivo, prefiriendo la ipecacuana, á la dósis de 3 gramos del polvo, divididos en cuatro papeles para administrar uno cada diez minutos, hasta lograr suficiente efecto, debiendo advertir que el momento de su uso es muy corto y no ha de haber excitacion gástrica. Cuando la diarrea es muy frecuente y abundante se da como agente sustituvo 30 gramos de sulfato de sosa, sobre todo cuando la diarrea se acompaña de meteorismo, y si este medio no da la modificacion que se desea, se administra el cocimiento blanco gomoso ó diascordiado, ó se da tres, cuatro, seis ú ocho veces en las veinticuatro horas una mezcla de 50 centígramos de subnitrato de bismuto, y de otros tantos de creta preparada. Si por el contrario hay extreñimiento, se combatirá por medio de lavativas emolientes, y si esto no bastase, se administrarán 15 gramos de aceite de ricino, que no tiene el inconveniente de dejar tras de sí el mismo accidente que se trata de combatir. Si aun así no lográsemos nuestro objeto, dariamos los calomelanos unidos á la jalapa. Deben tambien ponerse cataplasmas emolientes al vientre, y aplicarse á la cabeza compresas empapadas en agua y vinagre fria, renovadas con frecuencia. Cuando sobreviene delirio ó el estupor es muy marcado, son de gran utilidad las cantáridas en las extremidades inferiores.

—En el segundo período se darán los caldos más sustanciosos, se continuará con las bebidas acídulas frias, y se sustituirá la tisana de manzanilla con un cocimiento de quina y valeriana, del que tomará cada seis horas un cortadillo, ó con la infusion de serpentaria. Al presentarse en este período los síntomas de tendencia á la putridez, como la lengua achocolatada, se administrará cada cuatro horas un medio cortadillo del cocimiento antiséptico incompleto de la Farmacopea, se aplicarán vejigas con nieve á la cabeza, se administrarán lavativas de cocimiento de cebada con vinagre y se darán fricciones al vientre con el aceite de manzanilla alcanforado y eterizado.

En el tercer período en que se une la adinamia á los trastornos nerviosos, se harán los caldos más sustanciosos, pudiendo añadirles una corta porcion del extracto de carne de Liebig, dando tambien un poco de vino de Jerez, sobre todo si el enfermo está acostumbrado al uso de los vinos. Deberán tambien administrarse de 5 á 10 centígramos de alcanfor ó almizcle repetidos cada cuatro ó seis horas, alternando con el cocimiento antiséptico. En este período han recomendado muchos el sulfato de quinina como tónico neurosténico, y otros, como Niemeyer, para moderar la fiebre, en la cantidad de 2 gramos al dia, fraccionados en dósis de 5 á 10 centígramos cada una; nosotros acostumbramos preferir el valerianato de quinina á la dósis de 10 centígramos cada cuatro horas.

Las complicaciones exigen medios apropiados: así que el delirio, el extreñimiento, la diarrea, las hemorragias, el meteorismo, las escaras gangrenosas y la retencion de orina se combaten con los medios que hemos indicado al hablar de la fiebre nerviosa. En la complicacion neumónica se aplica un vejigatorio en la parte correspondiente del pecho y se administra el quermes mineral á dósis espectorante, absteniéndose de las evacuaciones sanguíneas. En la complicacion de una fuerte bronquitis se aplican cataplasmas, sinapismos ó vejigatorios al pecho y se hace uso de una infusion de poligala. En la peritonitis por perforacion intestinal se administrarán 5 centígramos de ópio cada hora ó cada dos horas, se aplicarán compresas de agua fria al vientre y embrocaciones laudanizadas; nos debemos abstener algunos dias de dar alimento á los enfermos, pero podremos darles terroncitos de hielo, que tendrán en la boca para que aplaquen la sed que los devora.

Durante la convalecencia se vigilará con mucho cuidado el régimen de los enfermos, recomendándoles que coman poco y á menudo y se abstengan de todo alimento indigesto, ayudando al propio tiempo la reparacion de las fuerzas con los tónicos ligeros, el abrigo y un ejercicio moderado.

El tratamiento profiláctico consiste en hacer desaparecer la humedad del suelo, que favorece la putrefaccion de las sustancias animales, separar de los enfermos las personas sanas que no sean necesarias para la asistencia de los mismos, disminuir el número de camas en las salas de los hospitales é

impedir que las deposiciones de los enfermos se viertan en los lugares excusados que sirven á otras personas. El aseo, el ejercicio y la tranquilidad de espíritu son tambien medios profilácticos.

Cuando la fiebre tifoidea se presenta en el curso de alguna otra fiebre esencial, se la da el nombre de *fiebre tifoidea secundaria.*

TIFO EUROPEO.

Definicion. Es una fiebre contínua, contagiosa, acompañada de estupor y postracion de fuerzas, tifomanía, disminucion en la plasticidad de la sangre, putridez en los humores excretorios y la presencia de varias erupciones.

Sinonimia. Es la fiebre petequial de los antiguos, el *typhus fever* de los ingleses, el tifo exantemático de los alemanes, el tabardillo pintado de los antiguos españoles, la fiebre de Hungría de otros, el tifo contagioso de Huffeland.

Etiología. Esta enfermedad acomete á todas las edades, pero ordinariamente se libran de ella la primera infancia y la vejez. Los dos sexos están igualmente predispuestos á contraerla; igualmente se encuentran predispuestas á padecerla tanto las personas sanas y robustas como las enfermizas y débiles. Entran tambien en la categoría de causas predisponentes de esta enfermedad todas las debilitantes, como la mala alimentacion, la miseria, los trabajos excesivos á los que no sigue el descanso necesario, las afecciones morales tristes como la nostalgia, los reveses en la guerra, etc. Son asimismo causas predisponentes las capaces de desarrollar focos miasmáticos, como el desaseo, el hacinamiento en lugares estrechos, y sobre todo húmedos y poco ventilados, de individuos sanos ó enfermos, como sucede en los hospitales, cárceles, cuarteles, campamentos, plazas sitiadas y buques mal acondicionados.—Las causas ocasionales son las mismas predisponentes cuando obran con gran intensidad ó por mucho tiempo, el cambio de temperatura, ciertas constituciones epidémicas, la infeccion y el contagio.

Esta última causa se ha puesto en duda por algunos, pero es una cosa completamente probada la existencia de este, y donde mejor se observa es en las localidades donde no haya

existido antes y aparezca uno ó dos casos, de los cuales se ve claramente que parte la propagacion de la enfermedad. El elemento contagioso se esparce en la atmósfera que rodea á los enfermos y se adhiere á sus vestidos, camas y ropas, pudiendo trasmitirse á las personas sanas ya de un modo directo, ya indirecto, y por el intermedio de una persona que se haya librado de él, pero que haya estado en contacto con los enfermos. Además de este medio de propagacion del tifo hay otra miasmática ó por infeccion, como lo comprueba el desarrollo del mismo en los buques que se hallan en alta mar, y por consiguiente aislados; en los hospitales en las cárceles, etcétera, donde por circunstancias especiales hay una atmósfera cargada de emanaciones animales más ó ménos putrefactas ó que puedan dar orígen á gérmenes morbosos. El hábito hace más difícil el contagio, y en esta como en otras enfermedades no todos los individuos tienen la misma aptitud para recibir el contagio. Un primer ataque de tifo parece libra de otros sucesivos. En ocasiones se presenta esta enfermedad bajo la forma epidémica, como ha sucedido en España, principalmente en tiempo de las guerras de la independencia y civil, en el hospital de Madrid en 1869 y en las clínicas de la Facultad de Medicina el año 1847.

Sintomatología. La invasion del tifo es brusca en ocasiones, pero en otras va precedida de los siguientes prodromos: escalofrios cortos, insomnio, anorexia, abatimiento, malestar, dolores reumatóideos en la nuca y region lumbar, observándose al mismo tiempo tos, coriza y ojos brillantes. Despues de tres á seis dias de duracion de estos prodromos se presenta la invasion de la enfermedad por un escalofrio fuerte y prolongado ó por escalofrios repetidos y seguidos de un calor grande, seco y urente. Se presenta desde el principio debilidad y abatimiento extremado, peso y atolondramiento de cabeza, cefalalgia general intensa, que produce la sensacion de una compresion circular del cerebro. A estos fenómenos se agregan vértigos, desvanecimientos, zumbido de oidos, sordera, dolores musculares y temblor de las extremidades, y síntomas catarrales como fotofobia, lagrimeo, coriza, tos húmeda, cansada y acompañada de espectoracion mucosa, viscosa y aun á veces con sangre, y respiracion frecuente y anhelosa. —Hay anorexia, náuseas y vómitos, pastosidad en la boca,

sed muy intensa, deseando bebidas frias; la lengua está seca, cubierta de un limo parduzco ó blanquecino; se presenta tension é incomodidad en la region epigástrica; por lo comun hay éxtreñimiento y alguna vez diarrea. La orina es escasa, encendida y se expulsa con ardor.—Desde los primeros dias se eleva el calor de la piel á 40 ó 41°, y el pulso es frecuente (100 pulsaciones) por lo comun, ancho, lleno, blando, rara vez dicroto. Aparece delirio bajo, que versa constantemente sobre una idea fija (*tifomanía*) y alterna con el estupor. Sobre el quinto dia se aumenta la postracion y aparecen en el pecho, vientre y parte posterior del tronco manchas de un color rojo, pálido ó brillante, ó lívidas, que no sobresalen del nivel de la piel, ni desaparecen sino de un modo incompleto bajo la presion del dedo, las cuales duran tres ó cuatro dias, y segun Niemeyer, hasta fin del segundo setenario. Esta erupcion hizo que los médicos españoles del siglo xvi denominaran la enfermedad *tabardillo pintado*. La aparicion de esta erupcion no alivia los síntomas generales. En este período, llamado por algunos exantemático, suele tambien aparecer una erupcion de sudamina.

En el segundo setenario el exantema toma un color más amoratado y desaparece; se desarrolla una erupcion de petequias del tamaño de una lenteja, parecidas á las picaduras de pulga, y se exacerban todos los síntomas; así que los enfermos guardan siempre un decúbito dorsal con las rodillas separadas, teniendo las manos entre los muslos; están sumidos en un estupor profundo, murmuran palabras ininteligibles, tienen delirio, no aquejan sed, aunque la lengua está seca, resquebrajada y cubierta en su centro de una capa oscura, pero si se les da de beber lo hacen con ánsia, aunque con dificultad; se manifiestan lentores en los dientes y fuliginosidades en los lábios, encías y aberturas de la náriz; hipo, ligero meteorismo, diarrea no muy abundante, líquida y fétida, y en ocasiones involuntaria. La orina es clara y abundante, y más avanzada la enfermedad se retiene en su reservorio. La temperatura de la piel aumenta hasta los 42° y aun más en los casos graves, y en ocasiones, á causa de la debilidad de la circulacion, se enfrian las extremidades, mientras el tronco se arde. El pulso generalmente está blando y depresible, sobrevienen saltos de tendones, temblores y convulsiones. Apa-

recen tambien hemorragias por las aberturas naturales y debajo de la piel, constituyendo equimosis. En este mismo período aparecen las parótidas en ocasiones, aunque á veces se presentan en el primero.

El tercer período del tifo, llamado por los autores *período crítico*, empieza en los casos leves desde los primeros dias del segundo setenario, y en los graves en los primeros del tercero. Los síntomas de este período varían segun ha de ser la terminacion, pues cuando ha de ser favorable, ó sobreviene una crísis por sudor copioso, ó diarrea biliosa, ú orinas abundantes, ó de la noche á la mañana ocurre una mejoría notable, duermen los enfermos profundamente, y durante este sueño, del que despierta muy despejado, baja dos grados la temperatura y da el pulso 20 ó 30 pulsaciones ménos; otras veces el alivio de los síntomas es más paulatino, recobran los sentidos, cesan las convulsiones y saltos de tendones, desaparecen las fuliginosidades de las encías, se humedece y limpia la lengua, vuelve el apetito, el pulso se hace ménos frecuente, la diarrea disminuye y entra en convalecencia á los seis ó siete dias. Cuando ha de terminar por la muerte se agravan los síntomas, se presentan úlceras por decúbito, se gangrenan los codos, puntas de los dedos y de la nariz; hay dificultad y aun imposibilidad de sacar la lengua; la respiracion es desigual, lenta y entrecortada; el pulso se pone intermitente y filiforme, se presentan sudores frios y viscosos, y por fin sucumbe el enfermo.

Hay otra forma del mal, á la cual se ha llamado *abortiva*, en que los enfermos se quejan de pequeños escalofrios, pesadez y dolor de cabeza, flojedad en los miembros, falta de apetito y otros fenómenos. Al cabo de algun tiempo los escalofrios son más fuertes, seguidos de un calor fuerte, con frecuencia de pulso, estupor, sueño intranquilo y algunas veces delirio tranquilo, agregándose á estos síntomas otros catarrales, faltando, sin embargo, el exantema. Los enfermos entran en convalecencia á fines del primer setenario por la desaparicion de los citados síntomas.

Curso y duracion. El curso es contínuo, y su duracion varía, siendo lo más comun que termine del dia 11 al 21, aunque á veces se prolonga más.

Terminacion. Puede ser, segun dejamos dicho, por la curacion ó la muerte. La convalecencia es larga, y se acompaña de debilidad, entorpecimiento de las facultades intelectuales y aun pérdida de la memoria y sordera.

Complicaciones. Puede complicarse con algnnas inflamaciones, como la encefalitis, el catarro pulmonar, los aftas, la pulmonía, la disentería y gangrenas parciales, y dejar en pos de sí alguna afeccion cerebral ó alguna perturbacion del sistema nervioso.

Anatomía patológica. Inspeccionados los cadáveres, se halla apenas perceptible el exantema característico. Cuando la muerte ha sobrevenido pronto, hay poco enflaquecimiento, pero sí mucha rigidez y lividéces en los sitios declives; los músculos están de un color oscuro; el corazon flácido y con sangre de color rojo cereza; la mucosa bronquial inyectada, y con mucosidad viscosa; el pulmon con hepatizaciones blandas y congestion cadavérica; el conducto intestinal y ganglios mesentéricos sin modificacion alguna constante; el hígado y bazo aumentados de volúmen y reblandecidos; las meninges inyectadas; congestionados los vasos cerebrales, y su parenquima endurecido. Cuando la muerte sobreviene más tarde, es más débil la rigidez, y se disipa pronto; el corazon contiene sangre pegajosa, y las grandes arterias coágulos fibrinosos. En el pulmon hay extensas congestiones, y el bazo presenta á veces infartos hemorrágicos ó abscesos. En el tubo digestivo no son constantes las lesiones, y solo se halla á veces un ligero abultamiento de los folículos y chapas de Peyero; el cerebro está algo reblandecido, y suele haber más serosidad que la normal en los ventrículos.

Diagnóstico. La gran semejanza que existe entre los síntomas de la fiebre tifoidea y del tifo, sobre todo al principio de ambas enfermedades, ha hecho que varios autores las consideren idénticas y como distintos grados de una misma enfermedad; pero el ser el tifo esencialmente epidémico y contagioso, ser las epistasis más raras que en la fiebre tifoidea, el faltar los trastornos digestivos ó abdominales ó por lo ménos ser muy leves, la presencia de la erupcion característica, la mayor intensidad y rapidez de los síntomas, el estupor más profundo, la tifomanía, la presencia de equimosis, el pulso ménos frecuente, unas veces duro y otras blando, y la falta de lesiones intestinales ó su inconstancia, distinguen perfec-

tamente al tifo de la fiebre tifoidea. Tampoco puede confundirse el tífus con las fiebres eruptivas en su primer período, porque en estas no se presenta el estupor, la cefalalgia general como si se comprimiese el cerebro con una cinta, ni la tifomanía.

Pronóstico. Es siempre grave y mueren de él próximamente la mitad de los invadidos; pero aumenta su gravedad segun la intensidad de la causa productora; cuando es grande el aplanamiento, el enfermo se escurre á los piés de la cama, la respiracion es lenta y entrecortada, el pulso lento, desigual y filiforme; cuando hay crocidismo, gran diarrea ó hemorragias y sudores viscosos; cuando las parótidas aparecen desde el principio y cuando la piel toma un color jaspeado violáceo.

Tratamiento. Debe colocarse á los enfermos en una habitacion ancha, que tenga una temperatura de 12 ó 14°; renovar con frecuencia el aire de la misma; las ropas de la cama y vestidos del enfermo deben mudarse á medida que se ensucien, y tener, en suma, una exquisita limpieza. Una semi-oscuridad y el silencio son otras dos condiciones higiénicas que es preciso recomendar. El enfermo tomará en un principio como alimento la sustancia de arroz, en el segundo setenario caldos de pollo y pichon, de gallina desde el dia décimo, y en el tercer período los mismos caldos adicionados de una corta cantidad de extracto de carne de Liebig. Para bebida usual tomará la limonada vegetal fria, ó la mineral clorhídrica á la misma temperatura. Al principio de la enfermedad se dará un vomitivo, prefiriendo la ipecacuana; se aplicarán compresas empapadas en agua y vinagre frias á la cabeza ó vejigas con hielo; se usarán los revulsivos á las extremidades inferiores, como los sinapismos, y aun las cantáridas al final del primer setenario. La sangría está contraindicada, y solo pueden usarse con parsimonia las sanguijuelas cuando hay signos bien marcados de congestion cerebral. Por lo demás se seguirá, tanto contra la enfermedad como contra sus complicaciones, el mismo tratamiento que hemos recomendado en la fiebre tifoidea. El tratamiento profiláctico de la fiebre tifoidea es tambien aplicable al tifo europeo.

TIFO AMERICANO Ó FIEBRE AMARILLA.

Definicion. Es una enfermedad aguda y febril, endémica y epidémica, que se observa principalmente en las islas y continente de ambas Américas, y se halla principalmente caracterizada por un color amarillo de la piel, dolor epigástrico y vómitos oscuros ó negros.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de mal de Siam, tifo amarillo, tífus ictérodes, vómito negro, vómito prieto y otros varios.

Historia. Esta enfermedad, desconocida por los antiguos, fué indicada su existencia en 1493 cuando Cristóbal Colon hizo su segundo viaje á América; pero se la confundió con otras enfermedades pestilenciales, no habiéndose descrito con exactitud hasta mediados del siglo XVII. Desde entonces acá se han hecho varios estudios de esta fiebre por infinitos médicos extranjeros y españoles. Se ha calculado que en cuatro siglos escasos ha habido más de 270 grandes epidemias de fiebre amarilla, entre ellas las que han afligido á España en el presente siglo.

Etiología. Los médicos americanos opinan que es indispensable para la produccion de la fiebre amarilla el concurso de una temperatura muy elevada y un foco de infeccion producido por la descomposicion de sustancias vegetales y animales, para lo cual se necesita tambien cierto grado de humedad; así se la ve manifestarse en las localidades donde concurren estas circunstancias. Esta enfermedad, sin embargo, tiene ciertos límites geográficos, pues jamás se la ha observado más allá de los 48° de latitud boreal y el 27° de latitud austral, ni en los paises situados á más de 224 metros sobre el nivel del mar. Causa sus estragos, principalmente en las Antillas, en los Estados Unidos y los dos continentes americanos, pero tambien se la ha observado en la parte occidental de Africa, y en Europa en el litoral de España y de Portugal; en Liorna en Italia; en Dublin en Irlanda; en Burdeos, la Rochela, Rochefort, Brest y Saint-Nazaire en Francia. En los puntos donde es endémica, reina varias veces al año y están más predispuestos á contraerla los extranjeros que los nacionales, siendo tanto mayor la predisposicion de aquellos, cuan-

to es más frio el país de donde proceden y ménos tiempo hace que han desembarcado. En las zonas templadas se desarrolla la fiebre en la primavera y otoño, ataca más á los blancos que á los negros, á los hombres que á las mujeres, á los adultos que á los niños y á los robustos que á los débiles. Tambien parece que los vientos del S. O. facilitan su desarrollo en los puntos en donde es endémica, y se cree que la existencia de gran cantidad de electricidad en la atmósfera favorece mucho su desarrollo. Predisponen tambien á padecer esta enfermedad un régimen muy animalizado, el uso de los espirituosos, las emociones morales, las privaciones y los excesos.—Se ha debatido mucho si la fiebre amarilla se propaga ó no por contagio, pero las observaciones recogidas sobre su desarrollo en Europa prueban de un modo incontestable que es contagiosa, y así siempre ha sido importada por la llegada á los puertos de buques procedentes de puntos infestados.

Sintomatología. Esta fiebre puede presentar ó no prodromos; cuando los hay consisten en malestar general, inapetencia, cansancio, calor aumentado y sequedad de la piel, dolores contusivos de los miembros y de los lomos, cefalalgia de la parte posterior de la cabeza. Despues de algunas horas ó dos dias, se presenta la enfermedad con un frio fuerte acompañado de temblor y seguido de calor fuerte ó suave, aunque comunmente poco aumentado; dolor de cabeza, con dificultad en algunos para levantarla de la almohada; fisonomía abatida, indiferente, indicando ansiedad; la cara está encendida y bultuosa; inyeccion de la conjuntiva, ojos lagrimosos y doloridos; la lengua en unos casos está limpia, en otros blanca, mucosa ó con listas, ó casi siempre seca y encendida en su punta y bordes; hay mal gusto de boca, sed intensa, que disminuye más adelante; anorexia, náuseas y rara vez vómitos mucosos, gran dolor en el epigastrio, astriccion de vientre, orina escasa y encendida; la respiracion es variable; el pulso es algo duro y lleno, acelerado y alguna vez tardo. Es raro que en este primer período, que dura de uno á dos dias, se presenten fenómenos nerviosos.

En el segundo período, que empieza sobre el cuarto dia, se presentan síntomas más graves; la piel, que se presentaba simplemente inyectada en el período anterior, toma un tinte amarillento, la lengua un color oscuro, aumenta el malestar

epigástrico, la sed es casi nula, los vómitos se presentan ó se hacen más frecuentes si existian, y de biliosos pasan á negruzcos, parecidos á los posos de café, y producen acritud en la garganta; se presenta diarrea, que, siendo al principio líquida y mucosa, toma igualmente un color negruzco; sobreviene hipo, sordera, hemorragias por las aberturas naturales, ó entre la piel produciendo equimosis; aparecen lentores negros en los dientes, dificultad de tragar, el pulso se pone lento, débil y aun filiforme; las fuerzas se postran, disminuye el calor, algunas veces se retiene la orina, se presenta delirio, salto de tendones, convulsiones y otros síntomas nerviosos, y por fin sobreviene la muerte; en otros casos se mejoran los síntomas y se alivia el enfermo, como diremos al hablar de las terminaciones.

Curso. La marcha de la calentura amarilla es contínua y regular, aunque algunas veces presenta remitencia y más raras veces intermitencia.

Duracion. Esta enfermedad puede durar desde cuatro á veinte dias, aunque su duracion media es de siete á nueve dias. Se presentan á veces casos fulminantes en que el enfermo muere al poco tiempo de declarada la afeccion, y otros leves en que el movimiento febril solo dura veinticuatro á treinta y seis horas.

Terminacion. Cuando ha de ser funesta todos los síntomas se aumentan y agravan, habiéndose observado casos en que viene la muerte despues de una mejoría aparente. Cuando termina favorablemente, desde el quinto dia por término medio se mejoran los síntomas, desaparecen los vómitos y la diarrea, se limpia y humedece la lengua, disminuye el dolor epigástrico, el pulso adquiere su frecuencia y renace el apetito, entrando el enfermo en convalecencia, la cual es larga y penosa, pudiéndose presentar en ella recaidas, aunque esto es poco frecuente.

Complicaciones. Son muy raras. Como accidentes que sobrevienen en la convalecencia se han visto parótidas y abscesos múltiples de los miembros.

Anatomía patológica. El cadáver presenta siempre un color amarillo, aunque no lo tuviese durante la vida. En las meninges, así como en el pericardio y pleuras, hay derrames sanguinolentos; los pulmones están congestionados y el cora-

zon más frágil. El estómago é intestinos presentan inyeccion, reblandecimiento y equimosis de su membrana mucosa, y se encuentran llenos de cierta cantidad de sangre ó de un líquido negruzco; el hígado está de un color amarillo, que se ha atribuido á una degeneracion grasosa ó atrofia amarilla aguda, y reblandecido. Los conductos biliares están inflamados á veces, y contienen una bílis espesa, oscura y aun mezclada con sangre. Los riñones se congestionan y aun se inflaman. La sangre contenida en los vasos está líquida y parecida á la pulpa de la grosella.

Naturaleza. Aunque algunos la han considerado de igual naturaleza que las fiebres intermitentes, esta opinion no tiene fundamento, y solo es producida por un envenenamiento miasmático, por una infeccion de la sangre.

Diagnóstico. Podria confundirse con la hepatitis, que es bastante frecuente en los paises donde se observa la fiebre amarilla; pero la inflamacion del hígado se acompaña de dolor en el hipocondrio derecho, aumento de volúmen del hígado, y tiene una marcha ménos rápida que la fiebre amarilla. Tampoco debe confundirse con la fiebre tifoidea, porque en esta hay diarrea y por excepcion vómitos, el vientre se meteoriza y su marcha es más lenta. La gastritis tampoco puede confundirse con ella, porque el dolor es muy intenso, hay astriccion, y tanto la diarrea como los vómitos no tienen los caractéres de los de la fiebre amarilla.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad es grave y no debe hacerse sino con reserva, porque la gravedad no es proporcionada á veces á la intensidad de los síntomas. Los signos desfavorables son la grande agitacion ó postracion, los vómitos y las deyecciones negras, las hemorragias, la ictericia más ó ménos generalizada y la supresion de las orinas. La mortandad suele ser de un quinto de los atacados, aunque en algunas epidemias ha fallecido hasta una tercera parte de ellos.

Tratamiento. Lo primero que tenemos que atender es el régimen del enfermo, dándole los tres ó cuatro primeros dias sustancia de pan y caldos de pollo y pichon en cortas cantidades, y despues de esos dias, cuando el pulso empieza á decaer y la postracion de fuerzas se gradúa, se hará el caldo más sustancioso y se darán algunas cucharadas de vino de

Jerez. Para bebida usual se usarán las bebidas diluentes, las limonadas ó naranjadas ó un agua carbónica, ó bien agua cremorizada adicionada de espíritu de nitro dulce. Para combatir la enfermedad se han preconizado distintos medios; así que en la invasion han aconsejado algunos la sangría, pero realmente se halla contraindicada por lo mucho que debilita, y solo en ciertos casos de flogosis ó congestion manifiesta podrán hacerse una sangría ó aplicarse unas sanguijuelas al ano ó al epigastrio, aunque muchos creen que estas últimas deben desecharse porque ocasionan gangrenas ó hemorragias difíciles de contener. Algunos han aconsejado para combatir los síntomas gástricos el uso de los vomitivos, mas deben usarse con reserva y cuando no exista irritacion gástrica para expeler las saburras. Los purgantes son más útiles, sobre todo la pulpa de tamarindos, maná, jalapa, calomelanos, crémor y aceite de ricino. En el primer período se han recomendado los baños tibios, que aseguran son de gran utilidad, así como otros alaban las afusiones frias á la cabeza y tronco, que pueden ser útiles al fin del citado período, pero no más adelante.—Cuando en el segundo período sobrevienen la ictericia, los vómitos negros y la postracion, la principal indicacion es la de sostener las fuerzas por los tónicos y los antisépticos, y si se declaran accidentes nerviosos se combaten con los antiespasmódicos, como el alcanfor, el almizcle y el castóreo. El sulfato y valerianato de quinina se han recomendado tambien en el tratamiento de esta enfermedad con buen resultado, especialmente cuando hay postracion de fuerzas ó remitencia ó intermitencia. Se han aconsejado tambien los sinapismos y vejigatorios ambulantes, pero hay que abstenerse de su uso, porque pueden determinar la gangrena ó hemorragias abundantes. Entre los síntomas, el más molesto son los vómitos, que se contendrán con el ópio, el acónito, el éter, la pocion de Riverio, y si así no bastase, se podria aplicar una ventosa ó una cantárida al epigastrio. La sed, que es otro síntoma molesto, se combatirá con bebidas acídulas heladas tomadas en cortas cantidades, con cucharadas de sorbete ó terroncitos de nieve. Además de estos medios farmacéuticos, haremos uso de los higiénicos que hemos expresado en el tifo.—El tratamiento profiláctico de esta fiebre consiste en huir de los focos de infeccion, y los que no pue-

dan hacerlo, observar estrictamente las reglas higiénicas, evitando los excesos de cualquier género, guardarse de los ardores del sol y de la humedad y frialdad de las tardes y noches, esparcir y aislar los enfermos, y para preservar á las naciones hacer observar cuarentena á los buques.

TIFO AFRICANO Ó PESTE.

Definicion. Es una enfermedad aguda, febril y contagiosa, caracterizada por trastornos de la inervacion, putridez de los humores, bubones, carbuncos y petequias gangrenosas.

Sinonimia. Se la han dado tambien los nombres de pestilencia, fiebre de Levante, bubon, etc.

Historia. Esta enfermedad, conocida desde muy antiguo, pero confundida con otras varias enfermedades, no ha sido bien descrita hasta mediados del siglo VI, pero sobre todo en los tiempos modernos se han hecho estudios detenidos sobre ella por profesores eminentes.

Etiología. La peste se presenta esporádica y endémica en Egipto, Siria, Asia menor y Turquía, y parece se desarrolla por focos de infeccion producidos por la descomposicion de sustancias vegetales y minerales. Las epidemias de peste parece que se desarrollan bajo la influencia de los vientos del Sur, del calor húmedo y de las nieblas, haciéndolas cesar los vientos del Norte y las temperaturas extremas. En los puntos en donde no reside endémicamente, solo se propaga por el contagio. Se considera que favorecen la propagacion de la enfermedad una alta temperatura junto con la humedad, la edad adulta, la constitucion débil, el sexo femenino, las fatigas, el terror, la miseria y las grandes reuniones.

Sintomatología. La enfermedad empieza por lo general sin que procedan prodromos, presentándose unas veces primero los síntomas generales y otras los locales. Cuando preceden los fenómenos generales, los enfermos sienten gran laxitud, escalofrios irregulares, seguidos de calor seco y pulso frecuente y pequeño; estupor, ansiedad, tristeza, inyeccion de los ojos, cefalalgia, vahidos, vértigos, postracion muy notable, insomnio tenaz, ensueños espantosos, ó bien coma; con frecuencia existe delirio tranquilo ó furioso, la respiracion es anhelosa y acelarada, la lengua está blanca y húmeda, hay

anorexia completa, falta de sed, ó al contrario, inextinguible; en algunos enfermos existen dolores epigástricos más ó ménos agudos, con frecuencia vómitos ó regurgitaciones de materiales mucosos ó biliosos, que muchas veces contienen sangre; hay extreñimiento ó deposiciones líquidas, fétidas, amarillas ó negras; la orina es varible en su cantidad y color. —Además de estos fenómenos se presentan otros locales, que pueden abrir la escena ó coincidir con los síntomas generales. Estos fenómenos locales son: 1.°, los bubones pestilenciales, que aparecen principalmente en la ingle y axila y más raras veces en la corva y cuello, están formados por los ganglios linfáticos y por lo comun son muy dolorosos y supuran pronto; 2.°, los antrax, que tienen la forma de unas manchas grandes, rojas, muy dolorosas y que ocupan comunmente el dorso, el hombro ó las ingles; 3.°, el carbunco pestilencial, que, empezando por pintas encarnadas semejantes á picaduras de pulga, se agrandan y dan lugar á vexículas, flictenas, induracion y gangrena; y 4.°, en fin, chapas erisipelatosas, y sobre todo petequias de 1 á 5 milímetros de diámetro, discretas ó confluentes, que tienen un color rojo, morado ó negro y no desaparecen con la presion del dedo. Estos síntomas locales no tienen una época fija de presentacion; pero cuando lo hacen adquieren toda su intensidad los fenómenos generales.

Curso y duracion. El curso de la peste es regular y contínuo. Su duracion media es de cinco á ocho dias, habiéndose observado casos de haber sucumbido los enfermos en las primeras veinticuatro horas; otras veces se ha prolongado la vida hasta el fin del segundo setenario.

Terminacion. La terminacion es ó por la muerte, en cuyo caso las facciones se descomponen, se presenta el delirio, hay saltos de tendones, carfología, convulsiones; la voz se altera ó extingue, hay hipo, la lengua se cubre de fuliginosidades; el pulso se hace desigual é imperceptible, ó por la curacion, en cuyo caso ó no aparecen todos los síntomas, en especial las manchas y los bubones, ó disminuyen poco á poco todos los fenómenos graves. La terminacion más frecuente es, sin embargo, la muerte, pues se ha calculado en un 70 por 100 de los atacados.

Formas. Se han descrito varias formas de peste, segun el predominio de tal ó cual órden de síntomas; así se han consi-

derado las formas: inflamatoria, gástrica, nerviosa, pútrida, adinámica, atáxica, distinciones que no tienen ninguna utilidad.

Complicaciones. No se ha observado complicacion particular en la peste, pero sí se han comprobado accidentes consecutivos, como debilidad de las facultades intelectuales, paralísis de un sentido, ó la de uno ó muchos miembros.

Anatomía patológica. Las principales lesiones son, además de las exteriores que quedan expuestas, como los bubones, etc., una ingurgitacion, endurecimiento ó restablecimiento y supuracion de los ganglios linfáticos profundos; manchas petequiales en las mucosas y superficie de las vísceras, carbuncos en los pulmones y riñones; cerebro, corazon y bazo reblandecido; el hígado casi normal. La sangre está negra y flúida.

Diagnóstico. No ofrece dificultad por los caractéres especiales que presenta esta enfermedad.

Pronóstico. El pronóstico de la peste es grave siempre, aunque la mortandad varía segun las epidemias; á igualdad de circunstancias es más grave cuando reina en poblaciones pobres y numerosas, la temperatura es húmeda y cálida, y cuando acomete á los abatidos física y moralmente, ó á las mujeres en estado puerperal. Los síntomas que agravan el pronóstico son el sopor, temblor, salto de tendones, atonía lengua negra, aliento fétido, hipo, vómito, diarrea, enfriamiento del cuerpo, orinas sanguinolentas, los muchos bubones y carbuncos.

Tratamiento. Se han empleado distintos tratamientos, aunque sin resultado; así que en el principio de la enfermedad podrá practicarse la sangría cuando hay síntomas de una reaccion violenta, pero siempre con gran prudencia, porque tarde ó temprano viene la postracion. Contra los síntomas gástricos se han recomendado sin resultado los vomitivos y purgantes en el principio de la enfermedad, así que lo mejor en estos casos es emplear las bebidas acídulas y gaseosas frias y en cortas dósis. Cuando hay postracion se usan los tónicos y antisépticos, como el antiséptico simple de la Farmacopea. Contra los síntomas nerviosos se hace uso del almizcle, el alcanfor y las afusiones frias, y segun algunos modifican favorablemente el sistema nervioso el fósforo y

el haschisch usados allinterior. A los bubones se los cubre con tópicos emolientes para favorecer la supuracion, y cuando esta se presenta manifiesta se da salida al pus. Los carbuncos se cubren con polvos de quina, carbon, rosas ó con compresas empapadas en vino aromático, medios que se emplean tambien contra la gangrena y las úlceras con pérdida de sustancia.—En cuanto al tratamiento profiláctico es el que dejamos dicho al hablar de la fiebre amarilla.

Naturaleza. Esta enfermedad está producida por un envenenamiento miasmático.

TIFO ASIÁTICO Ó CÓLERA-MORBO.

Aun cuando esta enfermedad no va acompañada de calentura sino en el período de reaccion, se la coloca entre las enfermedades que estamos estudiando por ser primitiva y general, por tener caractéres parecidos á los de los tifos y ser su causa idéntica á la que produce á estos. El cólera se presenta de un modo epidémico ó de un modo esporádico, por lo cual vamos á estudiarlos separadamente, empezando por el cólera epidémico, que es el más grave.

CÓLERA-MORBO EPIDÉMICO.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por vómitos y deposiciones blanquecinas, color azulado de la piel, enfriamiento de la misma, pequeñez del pulso, calambres y supresion de orina ó su disminucion notable.

Historia. No está bien averiguado si esta enfermedad ha sido conocida ó existia desde tiempos remotos, pues solo desde 1813 es cuando se tiene un conocimiento exacto de ella. En este año, empezando en Jessora, invadió sucesivamente el Asia, el Africa, la Europa y América, presentándose en España la primera vez el año de 1834, que nos la importó del Portugal el ejército expedicionario del general Rodil. Despues ha habido en nuestra patria otras epidemias en 1854 y 1855, y finalmente, en 1865. Cada epidemia ha tenido sus caractéres distintos, aunque conservando siempre los que son propios y especiales de esta enfermedad.

Etiología. Esta enfermedad endémica, por causas locales

miasmáticas, en la India y principalmente á orillas del Ganges, rio caudaloso de Asia, se ha extendido en varias ocasiones de un modo epidémico por las diversas partes del globo. Para explicar esta trasmision se ha admitido por unos y negado por otros el contagio, el cual parece probado despues de las investigaciones hechas por las Conferencias sanitarias de Constantinopla en 1866; sin embargo, parece que se adquiere más bien respirando la atmósfera de los focos de infeccion que por un contacto directo, y la observacion ha manifestado que las deposiciones alvinas son el medio más seguro de trasmision. En cuanto á las causas predisponentes á adquirir la enfermedad parece que todas las edades están igualmente predispuestas, aunque esta predisposicion es mayor conforme se avanza en edad; las mujeres lo están más que los hombres, y principalmente las embarazadas, las que lactan y las que se hallan con la menstruacion; todos los temperamentos están expuestos á padecerla, aunque es más frecuente en los linfáticos y nerviosos; las profesiones que llevan consigo cambios de temperatura aumentan la predisposicion, aunque ataque á todas; las pasiones deprimentes, y entre ellas el miedo á la epidemia, constituyen una causa predisponente. Las habitaciones bajas y húmedas y de poca capacidad con relacion al número de individuos que las habitan son tambien una causa predisponente. Aunque en todos los climas puede desarrollarse, parece que es mayor la predisposicion en los calientes. La mala alimentacion constituida con sustancias de difícil digestion es tambien una de las causas que facilitan su desarrollo. Entre las causas ocasionales, las que más favorecen su desarrollo son el enfriamiento y la indigestion, aunque tambien lo determinan los excesos de todas clases, las variaciones de temperatura y el uso de bebidas heladas tomadas cuando el cuerpo está caliente.

Sintomatología. En esta enfermedad se reconocen varios períodos, habiéndose observado que el de incubacion es de pocos dias.—El período prodrómico, que en su mayor intensidad recibe el nombre de *colerina*, falta algunas veces en que las personas son acometidas de repente como heridas por un rayo, pero cuando existe se caracteriza por malestar general, pesadez de cabeza, dificultad en las digestiones, ansiedad epigástrica, borborigmos, falta de apetito, diarrea abundante de materiales ténues, biliosos ó blanquecinos; la lengua está seca ó ligeramente encendida, hay sed, algun enfriamiento, secrecion de orina disminuida y pulso pequeño y contraido. Este período dura dos ó tres dias, y en su mayor intensidad recibe el nombre de *colerina*.—Cuando en este primer período no viene la reaccion, se presenta gran inquietud, se descompone la fisonomía, los ojos se hunden en las órbitas, la conjuntiva está inyectada, la piel se enfria de un modo rápido y progresivo simulando la frialdad del mármol, y se pone rugosa, conservando el pliegue que en ella se forma al pellizcarla; la lengua está húmeda y fria; hay gran ardor con ansiedad y dolor en el epigastrio; sed intensa, vómitos de las sustancias ingeridas ó de materiales copiosos blanquecinos y grumosos, que se han comparado á un cocimiento de arroz; deposiciones frecuentes de materiales excrementicios primero, y despues blanquecinos como los vómitos; la voz se extingue, el aliento es frio, la respiracion difícil y hay sensacion de opresion en el corazon; el pulso está concentrado y aun desaparece: se suprime la secrecion de orina y existen calambres muy dolorosos en las extremidades, abdómen y pecho. En este período, que se ha denominado *álgido*, aun puede esperarse la reaccion. Cuando así no sucede, los síntomas adquieren más intensidad, las fuerzas se aniquilan, la algidez es cadavérica, la respiracion lenta y pequeña, los miembros, la cara y aun todo el cuerpo se hallan completamente azulados, los vómitos son más raros que en el período anterior y aun llegan á faltar; las deyecciones son profusas é involuntarias, las pulsaciones arteriales desaparecen, el cuerpo disminuye considerablemente de volúmen, los ojos están secos y empañados, el enfermo se soporiza y muere. Este período, en que predominan los fenómenos de asfixia, se ha denominado *cianico* ó *asfítico*; algunos le describen juntamente con el álgido.—Cuando el enfermo no sucumbe en este período, sobreviene el de reaccion, que se caracteriza por la disminucion de las evacuaciones alvinas, que se cambian en biliosas, por la de los vómitos y la ansiedad epigástricas: además desaparece el frio poco á poco y vuelve el calor; el pulso aparece, pero con frecuencia: la voz se reanima, la respiracion se hace más ámplia, disminuye poco á poco la cia-

nosis y se restablece la secrecion urinaria. Esta reaccion no siempre es tan franca, pues unas veces es incompleta y vuelven otra vez los síntomas álgidos, y otras sobrevienen sintomas tifoideos; tomando este carácter la fiebre de reaccion, aumenta la gravedad del pronóstico ó trae en pos de sí una convalecencia larga y penosa.

Curso. El curso del cólera es contínuo y más ó ménos rápido. La convalecencia es por lo general lenta y exige muchas precauciones porque frecuentemente se ven recaidas.

Duracion. El cólera puede producir la muerte en algunas horas, mas su duracion por término medio es de unas sesenta, pudiendo extenderse hasta catorce dias ó más comprendiendo la reaccion.

Terminacion. Es por la muerte ó por la curacion, conservando algunos enfermos por algun tiempo dispepsia y diversas alteraciones de los órganos digestivos.

Complicaciones. Se presentan en el período de reaccion, consistiendo en congestiones cerebral, pulmonar é intestinal, en inflamaciones de las meninges, pulmones y tubo digestivo, en albuminuria aguda con coma y convulsiones epileptiformes, en erisipelas, diversas erupciones cutáneas y algunas veces se han observado parótidas.

Anatomía patológica. Los cadáveres de los coléricos presentan de particular el conservar por más ó ménos tiempo su calor; tambien se han observado en ellos contracciones musculares, principalmente de los dedos, que les comunican movimientos. El sistema venoso, y principalmente el de las vísceras abdominales y membranas mucosas, está completamente lleno de sangre espesa y de color oscuro; el arterial se halla vacío. Los intestinos presentan al interior una inyeccion y coloracion roja en forma de manchas diseminadas; la membrana mucosa está engrosada, reblandecida y sembrada de pequeñas granulaciones prominentes, del tamaño de un cañamon, formadas por el abultamiento de los folículos intestinales: el cuerpo mucoso se halla al descubierto por el desprendimiento de las células epiteliales, la membrana muscular está contraida, lo cual produce la disminucion del calibre de los intestinos. En el estómago se encuentran las mismas alteraciones; tanto este como los intestinos se hallan ocupados por el líquido que salia por los vómitos, el cual está compuesto de agua con poca albúmina y de sales, entre las que predomina el cloruro sódico; los corpúsculos que nadan en este líquido son fragmentos de epitelio intestinal, células nuevas y detritus. Las meninges se presentan inyectadas, el pulmon congestionado en su parte posterior y el corazon lleno de sangre negra y espesa.

Naturaleza. Unos han dicho que el cólera consiste en una inflamacion gastro-intestinal, otros le han considerado como una asfixia, otros como una inflamacion de los ganglios ó del gran ganglio semilunar, otros como un trastorno específico del sistema nervioso. Pero es lo cierto que puede considerarse como un envenenamiento miasmático.

Diagnóstico. Es fácil, pues, en el período prodrómico; los calambres, la afonía y la disminucion notable de la orina le distinguirán de otras enfermedades: en el período álgido y asfítico sus caractéres propios le distinguen perfectamente, y en el de reaccion los antecedentes que se recojan nos demostrarán claramente la enfermedad.

Pronóstico. El pronóstico es siempre grave, pues produce la muerte de la mitad, y aun en algunas epidemias de las dos terceras partes de los atacados. Es más peligroso en los dos extremos de la vida y en los hombres. El pulso imperceptible, las deposiciones involuntarias, el coma con inmovilidad completa y la anestesia de la piel, junto con la algidez y cianosis, son signos que inducen á temer una terminacion funesta.

Tratamiento. Puede decirse que se han empleado casi todos los medios de la terapéutica para combatir esta dolencia, pretendiendo los que los han empleado haber encontrado un específico; mas la experiencia demuestra que no es posible seguir un tratamiento uniforme. En el período prodrómico, en que el síntoma predominante es la diarrea, que se ha llamado *premonitoria*, se pueden obtener buenos resultados y aun impedir el desarrollo de la enfermedad, colocando al enfermo en cama suficientemente abrigado, recomendándole dieta y prescribiéndole el uso de infusiones calientes y en cortas cantidades de tila, manzanilla, salvia, menta, etc., á las que se añade ron, aguardiente anisado ó espíritu de Minderero, para promover el sudor, que es el que salva al enfermo. Estas infusiones deben ser ayudadas con la aplicacion del calórico al exterior. En este mismo período es muy útil el uso

de los opiados, ya en píldoras, ya en una pocion antiespasmódica en que entren de 5 á 10 centígramos por cada 4 gramos de excipiente. Tambien se recomiendan mucho 20. á 25 gotas de las *gotas rusas anticoléricas* (tintura etérea de valeriana, 8 gramos; vino de ipecacuana, 4 gramos; láudano líquido de Sydenham, 1 gramo), siendo igualmente beneficioso el empleo de los polvos de Dower, que á más de promover el sudor detienen la diarrea como los demás opiados. La diarrea se calma tambien con el cocimiento blanco gomoso con jarabe de meconio, ó las lavativas amiláceas laudanizadas. Si los opiados no calman la diarrea se aconseja por Niemeyer la aplicacion de compresas frias al vientre y la administracion de 5 centígramos de calomelanos cada hora. La diaforesis que se busca en este período puede obtenerse tambien con los baños de vapor húmedo, sosteniéndola por bastante tiempo sin que se interrumpa. Cuando el mal se ha declarado en toda su intensidad se combate la sed, la excitacion epigástrica y la diarrea con terroncitos de hielo ó cucharadas de sorbete repetidas cada cinco minutos, ayudadas con el uso del agua carbónica en repetidas y cortas cantidades, el ópio unido al subnitrato de bismuto, las lavativas calmantes y las fricciones en el epigastrio con linimentos etéreos y laudanizados. En este segundo período se suspenden las infusiones excitantes que dejamos dichas, porque no son toleradas, y nos limitaremos á la excitacion externa por medio de las friegas hechas con cepillo ó franela, ó con la esencia de mostaza disuelta en alcohol y los caloríferos. Cuando el mal sigue en progreso, se presenta la algidez y la cianosis, y el pulso se hace muy pequeño, hay que administrar de cuando en cuando algun estimulante, como el almizcle á la dósis de 5 centígramos unido al extracto tebánico y subnitrato de bismuto, como aconseja el Sr. Santero, ó como recomienda Niemeyer, pequeñas cantidades de café caliente y muy cargado alternadas con el hielo ó el agua helada. Contra los calambres, que tanto molestan á los enfermos, se recomiendan las friegas con paños de franela empapados en espíritu de vino alcanforado ó trementinado, ó con la esencia de mostaza disuelta en alcohol, habiéndonos dado á nosotros buenos resultados la aplicacion de compresas empapadas en una disolucion de 2 gramos de cianuro de potasio en 180 de agua destilada. Si en este período se presentan síntomas de congestion cerebral se ponen sanguijuelas detrás de las orejas y se aplica el frio á la cabeza, moderando al mismo tiempo las dósis de los opiados. Cuando se presenta la reaccion se deberá tratar la fiebre que se establece segun el carácter que tenga, y las complicaciones tan frecuentes en este período con el tratamiento que las es apropiado.

Varias son las medicaciones que se han usado en esta enfermedad, pero nos limitamos á decir que las sangrías, preconizadas por algunos, solo son útiles en sugetos sanguíneos cuando amenazan congestiones de los órganos cerebrales y los pulmonares. Los vomitivos tambien se han recomendado, y especialmente la ipecacuana, pero solo es útil en el primer período cuando hay señales de saburra. Las afusiones frias y el tratamiento hidroterápico recomendado por otros, han dado resultado en ocasiones. La cauterizacion usada en la India y en la China, así como las inyecciones hipodérmicas, con la esencia de mostaza, han provocado á veces la reaccion, mas no siempre se ha conseguido, pudiendo decir lo mismo de la estricnina y las inyecciones hipodérmicas del curare. Para combatir la diarrea se ha preferido el alumbre unido al ópio por Gendrin, y el acetato de plomo á la dósis de diez centígramos cada media hora por Graves.

En cuanto al tratamiento profiláctico de esta enfermedad, puede reducirse á la observancia de las reglas generales de la higiene, evitar el amontonamiento, sanear las ciudades, mejorar el estado de los pobres, no cometer excesos, no cambiar el régimen á que uno está acostumbrado cuando este es bueno, desinfectar los sitios en donde se arrojan los excrementos de los coléricos, y si la diarrea premonitoria se presenta entregarse á la direccion facultativa.

CÓLERA ESPORÁDICO Ó EUROPEO.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por vómitos y deposiciones frecuentes y abundantes de sustancias biliosas amarillas ó verdes, acompañados de frio en todo el cuerpo, sed intensa, descomposicion del rostro, insensibilidad del pulso y calambres.

Etiología. Es propio de Europa, donde se le conoce desde muy antiguo, y se presenta á fines de verano, más bien en los países del Mediodía que en los del Norte. Ataca con más frecuencia en el período medio de la vida y á los hombres, y se presenta muchas veces sin causa conocida, y otras es debido á la ingestion de alimentos excitantes en gran cantidad, á las emociones morales, la supresion del sudor ó á la inspiracion de miasmas pútridos. No es contagioso, y se ha observado reinar epidémicamente en alguna ocasion.

Sintomatología. Generalmente acomete repentinamente, aunque en otros casos hay prodromos, que consisten en dolores en el vientre, pérdida del apetito y desarrollo de gases en los intestinos. Empieza por un dolor fuerte del epigastrio que se extiende á todo el vientre; es terebrante y remitente, exacerbándose con la presion y los movimientos. Estos dolores se acompañan pronto de náuseas seguidas de vómitos frecuentes, primero alimenticios y despues biliosos, y de deposiciones frecuentes del mismo carácter, y aun de color claro en ocasiones; el vientre está retraido por lo general; la sed es intensa, la lengua está seca, y en ocasiones fria en su punta; la garganta ardorosa, la voz se apaga; la deglucion es difícil; la cara se descompone; las extremidades se enfrian y en muchos enfermos se presentan calambres, sobre todo en las extremidades inferiores; las orinas son por lo general escasas y á veces se suprimen. El pulso está muy frecuente y pequeño, y á veces imperceptible. No hay cefalalgia, pero sí atolondramiento, ruido de oidos y lipotimias. Si la enfermedad ha de terminar mal, los síntomas adquieren intensidad, la cara se pone hipocrática, aparecen sudores viscosos, hipo, dificultad de respirar, y el enfermo muere asfixiado. Cuando ha de terminar favorablemente, desaparecen el vómito y la diarrea, reaparece el calor, el pulso se desenvuelve y se hace frecuente y duro.

Curso y duracion. El curso es contínuo y progresivo, pudiendo en ocasiones presentarse los síntomas coléricos bajo la forma de terciana. La duracion es desde algunas horas, que es lo más frecuente, hasta tres ó cuatro dias.

Terminacion. La más general es por la curacion, entrando los enfermos en una convalecencia rápida, sin que sean frecuentes, sino, por el contrario, raras las recidivas. Otras veces

termina por la muerte, aunque esto no sucede sino en el 4 ó 5 por 100 de los invadidos.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son debidas generalmente á las enfermedades con que puede complicarse.

Diagnóstico. La invasion ménos brusca, el curso más lento y la calentura que acompaña á la gastro-enteritis la distinguen de este cólera. La constipacion rebelde que acompaña al cólico de plomo y extrangulaciones intestinales distingue á estas del cólera. La calentura, timpanitis, extreñimiento y carácter de los vómitos diferencia la peritonitis de la enfermedad de que nos ocupamos. El no presentarse los vómitos y la diarrea de un modo simultáneo, sino esta bastante despues de aquellos; el calor quemante de la boca, garganta y esófago, junto con las manchas características sobre estas partes del paso de un veneno irritante, distingue un envenenamiento, del cólera. Es fácil confundir el principio del cólera esporádico con una indigestion; pero el presentarse los vómitos y deposiciones despues de una digestion penosa, y hallarse constituidos los materiales arrojados por sustancias á medio digerir, hacen conocer se trata de una indigestion.

Pronóstico. Es grave, aunque hemos visto que su terminacion más general es por la curacion.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad debe ser análogo al del cólera epidémico y basarse principalmente en contener los vómitos y la diarrea y procurar el sudor; así, se pondrá á dieta al enfermo, se le darán cortas cantidades de bebidas acídulas frias, terroncitos de nieve, agua carbónica, ó la mistura antiemética de Riverio. Para contener los fenómenos espasmódicos se darán las misturas antiespasmódicas y el extracto de ópio á la dósis de medio grano cada media ó cada hora. Contra la diarrea se usará el cocimiento blanco de Sydenham y lavativas emolientes ó amiláceas, en las que se ponen 10 ó 12 gotas de Láudano de Sydenham. Para llamar el calor á la piel se emplean los sinapismos á las extremidades y los caloríferos. Los calambres se combaten con los mismos medios que hemos expuesto al tratar del cólera epidémico.

FIEBRES ERUPTIVAS.

Son todas aquellas que tienen por caráter distintivo el ir acompañadas de una erupcion que no puede confundirse con los exantemas por la especificidad de su causa; es miasmático-contagiosa, que atacando á la vida de un modo general, produce la fiebre despues de una incubacion más ó ménos larga. Estas fiebres, que se acompañan de trastornos en la inervacion bastante marcados, llevan hácia el cuarto dia un brote eruptivo á la piel, diferente en cada una de estas fiebres, y que cuando se determina suele calmar la excitacion general. Todas presentan un período de *erupcion*, y la viruela además de *supuracion*, otro de *desecacion* y un último de *descamacion*. La naturaleza de la causa, el curso del padecimiento y la disminucion del aparato sintomático alarmante de la invasion en cuanto se presenta el brote eruptivo prueban suficientemente que se trata de una enfermedad general y no local. Estas fiebres no suelen comprometer la vida cuando son simples, y recaen en sugetos de buena constitucion, pero siempre son de cuidado por sus complicaciones, y es de temer dejen reliquias, ya por las complicaciones, ya porque la depuracion que la naturaleza procura no sea completa.

VIRUELA.

Definicion. Es una fiebre contagiosa caracterizada por la presencia de una erupcion cutánea, que consiste primero en pápulas duras que se convierten más adelante en pústulas umbilicadas en su centro, las cuales despues de supurar se desecan, dejando manchas que desaparecen ó cicatrices indelebles.

Etimología. La palabra viruela proviene, segun unos, de *varus*, grano, y segun otros, de *varius*, variado, por los distintos colores que ofrece la piel.

Division. Se ha dividido en *natural*, cuando resulta de una infeccion directa, ó *inoculada*, cuando proviene de la introduccion artificial del vírus. Relativamente á las pocas ó

muchas pústulas, se ha distinguido en *discreta* ó *confluente*. Por su tendencia en *benigna* y *maligna*.

Historia. Esta enfermedad, desconocida de los antiguos griegos y latinos, es conocida por las descripciones desde el año 622; originaria de algun punto de Asia, fué importada al Africa y despues á Europa por los sarracenos, desde donde los europeos á su vez la han importado al Nuevo Mundo.

Etiología. Su causa productora es un principio contagioso que se trasmite, no solo por la inoculacion del vírus, sino tambien por las emanaciones de los virolentos. La cualidad trasmisible del vírus variólico parece que empieza desde que aparecen las pústulas, hasta más allá del período de descamacion. La reciptividad del mismo es distinta segun los individuos, y tambien en ciertas épocas, segun influencias desconocidas, así como tambien estas hacen que el principio contagioso se desarrolle en algunos años con gran intensidad. Las viruelas atacan á los individuos de todas edades, sexos y temperamentos; igualmente se presentan en todas las estaciones, aunque con más preferencia en la primavera y el verano.

Sintomatología. Esta enfermedad, que se presenta bajo dos formas, la *discreta* y la *confluente*, recorre los siguientes períodos, fáciles de distinguir: el de incubacion, el de invasion, el de erupcion, el de supuracion y el de desecacion.

Período de incubacion. Se extiende desde la introduccion del vírus en la economía hasta la invasion, no presenta fenómeno ninguno, y dura siete dias si la trasmision del vírus ha sido por inoculacion, y de diez á quince si ha sido por miasma.

Período de invasion. Está caracterizado en la viruela discreta por un frio fuerte ó por pequeños escalofrios, interrumpidos por llamaradas de calor, que pronto se hace permanente y seco, y puede subir hasta 41 y 42° centígrados; fenómenos seguidos en el adulto de grandes sudores, que no terminan antes del octavo dia. El pulso está lleno y frecuente; hay gran debilidad, cefalalgia intensa, agitacion, insomnio y alguna vez delirio. La lengua está súcia; hay sed intensa, náuseas y aun vómitos; extreñimiento, que falta en los niños, en los que hay soñolencia y convulsiones. A estos síntomas se agregan dolores generales y principalmente lumbares, que segun

Trousseau se acompañan de paraplegía y aun paralísis de la vejiga. Este período dura tres dias y rara vez cuatro.—En la viruela confluente el escalofrio es más fuerte, así como la raquialgia; faltan los sudores, suele haber diarrea, y se presenta la erupcion al concluir el segundo dia ó en el tercero. En ambas formas suele sustituirse el dolor lumbar por otro abdominal.

Período de erupcion. Del tercero al quinto dia, segun sea confluente ó discreta la viruela, aparecen unas manchas rojizas, redondeadas, ligeramente puntiagudas, papulosas y diseminadas por la cara, desde donde al dia siguiente se extienden al cuello, pecho y espalda, y al otro á las extremidades, y no suelen desarrollarse en el cuero cabelludo, palmas de las manos y plantas de los piés. Estas manchitas, que dejan claros en la piel cuando la viruela es discreta y están muy agrupadas cuando es confluente, dan lugar á pápulas cónicas bastante grandes y de vértice truncado, las cuales se trasforman al segundo ó tercer dia en vexículas llenas de un líquido seroso, y al cuarto ó quinto en verdaderas pústulas umbilicadas por la depresion de su vértice y rodeadas de un círculo rojizo. Al mismo tiempo que en la piel, se presenta la erupcion en la boca produciendo salivacion; en la faringe la disfagia; en las vias aéreas la ronquera y en la conjuntiva el lagrimeo y la fotofobia. Al tiempo que brota la erupcion remiten la calentura, la raquialgia y los demás síntomas hasta que se completa aquella. Cuando la viruela es confluente el período de erupcion es más rápido, la calentura no desaparece por completo como en la discreta y todos los demás síntomas tienen una gran intensidad.

Período de supuracion. Empieza sobre el sexto dia despues de la aparicion de la erupcion ó el noveno de la enfermedad. Las pústulas se hacen dolorosas, hemisféricas, y el pús que contienen se espesa; la piel que las rodea se pone muy hinchada y encarnada, cuya hinchazon y rubicundez se extiende por toda la superficie cutánea dándola un aspecto lustroso. El enfermo experimenta una sensacion de tension y dolor, hay tumefaccion de la cara y de las manos, pronunciándose más la de la cara, y sobre todo la de los párpados y los lábios. Vuelve á encenderse la calentura, que por esto ha sido conocida con el nombre de *secundaria ó de supuracion.*

y se presentan con ella la salivacion, la disfagia, la fotofobia y una tos ronca y fatigosa, fenómenos que adquieren tanta más intensidad cuanto más confluente es la viruela. Esta calentura es tanto más intensa cuanto más violenta y maligna es la inflamacion de la piel, y aun se hace peligrosa, no solo por lo mucho que se eleva la temperatura, sino tambien por los fenómenos de la adinamia que sobreviene (viruela asténica, nerviosa, tifoidea), á los que pueden añadirse los de una diatésis hemorrágica como petequias ó derrame de sangre en las pústulas (viruela hemorrágica) y aun la gangrena de la piel por el exceso de inflamacion, llenándose las pústulas de una materia saniosa (viruela gangrenosa). Durante este período se observan á veces varias complicaciones que hacen sucumbir á muchos enfermos. Generalmente la salivacion cesa al undécimo dia, segun observacion de Sydenham, siendo reemplazada por una hinchazon dolorosa de los piés y las manos, cuya falta considera mortal, segun propia observacion, el profesor Trousseau.

Período de desecacion. Empieza generalmente del onceno al dozavo dia y la desecacion de las pústulas se verifica en el órden de su aparicion de dos modos distintos: ó bien se rompen y el pús que de ellas sale se concreta formando costras blandas y amarillas al principio y despues duras y parduzcas, ó bien se arrugan y aplastan convirtiéndose en una costra parduzca. A medida que se verifica la desecacion, se deshincha la piel, se nota prurito y tirantez, desaparecen la ronquera, la disfagia, la fotofobia y la tos. Durante este período pueden sobrevenir varios accidentes, así que las pústulas se deprimen y marchitan de pronto presentándose síntomas de una infeccion purulenta que matan al enfermo, ó éste suele sucumbir de pronto por sofocacion debida á las pústulas desarrolladas en la laringe que obstruyen el paso del aire, ó al edema de la glotis, ó por una diarrea colicuativa, accidentes cerebrales, pneumonía intercurrente, ó una laringo-traqueitis ulcerosa ó pseudo-membranosa. Las costras se caen de un modo irregular y dejan tras sí manchas rojas algo salientes al principio, que van poco á poco decolorándose y poniéndose lisas, y por fin dejan ó no cicatrices, segun ha habido ó no supuracion debajo de ellas. Al principio de este período queda todavía algo de calentura, que al fin se calma, coinci-

diendo con esto el ponerse madorosa la piel y hacerse sedimentosa la orina, que al fin termina por ser normal.

Curso. Es contínuo y con remisiones y exacerbaciones, aunque poco marcadas. La calentura manifiesta á veces un tipo pseudo-accesional.

Duracion. La enfermedad en toda su duracion se prolonga hasta el dia diez y ocho, diez y nueve y veinte, y aun el veintidos.

Terminacion. Puede terminar por la curacion, la muerte ú otras enfermedades. Puede dejar como enfermedades consecutivas, inflamaciones crónicas del oido, forúnculos, pústulas de ectima, anasarca ménos frecuente y peligrosa que la de la escarlatina, oftalmías rebeldes con ulceracion del borde libre de los párpados y caida de las pestañas, abscesos más ó ménos profundos, derrames purulentos en las articulaciones y ulceraciones intestinales, que producen diarreas tenaces que acaban con los enfermos.

Complicaciones. Son poco frecuentes en la viruela discreta, pero no así en las confluentes, en que además de las que dejamos dicho como enfermedades consecutivas, se presentan neumonías más ó ménos latentes, laringo-traqueitis, edema de la glotis, una entero-colitis aguda muy rebelde, una disentería, hemorragias gastro-intestinales y cutáneas, gangrena de la boca y de la mucosa laringo-traqueal, orquitis y ovaritis, albuminuria y hematuria. Tambien pueden complicarse con pleuresía, pericarditis, nefritis, estomatitis y difteria secundaria.

Anatomía patológica. En los individuos muertos de viruela se encuentran las lesiones de las diferentes complicaciones que han atacado á los órganos interiores y pústulas variolosas en la boca, faringe, esófago y aun en la laringe y tráquea: en la mucosa gastro-intestinal no se encuentra sino en la última porcion del intestino recto. Todos los tejidos están más ó ménos congestionados, é igualmente sucede en el cerebro y los pulmones. En el hígado, en los riñones, en la sustancia muscular del corazon ha concentrado Sick una extensa degeneracion grasosa. Examinando las pústulas se encuentra de fuera adentro: el epidermis con su espesor natural, que se desprende con facilidad; una capa purulenta y un pequeño disco umbilicado formado por una sustancia blanquecina, y verdadera inflamacion pseudo-membranosa en la superficie del disco inflamado.

Diagnóstico. Es claro cuando aparece la erupcion por ser esta característica en el período de invasion, pudiera confundirse con la meningitis, la fiebre tifoidea ú otra cualquiera fiebre eruptiva; pero una calentura intensa, acompañada de cefalalgia, náuseas y dolores muy fuertes en la region lumbar hacen sospechar la invasion de las viruelas.

Pronóstico. Es siempre grave, cuando es intensa ó confluente, no solo por la intensidad de la fiebre, sino tambien por las complicaciones que sobrevienen en los distintos períodos. Además, una constitucion débil, la edad adulta, y particularmente la vejez, el estado de embarazo ó el puerperal, el invierno y el presentarse en tiempos de epidemia, agravan aun más el ponóstico. La viruela discreta y regular ofrece poca gravedad.

Tratamiento. Siempre que la viruela siga un curso regular y sin complicaciones, el plan terapéutico que se establezca debe ser espectante, poniendo al enfermo en una habitacion cuya temperatura sea de unos 15° Reaumur, espaciosa y que pueda ventilarse con facilidad y con frecuencia; las cubiertas de la cama han de proporcionar un mediano abrigo, huyendo de la costumbre antigua y de ponerle excesivo; tambien es útil mudar con frecuencia de ropa á los enfermos. Respecto á la alimentacion, consistirá en dieta vegetal los dos primeros períodos, y en el de desecacion se atenderá á sostener las fuerzas del enfermo con buenos caldos. Para bebida usual se darán tisanas tibias y ligeramente acídulas, como las limonadas, naranjadas, agua de cebada endulzada con jarabe de grosellas, y la limonada sulfúrica, sobre todo en la viruela hemorrágica y tifoidea. Si la reaccion es muy intensa en el período de invasion, como sucede en la viruela confluente, debe moderarse con el uso de la sangría, proporcionada á las fuerzas del enfermo y á la naturaleza de la enfermedad, cuyo medio es tambien útil cuando se presenta con intensidad alguna complicacion inflamatoria de las vísceras; si no fuese muy intensa se hará uso de las sanguijuelas. Puede y es conveniente ayudar la accion de la sangría con pociones calmantes en que entre el ópio ó el extracto de acónito. Si en el principio de la enfermedad se presentan indicios

claros de saburra, se hará uso de algun emeto-catártico ó algun laxante para reducir el caso al mayor estado de sencillez, así como tambien se combatirá el extreñimiento con enemas emolientes, y la diarrea ó disentería con el uso del cocimiento blanco y los opiados, teniendo presente que debe huirse tanto de la diarrea como del extreñimiento. Cuando la erupcion no brota con la debida regularidad se darán baños generales templados, y aun mejor de vapor, para favorecer aquella, juntamente con los demás medios necesarios para combatir las causas que detienen la erupcion. Si la viruela toma el carácter atáxico ó adinámico, se combate con los medios que dejamos expuestos al tratar de estas fiebres, y en los casos en que lo toma hemorrágico con la limonada sulfúrica y los tónicos. En el período de erupcion debe prevenirse un considerable desarrollo de granos en la conjuntiva, aplicando sobre los ojos compresas empapadas en una disolucion de 5 centígramos de sublimado por 180 de agua; con el objeto de disminuir la tension inflamatoria de la piel é impedir la absorcion purulenta, se ha aconsejado por Avicena y otros desahogar las pústulas con una aguja; por Bretonneau, cauterizar las pústulas con el nitrato de plata; por Skoda hacer lociones con el sublimado; por Hebra aplicar agua fria en fomentos; por otros hacer toques con la tintura de iodo; por otros la aplicacion del colodion; pero en lo que están más contestes los autores es en la aplicacion del emplasto de Vigo, mas todos estos medios no son aplicables á toda la piel, son molestos y de ningun modo curativos, así que solo se ha usado en la cara el ungüento mercurial. En los períodos de erupcion y supuracion son útiles contra la angina y la disfagia los gargarismos emolientes adicionados con la miel de moras; contra la fotofobia las lociones del cocimiento de malvavisco y flor de sauco. En el período de descamacion deben reponerse las fuerzas con el uso de alimentos muy nutritivos y de fácil digestion, el uso de los tónicos y de cortas cantidades de vino.

Las demás complicaciones y enfermedades consecutivas se combatirán con los medios á ellas apropiados.

Vistos los grandes estragos que hacian las epidemias de viruela, se trató de buscar medios de hacerlas más benignas ó de evitarlas si era posible, para lo cual se puso en práctica

la inoculacion variólica, que se ha usado hasta que la vacuna vino á desterrarla. Hablaremos por separado de cada uno de estos medios.

Inoculacion. Consiste en comunicar la viruela introduciendo en una herida pequeña hecha en la piel del brazo el pus variólico. Esta práctica, conocida desde tiempo inmemorial en China y Persia, se introdujo en 1673 en Inglaterra, de donde se extendió á todas las demás naciones. La práctica de esta operacion se funda en la observacion de que los individuos atacados una vez de viruela quedan, con rarísimas excepciones, libres de volverla á padecer. Como hemos dicho, se practica depositando debajo del epidermis, por medio de la punta de la lanceta, el pus variólico tomado de una pústula de una viruela discreta benigna, pues aun cuando algunas veces se determina una viruela confluente, lo general es que sea discreta, y tanto más cuanto se tenga cuidado de tomar el pus de las pústulas más benignas de inoculaciones anteriores. La inoculacion produce al segundo dia de practicada los fenómenos locales siguientes: un granito rojo como el producido por la vacuna, que hácia el quinto dia se convierte en una vexícula puntiaguda, en cierto modo umbilicada, la cual al sétimo dia se trasforma en pústula, rodeada de un círculo ligeramente encendido, que se aumenta cada dia más hasta el nueve ó diez. Sobre este círculo aparecen 10, 15 ó 20 pustulillas, que contienen primero serosidad y por fin seropus. Al mismo tiempo que se ensancha esta pústula se ingurgitan los ganglios de la axila, cuya ingurgitacion decrece desde el dia nueve al catorce ó quince, época en que la pústula de inoculacion está seca. A los nueve ó diez dias de practicada la operacion se queja el enfermo de cefalalgia, dolores en los lomos y vómitos, presentándose fiebre como en la viruela. La inoculacion variólica, que tiene el inconveniente de producir en el individuo vacunado una viruela confluente y convertirse además en foco de contagio, ha sido desechada desde que se conoce la vacuna; mas Trousseau aconseja se recurra á ella en los casos de epidemia, cuando no podamos proporcionarnos pus vacuno.

Vacunacion. A mediados del siglo pasado demostró el Dr. Jenner que, inoculado en el hombre el *virus vacuno*, determinaba una erupcion especial llamada *vacuna*, que tiene

la propiedad de preservar al individuo de las viruelas. Este vírus vacuno es el flúido que contienen las pústulas de la viruela de la vaca (*cow-pox*), que se desarrollan espontáneamente en la teta del animal, siendo la época más abonada para su desarrollo el mes de Junio, cuando los animales dejan de comer el pienso seco para pastar yerba en los prados, y sobre todo en los terrenos de aluvion. La vacunacion consiste en tomar con la punta de la lanceta una gota de flúido vacuno, é introducir el instrumento horizontalmente debajo del epidermis á la profundidad de dos ó tres líneas, sacando en seguida la lanceta despues de haber vuelto su hoja para secarla. Si la vacuna es sólida se deslie en unas gotas de agua, y si se toma del brazo de otro individuo, se hace preciso que este sea sano y robusto y su vacuna esté en buenas condiciones. Todas las estaciones y edades son buenas para practicar la vacunacion, pero son preferibles la primavera y el otoño, y desde la edad de dos ó tres meses. Se deben hacer dos ó tres inoculaciones en cada brazo, no solo porque la preservacion dura tanto más tiempo cuantas más pústulas se presentan, sino tambien porque no todas las picaduras prenden. La época más favorable para recoger el pus vacuno es del sexto al octavo dia de la vacunacion, ó sea del segundo al tercero de la aparicion de la pústula.

La erupcion que se produce por la vacunacion tiene períodos análogos á los de la viruela. En los tres primeros dias de la operacion no se presenta fenómeno notable; pero el cuarto se manifiesta una pinta roja y algo prominente, que se hace mayor al quinto, convirtiéndose en pápula y vexícula al sexto, rodeada de una areola encarnada y llena de un líquido viscoso, incoloro ó de un color algo amarillento. El sétimo y octavo dia se aumenta la pústula y la areola inflamatoria, tomando aquella una forma umbilicada; el noveno y décimo se extiende la areola, crece la tumefaccion, se presenta calentura, hay prurito incómodo y doloroso, se infartan los ganglios axilares y sobrevienen algunos fenómenos nerviosos. El período de supuracion se verifica desde el dia octavo hasta el undécimo, durante el que el líquido contenido en la pústula se hace más espeso y amarillo, y por fin desde el dia doce empieza la deseccion de las pústulas, del centro á la circunferencia, formando una costra parda ú oscura que cae el dia

veinte ó veintiuno, dejando una cicatriz hundida y radiada. Independientemente de esta erupcion puede presentarse otra que recorre todos sus períodos en seis ó siete dias; se manifiesta el primero ó segundo, no ofrece depresion central ni rodete inflamatorio; se vacia su contenido de una sola vez dando un líquido gomoso, y no deja cicatrices, sino manchas. Esta erupcion, que no tiene virtudes preservadoras, ha recibido el nombre de *falsa vacuna*, y depende de haber hecho la inoculacion con un vírus añejo, en un sugeto vacunado ó que haya padecido ya las viruelas. Muchas veces sucede que la vacuna no prende en determinados sugetos por no tener aptitud para recibir el principio contagioso, ó por circunstancias desconocidas; en este caso debe repetirse la vacunacion despues de algunos meses. Hay antagonismo entre el vírus variólico y el vacuno, lo que impide que los dos se desarrollen al mismo tiempo, por lo que el primero que haya obrado ó el más intenso verificará su evolucion, conteniendo ó inutilizando la actividad del otro; de este conocimiento se deduce el precepto de no vacunar en tiempo de epidemia á los sugetos que tengan ya señales de la invasion de la misma ó que hayan estado sometidos á la influencia contagiosa, aunque en estos podrá practicarse la operacion advirtiéndoles la posibilidad de que falle la operacion. Se han suscitado dudas de si la vacuna habia degenerado y tambien si podia ser el conductor de otro gérmen morboso, pero aun no se hallan resueltas estas dudas. Habiéndose observado que en muchas personas es temporal la preservacion de la vacuna, ha surgido la idea, aceptada ya de un modo general, de revacunar principalmente cuando se desarrolla una epidemia de viruela, mas no todos están conformes en la época en que se ha de revacunar, habiendo recomendado algunos que la revacunacion se haga cada diez años, otros cada quince, otros cada siete, y el señor Trousseau la recomienda cada cinco años, pero debe practicarse siempre en los tiempos de epidemia.

VARIOLÓIDE.

Definicion. Es una viruela de poca gravedad, curso rápido y sin fiebre secundaria el mayor número de veces.

Sinonimia. Se ha llamado tambien viruela falsa, bastarda, adulterina, mitigada, varicela, pustulosa, umbilicada.

Etiología. Parece depender de la misma causa que la viruela, pero con ménos intensidad: es la forma que reviste cuando ataca á individuos vacunados, ó que han padecido antes la viruela.

Sintomatología. Tiene iguales períodos que la viruela. El *prodrómico* tiene los mismos síntomas que esta, pero son ménos intensos, aunque algunas veces á unos prodromos muy intensos sigue una variolóide. Entre los síntomas de este período se encuentra á veces un eritema (Rash) de grandes manchas encarnadas, ó que consiste en un enrojecimiento difuso parecido á la escarlata y que cubre gran parte de la piel.—El período de *erupcion* se distingue por presentarse esta al tercer dia y estar constituida por pápulas más pequeñas y ménos numerosas que las de la viruela, trasformarse en vexículas y luego en pustulas más pronto que las de la viruela, y acompañarse de calentura ménos intensa, que por lo general desaparece al final del período. La erupcion ataca tambien á las mucosas y hay salivacion, disfagia, ronquera, etc.—El período de *supuracion* sobreviene más pronto que en la viruela: las pústulas de las variolóides se hacen mayores que las de la viruela, toman una configuracion semiesférica y se llenan de un pus espeso; las circuye una areola roja más estrecha y ménos hinchada que en la viruela. Las complicaciones en este período son raras excepciones, falta la calentura secundaria ó tiene poca intensidad.—La *desecacion* empieza al quinto ó sexto dia de la erupcion, rompiéndose algunas pústulas y secándose otras con su contenido, formando costras amarillas que caen á los tres ó cuatro dias, y dejan en pos de sí manchas rojas algo salientes, pero no cicatrices.

Curso. No es á veces tan regular como en la viruela, y así hay pápulas que no tienen pus hasta el sexto ó sétimo dia; otras se trasforman en pústulas en veinticuatro horas, y se desecan desde el tercer dia, y otras se resuelven sin sufrir la trasformacion pustulosa.

Duracion y terminacion. Dura de diez á catorce dias y casi siempre termina felizmente.

Diagnóstico. En el período prodrómico y de erupcion no es posible diferenciar si se trata de una variolóide ó de una viruela discreta, por ser sus síntomas casi iguales; pero en los períodos de supuracion y desecacion hay tanta diferencia entre ambas enfermedades que no pueden confundirse.

Pronóstico. Es leve; pero puede terminarse por la muerte cuando se complica con accidentes nerviosos, hemorragia y laringo-traqueitis, aunque estas complicaciones son muy excepcionales.

Tratamiento. Es el mismo que el de la viruela discreta.

VARICELA.

Definicion. Es una enfermedad febril caracterizada por vexículas más ó ménos numerosas, á cuyo desarrollo preceden y acompañan fenómenos generales, y cuya desecacion se efectúa del quinto al octavo dia.

Sinonimia. Se la ha denominado tambien viruela loca, viruela espúrea.

Etiología. Son completamente desconocidas las causas que la producen, y solo se sabe que ataca con preferencia á los niños, aunque tambien la padecen los adultos. Goza de la propiedad trasmisible y no está bien demostrado que sea inoculable. Algunos han dicho que no era más que una variedad de la viruela, pero es distinta, porque no se opone al desarrollo de la vacuna, no garantiza contra la infeccion variólica y se presenta en sugetos no vacunados y que no han padecido la viruela. Se la observa generalmente bajo la forma epidémica y algunas veces bajo la esporádica.

Sintomatología. La erupcion que caracteriza esta enfermedad va precedida en algunos casos de malestar, cefalalgia y calentura, y en otros de pérdida del apetito, vómitos y dolores epigástricos. La calentura, cuando es algo intensa, dura de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, al cabo de cuyo plazo aparecen en cualquier parte del cuerpo unas manchitas rojizas y ligeramente puntiagudas, que al cabo de algunas horas se convierten en vexículas límpidas del tamaño de una lenteja hasta el de un guisante, de forma cónica y sin depresion central. Esta erupcion se verifica generalmente por sucesion de brotes, y el líquido contenido en las vexículas se pone lactescente al cabo de cierto tiempo. Despues de algunos dias se convierten en costras, que se caen sin dejar cicatrices.

Duracion y terminacion. Esta enfermedad, que hace su evolucion en ocho ó nueve dias, se termina de un modo favorable.

Diagnóstico. No puede confundirse con la viruela y varioloide porque no contienen pus sus vexículas ni tienen la forma umbilicada, así como tampoco son iguales la invasion y la calentura.

Pronóstico. Es leve.

Tratamiento. Se cura por los solos esfuerzos de la naturaleza, y cuando más, con la permanencia en cama, dieta y bebidas demulcentes tibias.

SARAMPION.

Definicion. Es un exantema contagioso que se acompaña de calentura, lagrimeo, estornudos y tos, y se manifiesta por pequeñas manchas rojas, diseminadas con desigualdad por toda la piel, y termina las más veces por una descamacion furfurácea.

Sinonimia. Se le conoce tambien con los nombres de rubeola y fiebre morbiliosa.

Etiología. Su causa es el contagio; hallándose averiguado que nadie lo contrae sin haber sido infectado por otra persona atacada de él. El principio contagioso no se ha podido percibir ni química ni microscópicamente, pero está bien demostrado que se halla contenido en las emanaciones cutáneas y pulmonares de los enfermos que le padecen, que se trasmite desde el período de erupcion hasta el de descamacion, y aun durante esta. Es una enfermedad de las que pocas personas se libran; así que ataca á todas las edades, aunque es más frecuente en la infancia y en la juventud, siendo raro en las demás, porque lo hace en estas, y una vez padecido, casi siempre preserva de otro ataque. Se presenta en todos los países y en todas las estaciones, aunque la más favorable para ella es el invierno y la primavera, y declina en el mes de Julio. Se manifiesta siempre bajo la forma de epidemias más ó ménos intensas, más ó ménos benignas.

Sintomatología. Presenta esta fiebre, como todas las eruptivas, los períodos de incubacion, de invasion, de erupcion y de descamacion; pero el de incubacion, que dura de seis á siete dias, no presenta fenómeno morboso ninguno.

Período de invasion. Empieza por un fuerte escalofrio, y más comunmente por escalofrios pequeños alternados de calor, malestar y cansancio, acompañándose de inyeccion de las conjuntivas y lagrimeo, coriza con estornudos, tos seca, aguda y sonora, y tambien ronquera, y á veces de náuseas, vómitos y diarrea ó extreñimiento. Existe tambien anorexia, sed, cefalalgia poco intensa, soñolencia, raras veces delirio y convulsiones. Las orinas son escasas y encendidas. Este período suele durar de tres á cuatro dias, aumentando los síntomas en intensidad desde el tercero.

Período de erupcion. Del cuarto al quinto dia de la invasion la piel aumenta de calor y se presentan en la frente, barba y pómulos unas manchitas que se extienden pronto al cuello, pecho, tronco y miembros. Estas manchitas son rojas, aterciopeladas, distintas, ligeramente prominentes y semejantes á las picaduras de pulga, que desaparecen á la presion del dedo, y se agrupan formando placas irregularmente semilunares, que dejan entre sí espacios en que la piel conserva su color natural. La erupcion se halla completa á las veinticuatro ó treinta y seis horas, disminuyendo entonces la fiebre. Al sexto dia palidecen las manchas, y al sétimo empiezan á desaparecer en el órden de su aparicion. Durante el primero y aun el segundo dia de la erupcion se presenta una diarrea abundante, que si persiste más tiempo es peligrosa. Auscultado el pecho en los períodos de invasion y erupcion, se oyen estertores sibilantes que al aparecer el exantema se hacen subcrepitantes, dando á conocer la existencia del catarro bronquial, que se acompaña de espectoracion constituida por esputos mucosos, claros al principio y despues espesos, redondeados y de un color amarillo verdoso.

Período de descamacion. No se presenta antes del sétimo dia: se acompaña de prurito y se efectúa por el desprendimiento de pequeñas porciones de epidermis, como salvado, de donde se la ha llamado furfurácea; frecuentemente es parcial y tampoco es constante, pues falta muchas veces, sobre todo cuando ha habido sudores. Todos los síntomas desaparecen y no quedan más que algo de oftalmia, coriza, sordera ó tos, que disminuyen gradualmente y cesan al cabo de siete ú ocho dias.

Los síntomas hasta aquí descritos son los del sarampion regular, pero hay sarampiones en que faltan los síntomas catarrales y aun tambien la fiebre, constituyendo toda la enfermedad la erupcion: han sido descritos otros en que solo existia la fiebre catarral y no la erupcion; otros en que la erupcion toma un color lívido y se presentan petequias y equimosis, al que se ha llamado sarampion *negro*, y por fin otros que van acompañados de postracion, delirio, hemorragias y otros síntomas adinámicos, por lo cual ha recibido el sarampion el nombre de *adinámico*. Además de estas variedades de sarampion, puede haberlas relativamente á la marcha de la erupcion, y se llaman sarampiones *anómalos*, pues esta ya se manifiesta antes ó despues de lo ordinario, ya se limita á una parte, ya empieza por las extremidades, ya desaparece de pronto.

Curso y duracion. Por la descripcion que acabamos de hacer se viene en conocimiento de que su marcha unas veces es regular y otras anómala. Su duracion es de un setenario.

Terminacion y complicaciones. Su terminacion es feliz cuando su desarrollo es franco y la erupcion brota bien, pero las complicaciones la hacen mortal muy fácilmente. Estas complicaciones son las siguientes: oftalmías purulentas, bronquitis simples ó capilares, pulmonías, laringitis simples ó pseudo-membranosas, entero-colitis, gangrena de la boca y los pulmones, inflamaciones meníngeas, convulsiones, delirio, coma y algunas veces la viruela y la escarlatina. Pueden quedar como consecuencias del sarampion, oftalmías, otitis, catarros bronquiales, infartos de los ganglios y diarreas crónicas. Tambien favorece el desarrollo de los tubérculos en los sugetos ya predispuestos.

Anatomía patológica. Las lesiones que se observan en los cadáveres de los que han sucumbido al sarampion son debidas á las complicaciones.

Diagnóstico. En su principio es difícil el diagnóstico entre el sarampion y la fiebre catarral, pero la erupcion quita las dudas. No puede confundirse con la escarlatina, que va acompañada de angina y tiene otros caractéres la erupcion, ni con la viruela, en que no existen fenómenos catarrales y sí gástricos. Tampoco puede confundirse con la grippe desde el momento que aparece la erupcion. La existencia de una epi-

demia de sarampion y la presencia de la fiebre acompañada de síntomas catarrales por parte de las mucosas ocular, nasal y bronquial, nos harán sospechar la presentacion de un sarampion.

Pronóstico. En estado de simplicidad, el sarampion es de un pronóstico favorable, pero ofrece gravedad por sus consecuencias y complicaciones. El embarazo, el estado puerperal, la edad avanzada, el trabajo de la denticion tambien agravan el pronóstico. Son de mal agüero la opresion, el delirio, la retropulsion del exantema, las convulsiones.

Tratamiento. El sarampion se cura bien y sin ningun tratamiento en la mayoría de los casos; por lo tanto nos limitaremos á colocar el enfermo en una habitacion que esté á la temperatura de 13 á 15 grados, debiendo renovar el aire de ella todos los dias con la precaucion de cubrir al enfermo durante la operacion. Se le pondrá en cama sometiéndole á un abrigo moderado y manteniendo en la habitacion una semi-oscuridad. Se prescribirá la dieta durante los dos primeros períodos, y cuando cese la fiebre se concederán caldos y leche para entrar poco á poco en el régimen habitual del enfermo durante el período de descamacion. Se deben conceder al enfermo bebidas diluentes y aun agua clara al temple de la habitacion ó cuando más tibias. Cuando la calentura tiene un carácter inflamatorio, la respiracion es difícil ó hay complicacion inflamatoria está indicada la sangría ó las sanguijuelas, segun los casos, aunque debe procederse con mucha prudencia al usar las evaçuaciones sanguíneas. Si hay síntomas de ataxia, comó excitacion cerebral acompañada de pulso contraido, orina clara y sequedad de la lengua, se emplearán los medios indicados en la fiebre atáxica, y entre ellos el almizcle solo ó unido al extracto de ópio. Si se presenta el estado adinámico, caracterizado por la depresion de fuerzas, pulso concentrado, color apagado de la erupcion y oscuro de la lengua, se usarán los cocimientos de quina, los ácidos minerales, los medicamentos estimulantes y los caldos de pollo ó de ternera. Cuando la tos es incómoda y el catarro fuerte, se usará el looc blanco, solo ó mezclado con algun opiado, ó el extracto de beleño, y si al mismo tiempo hay disnea y dificultad de espectorar, se usará una infusion de 20 centígramos de ipecacuana en 120 gramos para tomar á dó-

sis pequeñas. La pulmonía se combatirá mejor que con las sangrías con las cantáridas y el método contraestimulante. La diarrea ó disentería reclaman el uso del cocimiento blanco de la Farmacopea, ya solo, ya con algun opiado. Si se presenta complicacion cerebral se emplean las sanguijuelas detrás de las orejas y los revulsivos á las extremidades inferiores. Las demás complicaciones se combaten con los medios apropiados á ellas. Cuando la erupcion se suprime por la impresion del frio se procurará restablecerla por medio de los baños templados y de vapor, usando de igual medio cuando la erupcion no se presenta con facilidad.

El tratamiento profiláctico más eficaz es el aislamiento de los enfermos, pues los demás medicamentos aconsejados no merecen confianza.

ALFOMBRILLA.

Definicion. Es una fiebre exantemática caracterizada por manchas análogas á las del sarampion, pero que no van acompañadas de síntomas catarrales, y sí de dolores reumatóideos.

Etiología. Se observa en todas las edades y sexos, aunque se manifiesta más especialmente en las mujeres y los niños. Las estaciones cálidas y una temperatura elevada favorecen su desarrollo. Reina á veces epidémicamente y es contagiosa.

Sintomatología. Invade con malestar general, dolores en los miembros, calentura, escalofrios, y á veces con anorexia, sed viva y agitacion, ó por el contrario, postracion. La erupcion generalmente se presenta á las veinticuatro horas, y está constituida por manchas de magnitud variable, de color de frambuesa, y se extiende principalmente por la cara, brazos y dorso de las manos, acompañándose de un prurito algunas veces moderado ó fuerte y otras nulo. Esta enfermedad se distingue del sarampion porque no va acompañada de síntomas catarrales como este; las manchas no sobresalen como las del sarampion; son más pálidas, mayores y más aisladas, y desaparecen con la presion del dedo para volver á presentarse en cuanto esta cede. Esta erupcion persiste siete dias, á veces solo veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y termina por descamacion furfurácea ó laminosa, y en ocasiones sin ella.

Pronóstico. Es la más benigna de las fiebres eruptivas, y carece de complicaciones.

Tratamiento. Es el sencillo que requieren todas las fiebres eruptivas simples ó sin complicacion.

ESCARLATINA.

Definicion. La escarlatina es una fiebre eruptiva y contagiosa, caracterizada por pequeños puntos rojos que forman pronto manchas irregulares de color de frambuesa, y se acompaña de síntomas de angina y otros trastornos generales.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de fiebre escarlatinosa, fiebre roja, fiebre purpúrea, fuego sagrado y otros.

Etiología. Es producida por un principio contagioso desconocido en su esencia, pero que indudablemente se halla en las emanaciones del enfermo, puesto que la contraen las personas que han estado á sus inmediaciones, por más que no hayan tenido un contacto directo con él; tambien está probado que el contagio puede verificarse por el intermedio de personas que se hayan hallado bajo la influencia de las emanaciones de un escarlatinoso. Habiéndose hecho pruebas de inoculacion, estas han dado resultados muy variados. La escarlatina es ménos frecuente que el sarampion; pero así como esta, una vez padecida, preserva generalmente de un nuevo ataque, aunque la recidiva es muy excepcional. Se desarrolla en todas las estaciones, aunque es más comun en el otoño y la primavera. Es enfermedad más propia de la infancia despues de los dos años, aunque tambien se observa en las demás edades. Se desarrolla de un modo epidémico, tomando á veces un carácter maligno.

Sintomatología. El curso de la escarlatina se divide en cuatro períodos, que son la incubacion, la invasion, la erupcion y la descamacion.

Período de incubacion. Parece ser más corto que el correspondiente del sarampion, pues no suele durar más que seis ó siete dias, y ordinariamente no se anuncia por ningun tras-

aguda en todos los casos y va precedida de calentura, vómitos, diarrea, dolores en el hipogástrico y orinas sanguinolentas. Casi siempre, segun unos, y siempre, segun otros, hay *albuminuria*. Estas hidropesías se presentan en los niños débiles y linfáticos en las estaciones frias ó por causa de enfriamientos.

Anatomía patológica. Se notan en los puntos ocupados por la erupcion manchas lívidas que otras veces no existen, el epidermis se desprende con facilidad y la piel entra pronto en putrefraccion. La boca, fosas nasales, faringe, estómago é intestinos presentan vestigios de congestion y de inyeccion; todas las vísceras están congestionadas, y principalmente el bazo y los riñones. Las demás lesiones que se notan son las correspondientes á las complicaciones de la enfermedad.

Diagnóstico. La gran intensidad de la fiebre, la alta temperatura de la piel, los síntomas de angina y los caractéres de la erupcion distinguen esta enfermedad de las demás. No se confundirá el reumatismo articular agudo con los dolores de la escarlatina si tenemos en cuenta la agitacion, el delirio y la angina en el primer período de la escarlatina. La forma anginosa en que la erupcion es fugaz, pudiera confundirse con una angina ordinaria, si no se tuviese presente que en aquella los síntomas generales son más graves y que tienen un color escarlata las amígdalas, faringe y boca.

Pronóstico. Cuando es benigna se termina por la curacion; pero es grave en ciertas epidemias. Tambien lo es la anormal, la que se declara en el curso de otra enfermedad ó cuando sobrevienen complicaciones.

Tratamiento. Cuando la escarlatina es benigna debemos seguir el mismo tratamiento que se ha expuesto al tratar del sarampion benigno; así que bastará la quietud en cama, una atmósfera de 10 á 12°, un abrigo moderado, dieta ténue, bebidas acídulas atemperantes. La sangría solo se halla indicada en los casos de una hiperestenia vacular muy notable y en los sugetos robustos, pues en esta enfermedad se deprimen con facilidad las fuerzas de los enfermos. La intensidad y violencia de la angina exigirán, así como las congestiones cerebrales, la aplicacion de sanguijuelas. Cuando hay extreñimiento se prescribirán lavativas, y solo en caso de necesidad se administrarán ligeros laxantes. Para calmar el ardor, la

intensidad del estado febril y la excitacion nerviosa han aconsejado algunos profesores el método hidroterápico, y dicen Huffeland, Currier, Niemeyer, Trousseau y otros que han obtenido buenos resultados, al paso que Graves asegura haber obtenido un éxito vario; sin embargo, este es un medio que trae en pos de sí reacciones y puede producir retrocesos de la erupcion á los órganos interiores; por cuya razon es preferible usar, con el objeto de calmar el eretismo febril, los baños templados á 27 ó 28°, y cuando queramos excitar la diaforesis y activar la accion de la piel, el de vapor. Cuando se presentan síntomas atáxicos se prescribirá el almizcle, y cuando se presentan adinámicos, los cocimientos de quina y valeriana, los caldos sustanciosos, y segun algunos, el sulfato de quinina á dósis altas, la limonada clorhídrica y el acetato ó el carbonato de amoniaco; tambien puede darse en estos casos una corta cantidad de alcanfor y aplicar lavativas estimulantes y algo antiespasmódicas. Cuando la angina es simple se usarán los gargarismos emolientes, que al fin de la dolencia se harán astringentes; cuando es gangrenosa se darán los tónicos al interior y se emplearán gargarismos con un cocimiento de quina, al que se añade alcohol alcanforado, ácido clorhídrico ó alumbre; cuando es diftérica se emplean contra el estado general los caldos, la limonada clorhídrica, el sulfato de quinina á dósis tónica asociado al almizcle, y contra la angina los gargarismos detergentes y la cauterizacion con el nitrato de plata ó el ácido clorhídrico. La anasarca se combate con el abrigo moderado, la dieta ténue, los diuréticos suaves, los laxantes y aun los baños de vapor; cuando viene acompañada de fiebre habrá que recurrir, si las fuerzas del enfermo lo consienten, á las evacuaciones sanguíneas y la aplicacion de sanguijuelas y ventosas á las regiones renales, siendo útiles tambien en estos casos los baños tibios.—Las demás aplicaciones se combaten con los medios apropiados á su índole.—Los preservativos que, como el extracto de belladona, entre otros, se han recomendado, no ofrecen la menor confianza.—El tratamiento profiláctico consiste en aislar los sugetos sanos de los enfermos, ó de los que se comunican con estos, por lo ménos hasta el tercer setenario.

FIEBRE MILIAR Ó SUDOR MILIAR.

Definicion. Es una fiebre eruptiva, casi siempre epidémica, acompañada de sudores muy abundantes y una erupcion de vexículas miliares.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de fiebre sudatoria, púrpura blanca y roja, sudor de los Picardos, hydroa.

Etiología. Nada se sabe respecto á la causa que produce la fiebre miliar, aunque se cree es debida á una infeccion del organismo, y aun algunos aseguran que es tambien contagiosa, lo cual está poco probado. Los países en que más se presenta son en Francia, la Italia y el sudoeste de Alemania, siendo muy rara en los demás. En España se ha observado tambien. Se presenta en todas las estaciones, aunque es más propia de la primavera y verano; ataca de preferencia á los sugetos robustos de una edad media, y á las mujeres, principalmente á las embarazadas y á las que se hallan en el puerperio y la lactancia.

Sintomatología. Va á veces precedida de flojedad, abatimiento, dolores en las extremidades, cefalalgia y pérdida del apetito; pero más comunmente acomete repentinamente por la noche, despertando los enfermos con un sudor muy copioso, raras veces precedido de un ligero escalofrio, y acompañado de cefalalgia supraorbitaria, constriccion ó angustia dolorosa en el epigastrio, rubicundez de la cara; muchas veces disfagia, náuseas, vómitos y disnea con accesos de sofocacion; la piel está muy caliente; el pulso, con una frecuencia variable, está desarrollado ó pequeño y contraido. La sed no es muy viva, la lengua está blanca, hay extreñimiento, la orina es rara y encendida; la mayor parte de los enfermos aquejan tirantez en la nuca, vértigos, zumbido de oidos, dolores de las extremidades parecidos á los calambres y adormecimiento y picazon en las mismas, sobre todo en los dedos de las manos. Los sudores son tan abundantes que calan, no solo las cubiertas de la cama, sino tambien los colchones. Todos estos síntomas duran dos ó tres dias, exacerbándose durante ellos de un modo irregular.—Del tercero al cuarto dia aparece la erupcion acompañada de la exacerbacion de todos

los síntomas; se verifica de una sola vez ó en brotes sucesivos, que van acompañados de aumento en los síntomas. Esta erupcion consiste unas veces en pintitas rojas, salientes y con una pequeña vexiculita en su vértice, perceptible más al tacto que á simple vista (*miliar roja*), y consistiendo otras en una reunion de sudaminas trasparentes, cuyas vexículas, más ó ménos voluminosas, pueden reunirse en ampollas (*miliar blanca*). La erupcion se presenta primero en la parte lateral del cuello y en la superior y anterior del pecho, desde donde se esparce al vientre, espalda, brazos y piernas.—Del sexto al décimo dia se aplastan ó se rompen las vexículas, y se determina una descamacion furfurácea, al mismo tiempo que cesan los sudores, la ansiedad, la picazon de la piel, la anorexia y demás síntomas. Desaparece la calentura, vuelve el sueño y el apetito y se restablecen las excreciones alvinas.

La fiebre miliar puede ser *maligna*, en cuyo caso sobrevienen mucha frecuencia del pulso y varios accidentes nerviosos, como son: delirio, coma, convulsiones, contracturas, saltos de tendones, síncopes y accesos de sofocacion.

Curso y duracion. El curso de esta fiebre puede ser ya contínuo, con exacerbaciones y remisiones, ya remitente, ya intermitente. La convalecencia es interrumpida algunas veces por recaidas, que se manifiestan de igual modo y siguen la misma marcha que el primer ataque. Cuando la enfermedad es benigna no pasa su duracion de dos setenarios, pero cuando es más grave puede durar más de un mes, y si ocurre la muerte, esto sucede generalmente hácia el fin del primer setenario, aunque puede tambien observarse en cualquier período del mal.

Terminacion. Puede ser por la salud, en cuyo caso la convalecencia se declara á fines del primer setenario por punto general, ó por la muerte.

Complicaciones. Las más frecuentemente observadas son anginas con ó sin falsas membranas, bronquitis, aftas, enteritis, raras veces pulmonías, y en algunas ocasiones hemorragias múltiples y paralísis consecutivas.

Anatomía patológica. Los cadáveres entran pronto en putrefaccion; la sangre está muy líquida y oscura: las meninges y senos cerebrales se hallan ingurgitados de sangre; á veces hay serosidad en los ventrículos; la mucosa bronquial inyec-

tada, el bazo aumentado de volúmen y reblandecido, el hígado lleno de sangre.

Diagnóstico. La constriccion epigástrica, los sudores excesivos y la erupcion miliar hacen imposible que se confunda con otra enfermedad, pues aun cuando la erupcion miliar se desarrolla como epifenómeno del reumatismo, sarampion, escarlatina, fiebre tifoidea y estado puerperal, la falta de sudores copiosos, en estos casos la dan el valor que debe tener.

Pronóstico. Cuando se presenta de un modo epidérmico es siempre grave, y mucho más si afecta la forma maligna; pero ordinariamente la mortandad es de un 20 á un 25 por 100.

Tratamiento. La colocacion del enfermo en una habitacion en que pueda renovarse el aire fácilmente, proporcionarle un abrigo moderado, evitar las corrientes de aire, la limpieza, la dieta, el uso de bebidas atemperantes acídulas son los primeros medios que debemos emplear. La sangría general es más bien perjudicial que útil, pero las aplicaciones de sanguijuelas (12 á 24) en el epigastrio disminuyen notablemente la constriccion y la fatiga. Algunos recomiendan el uso de la ipecacuana como vomitivo, pero solo será útil cuando la enfermedad empieza por trastornos gástricos muy pronunciados. Los accidentes puramente nerviosos ceden al ópio y los antiespasmódicos. El extreñimiento se combate con lavativas ligeramente laxantes ó con los purgantes. Cuando la enfermedad afecta un carácter intermitente ó remitente, puede darse con éxito el sulfato de quinina á la dósis de 60 á 65 centígramos diarios.

FIEBRES ACCESIONALES.

Definicion. Son aquellas que, constituidas por la excitacion morbosa y comun de los sistemas nervioso y circulatorio en toda su extension, ofrecen en su curso reproducciones periódicas más ó ménos regulares y completas del estado febril en forma de paroxismos ó de accesos.

Etiología. Las opiniones se hallan muy divididas respecto á las causas productoras de las fiebres de acceso, pues mientras unos no admiten otra que la infeccion del cuerpo por los

miasmas desprendidos de sustancias orgánicas descompuestas en el agua, otros, reconociendo esta causa como la más comun, admiten sin embargo otras, como la mala cualidad del agua que se bebe, el frio excesivo, las fuertes impresiones morales, ciertas constituciones epidémicas, los excesos en el régimen, las indigestiones y las variaciones de temperatura que suceden en un mismo dia y con notable rapidez. Efectivamente, no puede dudarse que reinan de una manera endémica en los sitios próximos á los pantanos, á los rios de mala corriente ó que se salen de madre, á los estanques y á las lagunas existentes en terrenos poco permeables, y que contienen sustancias vegetales en putrefaccion, viendo que se aumenta ó disminuye el número de enfermos atacados de estas fiebres, segun que las circunstancias son ó no favorables á la descomposicion de los restos vegetales. Así, durante el verano y otoño, en que las aguas estancadas disminuyen, dejando estos restos más descubiertos, y por consiguiente accesibles á la accion del calor y del sol, que activan la putrefaccion, se ve aumentar el número de las fiebres de acceso. Tambien se presentan estas en todos los sitios donde haya restos de vegetales en descomposicion, como en las praderas artificiales, en las calles desempedradas y súcias, en los terrenos incultos y húmedos, en los eriales nuevamente removidos y en los acabados de roturar. En todos estos casos los miasmas ó efluvios desprendidos infectan el aire, haciéndole apropiado para desarrollar las fiebres de acceso; mas como estos miasmas son más pesados que el aire, es mayor su abundancia en los lugares bajos, y segun Lancisi mayor su actividad despues de puesto el sol, porque hechos rarefactos por el calor del dia y elevados en la atmósfera, el descenso de la temperatura los condensa y los precipita sobre la tierra. Segun Boudin, las fiebres de acceso con relacion á las localidades disminuyen en frecuencia é intensidad del Ecuador á los polos y del nivel del mar hácia los sitios elevados, y respecto á las estaciones el invierno es análogo á las regiones de latitud y altura elevadas, y el estío, por el contrario, á las próximas al Ecuador y al nivel del mar. La naturaleza y el modo de obrar de estos miasmas se ignora, pues todas las teorías que se han expuesto son inadmisibles. Otras veces se presentan estas fiebres de un modo esporádico, y en localidades donde no existen las circunstan-

cias que producen los miasmas palúdicos, y entonces el desarrollo de las fiebres accesionales es debido ó á causas desconocidas, ó á la trasmision de los miasmas por medio del aire, ó á las que dejamos expuestas más arriba y que son abonadas por la perturbacion que pueden inferir en el sistema nervioso para que este establezca la periodicidad.—Están dispuestos á padecer estas fiebres todas las edades y sexos. El excesivo trabajo, los extravíos del régimen, los enfriamientos, los excesos en el régimen y otras causas debilitantes disponen á contraer estas fiebres, así como tambien el haber padecido uno ó varios ataques anteriores de la enfermedad.

Division. Las fiebres de acceso se han dividido en *intermitentes*, ó aquellas en que el movimiento febril se presenta por accesos que dejan entre sí intérvalos apiréticos, y en *remitentes* cuando se presenta la fiebre sin intermision, pero es interrumpida por paroxismos más ó ménos regulares.

FIEBRES INTERMITENTES.

Definicion. Son enfermedades caracterizadas por un movimiento febril que repite por accesiones separadas entre sí por intermisiones apirécticas, acompañadas de una lesion especial del bazo y con tendencia á las recaidas.

Etiología Sus causas son las que ya dejamos expuestas.

Sintomatología. Unas veces van precedidas de prodromos y otras no, como veremos al ocuparnos de sus especies, pero que en todas ellas sus accesos se dividen en tres tiempos ó *períodos*, que se conocen con los nombres de *frio*, *calor* y *sudor*. Entre un acceso y otro hay un espacio de calma que se llama *apirexia* ó *intermision*, y el acceso mismo se conoce con el nombre de *paroxismo*. Algunos han considerado cada paroxismo como una enfermedad, pero la persistencia de algunas molestias durante la apirexia no permite seguir esta opinion. Cada accesion se anuncia por dolor de cabeza, concentracion de fuerzas, anorexia, alteracion de la fisonomía, pendiculaciones y bostezos, que rara vez faltan aun cuando sea brusca la invasion. A veces, por efecto de la constitucion médica reinante ó por otras causas, revisten estas fiebres la forma de las sinocales, apareciendo en el acceso síntomas que

las dan un carácter inflamatorio, bilioso, catarral ó reumático, lo cual se verifica más principalmente en las de tipo cotidiano. Las intermitentes se trasforman á veces en sub-continuas ó remitentes.

Divisiones. Varias son las divisiones que se han hecho de las fiebres intermitentes; así segun su causa se han dividido en primitivas ó esenciales y en secundarias ó sintomáticas, de las cuales no debemos ocuparnos. Segun su curso, se han dividido en simples, benignas, regulares ó manifiestas, en perniciosas ó anómalas. Segun su tipo, se dividen: en *cotidianas*, cuando los accesos se presentan todos los dias y guardan relacion entre sí, en la duracion, intensidad y principales síntomas que las acompañan; en *tercianas*, cuando los accesos se repiten un dia sí y otro no, y en *cuartanas* cuando se repiten cada cuarto dia, quedando entre uno y otro paroxismo dos dias de apirexia. Puede suceder tambien que se presenten dos accesos todos los dias, constituyendo la *cotidiana duplicada*, ó cada tercer dia, dando lugar á una *terciana duplicada*, ó cada cuarto dia, originando la *cuartana duplicada*. Se ven tambien fiebres que tienen un acceso cada dia, siendo el del primero más fuerte y duradero que el del siguiente, y repitiéndose de igual modo en los sucesivos, lo cual constituye la *doble terciana*; cuando hay accceso dos dias seguidos, viniendo despues uno de apirexia, pero de modo que se correspondan el del dia primero con el del cuarto, y el del segundo con el del quinto, se conoce la fiebre con el nombre de *doble cuartana*. Estos son los tipos que se presentan con más frecuencia, aunque tambien se admiten fiebres *quintana*, *sextana*, *octana*, *mensual* y *anual*. Cuando las fiebres no manifiestan relacion constante entre la duracion de los accesos y la de la apirexia se llaman *irregulares*, y cuando el órden de los períodos ó estadios se presenta cambiado ó falta alguno de ellos se las denomina *anómalas*. La causa de esta variacion de tipos es completamente desconocida, aunque tiene cierta relacion con los climas y las estaciones; así se observan las cotidianas en la primavera de preferencia, las cuartanas en el otoño y las tercianas en todas las estaciones. El tipo influye tambien en la persistencia de la enfermedad, pues mientras las cotidianas desaparecen por sí ó á la medicacion conveniente, las tercianas se resisten más, y mucho más aun las cuartanas, pues co-

mo dice muy bien Trousseau, cuanto más se aparta una intermitente del tipo cotidiano, más tenaz es para su curacion. Estas fiebres tienen una tendencia muy marcada á las recaidas, y particularmente las tercianas y las cuartanas; así que la exposicion al frio y á la humedad, las emociones morales vivas, las indigestiones, la administracion de purgantes, pueden hacerlas reaparecer, guardando en sus recaidas el mismo tipo y presentando los mismos fenómenos que en el primer ataque.

Complicaciones y accidentes consecutivos. Como hemos dicho, pueden complicarse con un estado inflamatorio, gástrico, bilioso, catarral ó reumático, ó con enfermedades del sistema nervioso y gastro-intestinal. Como accidentes consecutivos se observan infartos del hígado y del bazo; pues por efecto de la repeticion de los accesos la sangre se estaciona en los vasos de estos órganos, se dilatan sus capilares, se obstruyen sus conductos, se concreta aquella en el interior de estos y se endurece la testura de dichas vísceras aumentando su volúmen, pero mucho más frecuentemente el bazo que el hígado. Tambien se observa que la sangre, á consecuencia de los accesos repetidos, pierde su coloracion propia y disminuye su plasticidad, presentándose una especie de cloro-anemia que produce un tinte amarillo especial de la piel imposible de describir. Este estado de la sangre se ha referido por algunos al infarto esplénico que influye en el predominio de los glóbulos blancos en la sangre (*leucocitemia*), mas esta cuestion no está aun bien decidida. Pueden ser consecuencia de calenturas prolongadas algunas hidropesías, como edema parcial de las extremidades inferiores, anasarca ó ascitis. Por fin sobrevienen en ocasiones espasmos, dolores y paralísis, que se explican, ya por el trastorno ocasionado en el sistema nervioso, ó ya por las congestiones y exudaciones serosas verificadas en el neurilema de la médula. Tambien se han citado como enfermedades consecutivas varias enajenaciones mentales.

Anatomía patológica. La lesion más constante que se encuentra es el infarto del bazo, cuyo volúmen puede llegar á ser hasta 28 centímetros de alto por 20 de ancho. Tambien se notan congestiones é infartos del hígado y de los riñones. La sangre está empobrecida en sus glóbulos y albúmina. En los individuos muertos de fiebre perniciosa se encuentran con

frecuencia señales de *melanemia*, ó sean concreciones de color negruzco, formadas por el pigmento que circula en la sangre, y á veces los residuos de inflamaciones y derrames sanguíneos considerables.

FIEBRE INTERMITENTE SIMPLE Ó BENIGNA.

Definicion. Se llama así cuando solo se halla constituida por los accesos febriles sin ningun género de complicacion.

Sintomatología. En algunos casos se presentan como prodromos; disgusto, malestar, cansancio y dolores en la nuca y lomos, pero lo más general es que no los haya y solo se anuncie el acceso por cefalalgia, ansiedad, bostezos, pandiculaciones, palidez, etc., á cuyos síntomas sigue de cerca el primer estadio ó de frio.

Primer estadio ó período de frio. Unas veces no sienten los enfermos más que una sensacion de frio pasajera, pero lo general es que vaya aumentando, constituya una horripilacion que hace tomar á la piel el aspecto de carne de gallina, ó que sea tan intenso que ocasione castañeteo de dientes y convulsiones de los miembros. Este frio, que empieza por una parte del cuerpo, como los lomos ó las extremidades, se generaliza á todo él. Al mismo tiempo hay cefalalgia, opresion de pecho, respiracion frecuente, palabra confusa y entrecortada y con frecuencia se presentan vómitos, sobre todo si hace poco que ha comido el enfermo. El volúmen del cuerpo parece disminuido, la cara está contraida, la nariz afilada. La piel se decolora, y como la sangre se estanca en los capilares venosos, los lábios y puntas de los dedos se ponen de un color violado. El pulso está muy frecuente, pequeño y duro; la secrecion urinaria está las más veces aumentada y la orina es clara y poco densa. El calor de la piel parece que disminuye al tacto, aunque algunas veces se nota una temperatura normal ó poco más alta que de ordinario. El hipocondrio izquierdo suele estar dolorido y se percibe por la percusion el aumento de volúmen del bazo. La duracion del frio es de un cuarto á cinco horas y por término medio de una.

Segundo estadio ó período de calor. Este período se desarrolla insensiblemente, presentándose interrumpido el frio por llamaradas de calor, que aumentando poco á poco se hace

uniforme, sintiéndole los enfermos ya de un modo moderado, ya intenso; pero en muchos casos esta sensacion no es real y positiva, sino una perversion de la sensibilidad del enfermo, pues la mano del médico no encuentra la temperatura de la piel elevada en proporcion á la sensacion de aquel. Al mismo tiempo que el calor aumenta, desaparece la lividez de la piel, que se reemplaza por rubicundez y turgencia de la misma, pareciendo que el cuerpo aumenta de volúmen; el pulso se hace más lleno y frecuente, la respiracion más alta y libre, la cefalalgia persiste ó aumenta, algunos enfermos están muy agitados y aun tienen sub-delirio ó estupor. La sed está aumentada, la orina se pone roja y ardiente, y la piel, seca al principio, se va humedeciendo poco á poco. Este período dura de una á doce horas, aunque su término medio es de cuatro á seis.

Estadio ó período de sudor. Empieza por un sudor suave, que principiando por la cabeza y pecho, se extiende á todo el cuerpo y es seguido de sudores más ó ménos abundantes. En cuanto se presenta el sudor los enfermos se sienten mejor, se despejan, disminuyen todos los síntomas, como la cefalalgia, la ansiedad, los dolores, la sed; el pulso se pone blando, lleno y lento; la respiracion es más regular y fácil; la orina está roja y deja depositar un sedimento laterício. La duracion de este período es casi la misma de los anteriores.

Apirexia. A los accesos sigue un estado de apirexia que rara vez es absolutamente franca, pues aunque los enfermos no tienen calentura, el apetito es poco, la lengua está cargada, las digestiones son difíciles, hay palidez del rostro, cefalalgia y disminucion de fuerzas. Otros enfermos no presentan malestar ninguno en los dias intercalares ó de apirexia.

Duracion. Las cotidianas son las que duran menos, las tercianas duran más y las cuartanas más aun. Segun las estaciones, las que menos duran son las de la primavera, y las que más las de otoño. La duracion de cada acceso es de una á diez y ocho horas, siendo su término medio el de cuatro á doce.

Diagnóstico. El de la intermitente simple no es difícil, atendida la sucesion de sus tres estadios y la reaparicion periódica de los accesos.

Pronóstico. Es leve en las de la primavera y las esporádicas, siendo más difíciles de curar y más propensas á las recidivas las de otoño y epidémicas. La infancia, la vejez, la debilidad de constitucion, las afecciones crónicas de los órganos digestivos, los accidentes consecutivos que dejamos expuestos, la frecuencia de las recidivas, inducen gravedad en el pronóstico.

Tratamiento. Comprende el del acceso en sí mismo y el de la enfermedad en general, ó sea el uso de los medios para prevenir la vuelta de los accesos. El tratamiento de los accesos debe limitarse á colocar al enfermo en cama desde el momento en que se sienta acometido del frio, cubrirle moderadamente, someterle á dieta, darle en el período del frio bebidas de infusiones aromáticas calientes, envolverle en lienzos calientes, y si los vómitos molestan, hacer uso de los polvos gasíferos para contenerlos. Durante el período de calor se administran bebidas acídulas templadas y se aligera de ropa á los enfermos, y en el período de sudor se procura que no se aireen los enfermos, se usan bebidas templadas para no interrumpir el sudor, y una vez pasado, se puede consentir que muden los enfermos de ropa interior.

El tratamiento general de la enfermedad consiste en el uso de los medios apropiados para prevenir la vuelta de los accesos. Estas fiebres pueden curarse por los solos esfuerzos de la naturaleza, segun observacciones de Hipócrates y otros médicos antiguos y contemporáneos, entre ellos Gintrac, que cita 501 curaciones espontáneas. Del conocimiento de este hecho surgió la idea de si deberia ó no intervenir la terapéutica en el tratamiento de estas enfermedades, teniendo sus partidarios tanto la afirmacion como la negacion; mas hoy dia se ha convenido en que es útil no dejar que el mal se desenvuelva, atacándole con un remedio específico, que es la quina y sus alcalóides. Antes de emprender el tratamiento de la enfermedad por estos medicamentos, es necesario simplificar la enfermedad atacando sus complicaciones; así se halla indicada la sangría durante la apirexia en los casos de complicacion inflamatoria, y los vomitivos y purgantes cuando hay una complicacion saburral alta ó baja, ó una complicacion biliosa. Una vez llenas estas indicaciones y simplificada la enfermedad, se daba antes la quina ó varios electuarios compuestos con ella, y que hoy han sido sustituidos con los alcalóides sacados del citado medicamento, prefiriendo á todos ellos el sul-

fato de quinina. Todos están conformes en el medicamento que se ha de administrar, pero no en el método de administracion; así, segun el método de Torti ó *romano*, se daban 8 gramos de quina de una sola vez antes del acceso, repitiendo todos los dias el medicamento á igual dósis hasta que el enfermo se encontraba bien. Segun el de Sydenhan ó *inglés*, se daban inmediatamente despues del acceso, y cada cuatro horas, doce tomas de quina en polvo de á dos escrúpulos cada una, cuyo tratamiento se repetia cada ocho dias. Segun el método de Bretonneau ó *francés*, se dan despues del acceso 8 gramos de quina ó 1 de sulfato de quina en una sola dósis, ó en dos aproximadas; cinco dias despues otra dósis, y luego cada ocho otra igual hasta que pase un mes. Trousseau ha introducido en este método una modificacion, que consiste en administrar la quina ó el sulfato de quinina á igual dósis que Bretonneau, pasado el primer acceso, repetirla primero al tercer dia, luego al cuarto, al quinto, al sexto, al sétimo, y por último cada ocho dias por espacio de uno ó dos meses. Huffeland prescribe una onza de quina en polvo, ú ocho ó doce gramos de sulfato de quinina, para tomar cada hora ó cada dos horas, segun sea la duracion de la apirexia, una dósis de media dracma de la primera, ó un gramo del segundo; estas cantidades las repite en la apirexia inmediata, la mitad en las otras dos, la tercera parte en la cuarta, y así sucesivamente por espacio de ocho ó quince dias. El Sr. Santero usa en el primer intérvalo apirético el método de Sydenhan, y en los sucesivos el de Huffeland, hasta pasar los siete dias en que debiera corresponder el acceso. Nosotros, creyendo el más seguro el método de Trousseau, le damos la preferencia. El sulfato de quinina se administra ya en píldoras, ya en disolucion en agua destilada, forma esta última la más conveniente siempre que el enfermo no la tenga una repugnancia invencible. Cuando no pueda administrarse por la boca, se usará en enemas; pues su accion es igualmente segura por el recto. En los niños, en que no puede administrarse el medicamento por la boca, se hace uso de las lavativas de quinina ó de fricciones en la parte interna de los brazos y muslos con una pomada compuesta de uno á dos escrúpulos de quinina por una dracma ó dos de manteca. Las otras sales de quinina, la quinina parda y las sales de cinconina, tienen los mismos efectos, con tal de que la

quina parda y las sales de cinconina se empleen en mayor cantidad que el sulfato de quinina. Niemeyer recomienda para los pobres la quinoidina y la tintura de quinoidina durante la apirexia, á la dósis de 12 á 15 gotas cada dos horas. Cuando la intermitente es refractaria á la accion de la quina, se hace uso del ácido arsenioso, segun la fórmula siguiente de M. Boudin: ácido arsenioso un gramo; disuélvase mediante una ebullicion de un cuarto de hora en 1.000 gramos de agua destilada, reponiendo despues la que se evapore, para administrar de medio á un milígramo de sustancia activa una ó dos veces al dia. Tambien se han recomendado como sucedáneos de la quinina el picrato ferroso, el cloroformo, la salicina, el acebo en polvo, el olivo, la corteza de castaño, etcétera; pero ninguno de estos medicamentos aventaja en seguridad á la quina, á no ser en circunstancias excepcionales. Los accidentes consecutivos reclaman distintos medios; así se considera eficaz contra los infartos del bazo el sulfato de quinina, elevando la dósis de 1 á 4 gramos, ayudando la accion de este medicamento con chorros de agua fria sobre el hipocondrio ó las fricciones con el extracto de cicuta unido á la pomada de hydriodato potásico, y aun haciendo alguna aplicacion de sanguijuelas si se presentan síntomas de agudeza. Las hidropesías y la caquexia se combatirán con un régimen tónico, el cambio de lugar y el uso de los preparados de quina asociados á los ferruginosos. Las neuroses consecutivas se combaten tambien con la quina y el hierro, los baños de chorro sulfurosos y aromáticos, las fricciones trementinadas y los vejigatorios, segun las indicaciones particulares de cada una de ellas.

FIEBRES INTERMITENTES PERNICIOSAS.

Definicion. Son las que por la intensidad ó gravedad en sus síntomas, ó la rapidez de su curso, toman un carácter de malignidad especial y pueden terminar por la muerte en algunos accesos.

Variedades. Estas fiebres afectan generalmente el tipo tercianario, y en otros el cuartanario. La malignidad afecta unas veces á los estadios presentándose con exageracion; ó el frio (*fiebre álgida*), del cual no tienen apenas conciencia

los enfermos, están muy agitados, se extingue su voz, la sed muy viva, el aliento frio, el pulso pequeño, frecuente, irregular; ó está exagerado el período de calor (*fiebre urente*), ó por fin lo está el del sudor (*fiebre diaforética*), que se hace tan excesivo que empapa todas las cubiertas de la cama, el enfermo siente mucho frio, se agotan sus fuerzas y el pulso es muy pequeño. En otros casos se presentan distintas lesiones de la inervacion, tales como un delirio más ó ménos violento (*fiebre delirante*), ó un coma más ó ménos profundo (*fiebre comatosa*), ú otros varios como convulsiones (*F. convulsiva*), catalepsia (*cataléptica*), ataque de epilepsia (*epiléptica*), paralísis parciales (*paralítica*), y furor maniático con horror á los líquidos (*hidrofóbica*). En otros casos se presentan ó bien un dolor vivo, dislacerante en el epigastrio y corazon, acompañado de desfallecimiento (*cardialgica*), ó bien repetidos y continuados síncopes (*sincopal*). En ciertos otros se presentan síntomas de asma (*asmáticas*), disnea (*disneicas*), ó afonía (*áfónicas*). Tambien pueden presentarse otros fenómenos que dan carácter pernicioso á la fiebre, como son evacuaciones muy abandantes, deyecciones alvinas y vómitos biliosos, un flujo disentérico ó hepático de materiales sanguinolentos y serosos con tenesmo, fuertes dolores de vientre y alguna vez ictericia (*fiebre colérica, disentérica, hepática, ictérica*). Además de estas fiebres en que la malignidad se demuestra por el predominio de algunos síntomas, las hay que están caracterizadas por la intensidad y malignidad de varios de ellos; así que en cada acceso se altera extraordinariamente la fisonomía, la postracion es grande, el pulso pequeño é irregular, la lengua se seca, la inteligencia se entorpece, etc., etc. La malignidad de la fiebre se revela en ocasiones desde el principio, en otras no suele mostrarse sino desde el segundo ó tercer acceso. La apirexia rara vez es completa, siendo casi siempre subintrante la fiebre con tendencia á hacerse contínua.

Curso y duracion. El curso de esta enfermedad es rápido y su peligro aumenta á proporcion del número de accesos. Las más graves terminan por la muerte en la primera accesion, y la que dura más es tres, cuatro ó cinco accesiones. Lo más frecuente es que los enfermos perezcan en la segunda ó tercera.

Diagnóstico. Para establecer el diagnóstico de una fiebre intermitente perniciosa hay que tener en cuenta si se presentan los fenómenos graves é insólitos que hemos expuesto con algunos síntomas febriles, por incompletos que estos sean, y si el conjunto de estos accidentes es pasajero y solo dura algunas horas, pues entonces hay que pensar desde luego en la existencia de una fiebre perniciosa, y con más razon si esto ocurre en un país pantanoso y en una constitucion epidémica de intermitentes.

Pronóstico. Es gravísimo, y sobre todo en las formas comatosa, álgida, sincopal y colérica.

Tratamiento. Como estas fiebres tienen tanta gravedad, es preciso obrar con prontitud y administrar el antitípico con preferencia á otra indicacion, desde el momento que se sospecha la malignidad sin esperar la intermitencia completa, sino aprovechando el instante en que se observa la más débil remision de los síntomas. En estos casos se hace uso de la quina selecta ó el sulfato de quinina puro á la dósis de dos gramos y aun más en pocas dósis y aproximadas, administrándole al mismo tiempo en lavativas y por el método endérmico; pues la experiencia demuestra que solo con esta valentía en la administracion del antitípico se evita el peligro. Los síntomas que dan á conocer las formas perniciosas disentérica, colérica y cardialgia, no deben hacernos desistir del uso del antitípico por la boca por miedo de ocasionar perjuicio, puesto que estas afecciones no son de índole inflamatoria, sino nerviosa ó fluxionaria; solo sí debemos tener en cuenta la intolerancia que al medicamento puede ofrecer el aparato digestivo y hacer simultáneamente uso de los opiados que establecen la tolerancia. Además del antitípico hay que usar de otros medios para combatir los síntomas que se presentan; la existencia de un gran dolor se calma administrando el ópio; la postracion con los cordiales; un trastorno del sistema nervioso con los revulsivos cutáneos, y los signos de congestion practicando una evacuacion sanguínea local, pero sin prodigar mucho este medio.

FIEBRES INTERMITENTES ANÓMALAS.

Las anomalías que se observan á veces en las fiebres inter-

mitentes son muy numerosas; así unas veces falta uno ó dos de los tres estadios (*fiebres incompletas*); otras los tres estadios suelen confundirse ó presentarse en un órden inverso; otras el paroxismo se limita á una sola parte del cuerpo, á una extremidad, por ejemplo (*fiebre tópica*); y por fin, otras faltan los síntomas febriles, apareciendo en épocas determinadas un síntoma más ó ménos grave, que en su reaparicion é intermisiones afecta la misma marcha que las fiebres intermitentes simples. Estas fiebres, que se han llamado *larvadas* ó enmascaradas, ceden igualmente al uso de la quinina, pero es necesario no confundir esta especie de fiebres con ciertas enfermedades periódicas de naturaleza distinta, que no deben considerarse francamente intermitentes, y sobre las que no tiene accion la quinina.

FIEBRES INTERMITENTES SINTOMÁTICAS.

Se han llamado tambien *pseudo-intermitentes*, y se presentan en el curso de algunas enfermedades; así se ve que las flegmasías de las membranas cerebrales, ciertas enfermedades del aparato urinario y del digestivo, las supuraciones profundas, las infiltraciones de orina, la tuberculosis y el cáncer en su período de reblandecimiento, la fiebre puerperal en ocasiones, la infeccion sifilítica en otras, dan apariencia de accesional á la fiebre que las acompaña.—Estas fiebres sintomáticas ofrecen, por lo general, los tres estadios de frio, calor y sudor; se reproducen más generalmente bajo la forma de cotidianas ó de doble cotidianas, aunque tambien lo hacen bajo la de terciana y aun cuartana, pero no ceden al uso de la medicacion antitípica.

FIEBRES REMITENTES.

Definicion. Son aquellas cuyos síntomas persisten sin interrupcion, como en las fiebres contínuas, pero en las que, en vez de presentar, como estas, las exacerbaciones ó recargos, aumentando sus síntomas de intensidad, se presentan con los estadios de un acceso de intermitente.

Etiología. Los climas y estaciones cálidas son los más abonados para su desarrollo cuando el calor intenso del dia alterna con el frio de las noches, y con más razon si hay lagunas y pantanos que dejan desprender efluvios.

Sintomatología. Generalmente ofrecen, ó los síntomas del compromiso del sistema vascular y nervioso, ó los de una gástrica, catarral, biliosa ó reumática, segun la constitucion atmosférica y médica reinantes. Además presentan en épocas fijas exacerbaciones caracterizadas por los tres estadios de una intermitente, pero en las que el frio generalmente es ligero, el calor intenso y el sudor proporcionado á este y al carácter de la enfermedad. El tipo de estas fiebres se ha comparado con los de las intermitentes; así que unas veces se presenta con paroxismos diarios (*diaria* ó *anfimerina*), otras con paroximos un dia sí y otro no (*triteofia*), otras con paroxismos en forma de terciana doble (*hemitríteos*), y otras con paroxismos en forma de cuartana (*tetartrofia*). Lo más comun es que la anfimerina corresponda por su forma á la fiebre simple, á la catarral ó á la reumática, y las triteofias y hemitríteos á la gástrica simple ó la biliosa. La tetartrofia es un género rarísimo, y tambien se presenta pocas veces en nuestro clima la triteofia.

Curso, duracion y terminaciones. La diaria ó anfimerina presenta sus paroxismos sin gran frio, pero con un calor intenso, sobre todo por la noche; dura tres ó cuatro setenarios, tiene tendencia á la cronicidad, ocasiona infartos en las vísceras del vientre ó fluxiones en los pulmones, y en ocasiones se cambia en intermitente. La hemitríteos generalmente no pasa del segundo setenario, presenta sus paroxismos por las tardes con escalofrios, frio en las extremidades y aumento de todos los síntomas; si no declina se hace nerviosa en el paso del primero al segundo setenario, cuya trasformacion se da á conocer por sequedad de lengua, piel ardorosa, pulso muy frecuente y débil, delirio y salto de tendones; otras veces se convierte en intermitente. Estas fiebres pueden terminar ó por la salud ó por la muerte.

Diagnóstico. Es difícil en ocasiones, porque los paroxismos que en ellas se notan pueden confundirse con los recargos de las fiebres sinocales, cuando los tres estadios correspondientes á la intermitencia no están bien marcados; pero

cuando lo están es fácil, porque en las otras fiebres los recargos no se inician con frio ni terminan con sudores.

Pronóstico. Es más grave que el de las contínuas simples, y mucho más cuando se presentan en su curso síntomas perniciosos, dan lugar á lesiones de los aparatos gástrico y respiratorio ó se trasforman en nerviosas. Cuando se hacen intermitentes es más favorable el pronóstico.

Tratamiento. Se debe moderar primero la fiebre con los medios apropiados á su índole y corregir las complicaciones una vez reducida la fiebre á la mayor simplicidad posible, administrar la quina ó sus preparados ó el sulfato de quinina á la dósis de 75 centígramos, en el momento en que el pulso se pone blando y ménos frecuente y la piel presenta tendencia á humedecerse, es decir, en el momento de la remision. Las preparaciones de quina no dan tan seguros resultados en estas fiebres como en las intermitentes.

FIEBRE HÉCTICA.

Definicion. Grisolle la define del siguiente modo: «Se da el nombre de fiebre héctica á una fiebre contínua ó remitente de una duracion larga é incierta, y que ofrece entre sus síntomas más notables un enflaquecimiento progresivo que suele llegar hasta el marasmo.»

Etiología. Esta fiebre, que antiguamente se tuvo como esencial y posteriormente como sintomática, no hay duda que en ocasiones, y atendidas las causas que la producen, puede ser esencial cuando sobreviene á consecuencia de las pérdidas abundantes y repetidas de leche, orina, sudor, esperma ó sangre, así como tambien por las emociones del alma, los pesares, la nostalgia, la envidia, el crecimiento rápido del cuerpo, el cansancio excesivo, los dolores violentos, el hambre ó una alimentacion insuficiente. Pero en otras ocasiones es sintomática, como cuando depende de las afecciones crónicas con supuracion ó sin ella, y de las afecciones diatésicas y constitucionales.

Sintomatología. Disminucion del apetito, palidez del rostro, demacracion, disminucion de las fuerzas, calor ácre y seco de la piel, paroxismos erráticos con alternativas de frio y calor, pulso vivo y frecuente. A medida que avanza la enfermedad se aumenta la debilidad y demacracion, las digestiones son penosas, la calentura se hace contínua con recargos vespertinos precedidos de escalofrios y terminados por sudor abundante del tronco, cuello y cabeza, y por fin, sobreviene diarrea coalicuativa, se presenta edema de las extremidades y el enfermo espira en el último grado de marasmo.

Duracion y terminaciones. Su duracion es varia, aunque rara vez menor de dos ó tres meses, y termina generalmente por la muerte.

Pronóstico. Es siempre muy grave.

Tratamiento. Para establecer el tratamiento de la fiebre héctica hay que determinar con exactitud la causa que la produce, pues si depende de flegmasías crónicas, de supuraciones antiguas ó enfermedades diatésicas y constitucionales, deberán administrarse los analépticos y los tónicos además de los medios que exigen los citados estados morbosos. Si depende de pérdidas sanguíneas, los tónicos, los reconstituyentes, las leches y una alimentacion reparadora. Si sobreviene de los abusos venéreos ó la lactancia prolongada, las leches, los amargos, los ferruginosos y el aire del campo. Si depende de afecciones morales, debe establecerse una medicacion moral al mismo tiempo que se hace uso de los neurosténicos, los reconstituyentes, los analépticos y los antiespasmódicos.

FLEGMASÍAS Ó INFLAMACIONES.

Definicion. Las flegmasías ó inflamaciones son enfermedades generalmente febriles, agudas ó crónicas, caracterizadas localmente por rubicundez, dolor, calor y tumefaccion de una parte, y acompañadas cuando son extensas ó afectan un órgano importante de diversos trastornos generales y de un aumento de la fibrina de la sangre.

Etiología. Las causas de las flegmasías ó inflamaciones son muy numerosas: así el aire frio y seco predispone con preferencia á las inflamaciones de las serosas y mucosas de las vías respiratorias, y tambien del parenquima pulmonar; el caliente y seco predispone más particularmente á las del tejido hepático, la mucosa gastro-intestinal y la piel; el frio y húmedo á la de los órganos exhalantes y urinarios; el caliente y húmedo á la del tejido hepático; los cambios bruscos de temperatura producen la inflamacion en unos ú otros órganos, segun el concurso de otras varias circunstancias. Los climas y las estaciones originan las mismas predisposiciones que las temperaturas á que son análogos. La edad y el sexo predisponen á diferentes inflamaciones, así como tambien los temperamentos, observándose que el sanguíneo lo hace más bien á las del sistema vascular y órganos respiratorios, y el linfático á las crónicas de las mucosas. Son tambien causas del desarrollo de las flegmasías, las indigestiones, las fatigas excesivas, las emociones morales, el ejercicio exagerado ó mayor actividad de ciertas funciones, la impresionabilidad de ciertos órganos adquirida por padecimientos anteriores, la supresion de ciertos hábitos morbosos, la insolacion, la accion de las causas traumáticas que producen choques más ó ménos graves, rozamientos ó simplemente compresiones y la aplicacion de sustancias irritantes ó cáusticas. Hay tambien causas que obran de un modo indirecto, y son, además de algunas de las que dejamos expuestas, todos los venenos morbosos, como la mayor parte de los vírus, ciertas sustancias ingeridas en el estómago, como la de ciertas frutas, pescados y mariscos que producen inflamaciones cutáneas, y la de otras sustancias, como el mercurio, que á dósis cortas puede inflamar las encías y membrana bucal. En muchas flegmasías se encuentra un órgano tanto más propenso á padecerlas cuantas más veces la haya padecido antes.

Síntomas. Son locales y generales; los primeros, como hemos dicho, son el dolor, la rubicundez, la tumefaccion, el aumento de calor, la dificultad en el desempeño de las funciones del órgano afecto, y la exudacion de materiales plásticos en la superficie ó en la trama del órgano inflamado. Entre los generales son por lo comun una calentura más ó ménos intensa y de caractéres muy variados, que en algunas ocasiones precede á la alteracion local; en otras aparece al mismo tiempo y casi siempre es consecutiva; hay además alteracion en la crasis de la sangre y fenómenos simpáticos en los órganos que tienen esta influencia con el afecto. Estos síntomas, sin embargo, presentan variaciones segun distintas circunstancias; así el *dolor*, que puede ser más ó ménos intenso desde el grado mínimo al máximo, ofrece los caractéres de muy agudo y pungitivo en la inflamacion de las serosas, obtuso y gravativo en la de los parenquimas, urente en la de la piel, poco fuerte en la de las mucosas y lancinante en la del tejido celular.

Este dolor, que generalmente es contínuo, aunque con remisiones y exacerbaciones irregulares, no guarda relacion con la sensibilidad normal de la parte inflamada, habiéndose observado tambien que en los órganos dotados de dos modos de sensibilidad, puede acontecer el abolirse más ó ménos completamente la especial, como en el coriza el olfato, en la estomatitis el gusto, ó por el contrario, exagerarse otras esta sensibilidad, determinándose en la oftalmía fotofobia y en la otitis la percepcion exagerada de los sonidos. Estos dolores, que se acompañan de latidos arteriales más fuertes que de costumbre en los órganos afectos, se explican bien por la distension de los vasos, bien por la compresion de los nervios de

la parte inflamada, bien por la estructura de los órganos. La *rubicundez*, que depende del mayor aflujo de sangre en los vasos de la parte inflamada, varía desde un ligero color rosa hasta el de púrpura, el rojo vinoso y aun el lívido, así como tampoco es la misma en todos los tejidos, ni ofrece igual intensidad en todos los puntos del afecto. El aumento del *calor* en las flegmasías no es sin embargo tan intenso como le aquejan los enfermos, pues no excede más de 2 ó 3 grados al tipo normal, y á lo sumo 4. Este calor, que se explica por el aflujo de sangre á las partes afectas, varía segun la naturaleza de la inflamacion, pues las hay que apenas elevan la temperatura; segun su intensidad, pues cuanto más viva é intensa es la inflamacion, más fuerte es el calor; segun su grado de agudeza, pues en las flegmasías crónicas no hay aumento de calor, y segun los sistemas y tejidos inflamados; así, pues, el del tejido celular es suave y halituoso, el de la piel prurigi-noso, urente ó ácre, etc. La *tumefaccion* que depende del acumulo de sangre en los vasos y de la presencia de líquidos derramados en las mallas del tejido celular, presenta diversos grados, pues nada manifiesta en la inflamacion de las serosas, lo es poco en la de la piel y mucosas y mucho en las del tejido celular y los parenquimas. Las flegmasías determinan tambien en los órganos una modificacion en el trabajo nutritivo que los hace más pesados y duros al tacto, no obstante de que su tejido se hace más frágil. Tambien se alteran las secreciones y exhalaciones disminuyéndose ó suspendiéndose en el principio de la inflamacion, pero pronto vuelven á establecerse estas y aun á hacerse excesivas, sufriendo al propio tiempo ciertos cambios los humores naturales ó formándose productos nuevos. La exudacion de materiales plásticos ó sea linfa fibrino-albuminosa que hemos dicho se presenta en las flegmasías, toma la forma de corpúsculos nadando en una serosidad turbia en las de las serosas, la de chapas membranosas en la de las mucosas y se derrama en la trama del órgano inflamado en la de los parenquimas, aumentando su densidad y espesor. En ocasiones se produce tambien un producto nuevo que se conoce con el nombre de *pus*. Hemos indicado que la calentura que acompaña á las flegmasías presenta caractéres variados, y así es en efecto, pues unas veces las fuerzas vitales están exaltadas

y conserva sus caractéres de inflamatoria, en otras por la accion deprimente de la causa que la produce se presentan estas fuerzas debilitadas, y toma la calentura los caractéres de adinámica, ó ya en otras por el influjo de la constitucion médica reinante, por circunstancias individuales, topográficas ó de otra especie, toma un carácter catarral, reumático, bilioso y hasta el nervioso. La alteracion de crasis de la sangre es otro de los fenómenos generales que acompañan á las flegmasías, resultando de las investigaciones de Andral y Gavarret que en toda inflamacion aguda se aumenta constantemente la fibrina de la misma, de modo que siendo en el estado normal de 3 partes entre mil, puede subir hasta 5, 7, 9, y aun 10, cuyo aumento está en relacion con la insistencia de los síntomas generales y locales, y es independiente de la edad, sexo, constitucion, temperamento y fuerzas del enfermo. De las investigaciones resulta que los glóbulos se hallan en la proporcion normal, pues si avanzada la flegmasía se nota su disminucion, esto es debido al tratamiento debilitante á que se sujeta á los enfermos. En cuanto á la albúmina algunas veces suele estar aumentada, pero esto no es constante. Además hay aumento en la vitalidad de la sangre, lo cual se da á conocer por su plasticidad exagerada y por la tendencía organizable de los productos exudados. La sangre extraida por la sangría presenta un coágulo retraido, consistente, denso y cubierto en su superficie de una costra gruesa, á que se ha denominado *costra flojística*, que solo se presenta en las flegmasías y frecuentemente en la anemia y en la clorosis. La formacion de esta costra flojística se ha explicado por el predominio de la fibrina de la sangre con relacion á los glóbulos, razon por la cual se presenta tambien en la anemia y la clorosis, en que hallándose disminuidos los glóbulos, está relativamente aumentada la fibrina, aunque permanezca en la proporcion 3, que es la normal. En ocasiones puede existir una inflamacion, y sin embargo no presentarse la costra de la sangre, lo cual depende de haber salido la sangre en chorro delgado ó caido de grande altura, ó por ser el vaso que la reciba hondo y estrecho en demasía.

Curso. El estado inflamatorio es contínuo en su curso, y tanto los síntomas generales como los locales presentan como las demás enfermedades un período de incremento, otro de

estado y otro de declinacion, habiendo correlacion la mayor parte de las veces entre los síntomas generales y locales. Durante el desarrollo de una flegmasía se presentan los fenómenos siguientes: «fluxion, estaxis sanguíneo, trasudacion del plasma y extravasacion de todos los componentes de la sangre por algunos capilares que cediendo á la presion excéntrica se dislaceran, movimiento intestino y metamórfico en el producto exudado, que se convierte en un blastema flegmásico, y aparicion en este de un modo espontáneo y sucesivo de gránulos, glóbulos exudatorios, corpúsculos fibróideos, y por fin, de glóbulos pióides y purulentos.» Cuando la inflamacion se desenvuelve con mediana intensidad, no pasa de la exudacion y se verifica la resolucion de un modo más ó ménos rápido; pero cuando es muy intensa puede llegar hasta convertirse en pus los productos exudados.

Variedades de la inflamacion. Relativamente á su *grado*, puede ser leve ó grave. Relativamente á su *curso*, se divide en *aguda*, que recorre sus períodos con rapidez, y los síntomas, tanto generales como locales, tienen mucha intensidad; en *sobreaguda*, que es el grado más alto de la inflamacion; en *subaguda*, cuando los síntomas son poco intensos; y en *crónica*, que unas veces es primitiva y otras secundaria á la forma aguda, y en la cual los síntomas, tanto generales como locales, son muy moderados; el curso lento y la sangre no presenta aumento de fibrina, si la inflamacion es simple. En esta inflamacion el dolor puede ser nulo ó intolerable; el color de los tejidos negruzco-azulado ó gris de pizarra, más aumentado de volúmen que en el estado normal, endurecidos, más resistentes, pero frágiles, y á veces ulcerados. Relativamente á la extension que afecta, se divide: en *circunscrita*, cuando ocupa un espacio pequeño; y en *difusa*, cuando invade superficies extensas; la propagacion ó extension de la inflamacion se verifica unas veçes en profundidad, otras en superficie y otras en ambos sentidos. Relativamente á su orígen, se divide en *idiopática*, cuando se desarrolla en el mismo sitio que ha obrado la causa; y en *simpática*, cuando lo hace en un sitio distante. Relativamente á la textura de los órganos afectos, ofrece tambien modificaciones en sus síntomas y curso; así en las flegmasías cutáneas aparece en forma de manchas rojas, con ó sin elevacion del epidermis, ó en

la de pústulas, representándose el dolor por prurito; en las de las mucosas hay coloracion más ó ménos roja cuando la inflamacion es aguda; violada, negra ó gris cuando es crónica; el producto exudado se concreta en la superficie en forma de capas membraniformes ó costras, y aun se ulcera con frecuencia, siendo el dolor poco intenso; en las de las membranas serosas la inyeccion se presenta en forma punteada, el dolor es pungitivo, no existe engrosamiento y el producto exudatorio se condensa en la superficie produciendo adherencias ó derrames; en las de los parenquimas, la rubicundez es uniforme en el tejido, el dolor gravativo, compresivo y pulsativo, y la exudacion plástica se verifica en la trama orgánica, produciendo el infarto. Relativamente á su carácter, se ha dividido en *simple*, cuando no hay nada de particular ni en el modo de accion de su causa, ni en la naturaleza de la misma, ni en la constitucion de la persona, y en *específica* en el caso contrario, así que pueden considerarse como inflamaciones específicas las que se desarrollan bajo la influencia de una diatesis, como la *escrofulosa*, la *herpética*, la *tuberculosa*, la *cancerosa*, la *gotosa*, ó bajo la accion de ciertos estados generales de la economía, como el *reuma* y la *difteria*. Tambien se ha dividido en *erética* ó *nerviosa* cuando predomina la exaltacion nerviosa, *congestiva* cuando predomina la fluxion, *hiposténica* cuando los síntomas flojísticos se hallan combinados con otros adinámicos. Algunos las han admitido *intermitentes*, pero siendo la continuidad el carácter de las inflamaciones, los casos que se han citado de flegmasías de esta especie no son sino fiebres accesionales con fluxion más ó menos graduada de ciertas vísceras.

Terminaciones. Las verdaderas de la inflamacion son: la *resolucion*, en que las partes inflamadas vuelven á su estado normal, disminuyendo de un modo gradual los síntomas generales y locales, sin dejar ningun desórden en su organizacion ni en sus funciones; la *metastais*, cuando desaparece de un modo rápido y se desarrolla una enfermedad análoga en un punto más ó ménos distante. Se han considerado igualmente como terminaciones la supuracion, gangrena, ulceracion, induracion y paso al estado crónico, pero realmente no son otra cosa que fenómenos consecutivos. La *supuracion* es una consecuencia muy frecuente de la inflamacion caracteri-

zada por la formacion de un líquido particular llamado *pus*, el cual es de un blanco amarillento, más ó ménos opaco, homogéneo, compuesto de un líquido incoloro que sirve de vehículo á glóbulos blancos, esféricos, algo franjeados en sus bordes y granulados en su superficie, y además de glóbulos semi-opacos, redondeados, más lisos y con núcleos en su interior. El pus que se ha considerado como un producto de secrecion formado por las superficies inflamadas se exhala en las de las membranas libres, como las de las mucosas, las serosas, cavidad de los vasos, y con frecuencia se produce en el espesor de los tejidos, formando colecciones más ó ménos considerables que se han llamado *abscesos*. La formacion del pus se anuncia por lo general por dolores pungitivos y pulsativos y la presencia de escalofrios. La *gangrena* es otra consecuencia de las inflamaciones cuando son excesivamente intensas, no se han podido desarrollar por una compresion exterior, ó ha concurrido una causa especial. La *ulceracion*, debida casi siempre á una absorcion intersticial, solo se suele verificar cuando concurre una diatesis ó una causa específica. La *induracion* depende de la no completa absorcion de los productos estravasados, bien por falta de energía en la facultad absorbente de los vasos capilares, ya porque los cambios metamórficos que sufren los hagan refractarios á esta facultad. Tambien quedan en algunos casos *reblandecimientos* orgánicos, aunque esta alteracion es ménos frecuente que la anterior.

Duracion. Es de cuatro á siete dias en lo general, prolongándose á veces hasta once ó catorce.

Diagnóstico. Para establecerle hay que considerar el conjunto de los síntomas y la relacion que tienen unos con otros, bastándonos los locales, cuando la inflamacion es externa, para diagnosticarla; pero cuando es interna debemos atender á los caractéres de la calentura, que son los de la inflamatoria. La presencia de costra en la sangre, indicio del exceso de fibrina en la misma, es un carácter que unido al de la calentura nos hará sospechar la existencia de una flegmasía.

Pronóstico. Es más ó ménos grave, segun la importancia del órgano, la extension de la inflamacion, su intensidad, su naturaleza y la tendencia á tal ó cual terminacion, la violencia de los síntomas generales, el estado de las fuerzas del sugeto, su edad y constitucion.

Tratamiento. La primera indicacion que hay que llenar consiste en separar las causas que hayan podido producirla, y combatir el exceso de actividad de la plasticidad, la circulacion y la inervacion: para conseguirlo se hace uso de la abstinencia, la quietud, la separacion de todo estímulo natural y las bebidas diluentes abundantes; pero estos medios, que solo se pueden considerar como auxiliares del tratamiento de las flegmasías, no bastan por sí solos y hay que hacer uso de otros. El que se presenta en primer lugar es el de las sangrías, que deben ser proporcionadas á la intensidad y gravedad de la inflamacion, á la intensidad de la calentura, á la importancia del órgano afecto, á la naturaleza de la flegmasía, al estado de las fuerzas, sin confundir la opresion con la resolucion de las mismas, y á la tolerancia del sugeto. En la cantidad de sangre que se extraiga en cada sangría debemos huir de los extremos, valiendo más quedarnos algo cortos, aunque haya necesidad de repetirla, que exponernos á producir una depresion difícil de combatir. Para la repeticion de la sangría debe servirnos de guía el pulso, pues mientras se presenta duro y lleno está indicada; la presencia de costra flojística es tambien un indicante de la sangría, pero unido á los caractéres del pulso y al estado de las fuerzas, porque la citada costra suele acompañar á la flegmasía hasta su límite natural. En muchas ocasiones son suficientes por sí solas las sangrías, pero en otras hay que usar además de aplicaciones de sanguijuelas, ya en la proximidad de las partes inflamadas, ya en las partes que tengan con los órganos enfermos comunicaciones vasculares ó simpáticas, llenando así una indicacion evacuante y derivativa. Siempre que se haga uso de las sanguijuelas deben aplicarse en número suficiente, pues de lo contrario las picaduras ocasionan estímulo, y por consiguiente más congestion. La aplicacion de sanguijuelas es muchas veces suficiente para ciertas flegmasías poco intensas, superficiales ó que afectan tejidos membranosos.

Además de las evacuaciones sanguíneas se hace uso de la virtud antiplástica de los mercuriales, ya para auxiliar á aquellas, ya para suplirlas cuando no pueden emplearse. Interiormente se recomiendan los calomelanos á dósis refractas, segun el método de Law, ó bien á altas dósis; al exterior se hace uso de pomadas mercuriales unidas á los calmantes. El

nitro se ha recomendado tambien como antiplástico á dósis altas (2 á 4 gramos varias veces al dia), pero muchas veces no le tolera el estómago á esta dósis y solo podemos usar su accion sedante y diurética, administrándole á dósis moderada (60 centígramos de tres en tres horas), con lo que se consigue una sedacion ligera sobre el sistema sanguíneo y una accion revulsiva en el aparato secretorio de la orina. El bicarbonato sódico y el cloruro amoniaco se han recomendado tambien como antiplásticos. Se han recomendado en ciertas inflamaciones el emético, la digital, el sulfato de quinina y otras sustancias, que administradas á dósis alta producen un efecto sedante ó contraestimulante, y por consiguiente opuesto al estado flegmásico. En el tratamiento de varias flegmasías cutáneas y de las mucosas se hace uso de medicamentos irritantes, que obran cambiando el modo de vitalidad de las partes ó sustituyendo una flegmasía simple á otra rebelde y específica. Cuando el eretismo nervioso aparezca preponderante en sus manifestaciones de espasmo y dolor, los preparados de ópio y algunas veces la belladona, tanto al interior como al exterior, son de un recurso eficaz, debiendo advertir que hay que manejarlo con prudencia cuando lo usamos interiormente, y siempre que baste su accion tópica usarlo de este modo. Los baños templados son tambien de excelente efecto en las flegmasías, no solo por calmar el eretismo nervioso, sino tambien porque el agua absorbida atempera y fluidifica la sangre.

Cuando ha pasado el período de agudeza de las inflamaciones, hay necesidad de acudir muchas veces á los medios revulsivos á fin de distraer la fluxion del órgano en que reside. Estos medios se aplican unas veces á la piel, y son los sinapismos, los pediluvios, los maniluvios, los vejigatorios y los emplastos ó pomadas rubefacientes ó que producen erupciones pustulosas, y otras veces se aplican al tubo digestivo, y son los eméticos y purgantes, aplicados tanto unos como otros con arreglo á las reglas de terapéutica. Además de estos medios hay otros auxiliares, como son las cataplasmas y los fomentos emolientes, y en algunos casos los tópicos frios y astringentes.

INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS

DEL APARATO DIGESTIVO Y SUS ANEJOS.

ESTOMATITIS SIMPLE.

Definicion. Es la inflamacion eritematosa de la membrana mucosa bucal.

Etiología. Sus causas son el trabajo de la denticion, la introduccion en la boca de líquidos irritantes, de un cuerpo muy frio ó muy caliente, el sarro de los dientes, el dolor provocado por la cáries dentaria, la propagacion del catarro de órganos vecinos, las asperezas y abscesos dentarios. Otras veces es síntoma de la escarlatina, sarampion, fiebre tifoidea, etcétera, y en ocasiones son desconocidas sus causas.

Sintomatología. Empieza generalmente sin prodromos y se caracteriza por una rubicundez uniforme más ó ménos viva, dolor más ó ménos agudo con escozor, dificultad de la masticacion, ligera tumefaccion del tejido, ardor en la boca, sequedad en la misma al principio, y despues en muchas ocasiones salivacion; la membrana mucosa está cubierta de mucosidades. Raras veces determina calentura ni tumefaccion de las glándulas submaxilares. En algunas ocasiones se desprende el epitelio de la mucosa y se producen erosiones y ulceraciones.

Curso, duracion y terminaciones. Su curso es generalmente rápido, terminando por resolucion á los pocos dias.

Diagnóstico. Por los síntomas descritos se distingue de la *estomatitis mercurial*, en la que hay sabor metálico, fetidez del aliento, tumefaccion considerable de las glándulas submaxilares y parótidas, salivacion abundante, dolores muy intensos; las encías se presentan de un rojo lívido en el engaste de los dientes y se ulceran con facilidad; los dientes se conmueven y aun se caen, y su duracion es generalmente de dos setenarios. La *estomatitis argéntica*, que se caracteriza por tumefaccion de las encías, coloracion apizarrada de las mismas, gran sensibilidad, línea violada junto á los dientes y olor metálico no fétido del aliento; estos síntomas la hacen

distinguir de la estomatitis simple. Más adelante veremos los síntomas que caracterizan al muguet y la difteria de la boca.

Tratamiento. Consiste en remover las causas que le hayan producido, la abstinencia de alimentos ácres, de temperatura extrema, ó ásperos y duros; los colutorios emolientes y ligeramente calmantes y los ligeramente astringentes, como son el clorato de potasa ó el borax al principio ó en la declinacion de la inflamacion.

ESTOMATITIS AFTOSA.

Definicion. Es la inflamacion de la mucosa bucal caracterizada por el desarrollo de vejiguillas que rompiéndose dejan ulceraciones dolorosas.

Etiología. Pueden presentarse las aftas en todas las edades, aunque son más comunes en la infancia y en la juventud, hallándose más predispuestos á padecerlas los linfáticos y mal alimentados. Otras veces son sintomáticas de un estado general grave, acompañan á las erupciones exantemáticas agudas, y sobre todo al sarampion. En ocasiones toman un carácter epidémico sin causa conocida.

Sintomatología y curso. Esta enfermedad viene precedida muchas veces de calentura, agitacion, falta de apetito y síntomas de catarro de la boca; despues aparece la erupcion, que consiste en pequeñas vexículas trasparentes, ó de un gris perlado, rodeadas de un rodete gris blanquecino y duro; son del tamaño de una lenteja, redondeadas y más ó ménos numerosas, dando á la erupcion el carácter de discreta ó confluente; ocupan principalmente la cara interna de los lábios y carrillos, la superficie ó los bordes de la lengua, los pilares del velo del paladar y rara vez las encías. Estas vejiguillas al segundo ó tercer dia se rompen y dejan al descubierto unas ulceraciones redondeadas, de distinto diámetro, de bordes rojos é inflamados, y cuyo fondo está cubierto de una sustancia cremosa amarillenta ó gris, da á veces sangre y está muy dolorido. Estas ulceraciones se cicatrizan más ó ménos rápidamente. A la erupcion acompaña fetidez de aliento, salivacion aumentada, masticacion y pronunciacion dificultadas, y cuando la ulceracion es confluente hay inflamacion de los ganglios submaxilares, que se ponen doloridos, y calentura.

A estos síntomas se suele agregar malestar, inapetencia, vomituraciones y algo de diarrea.

Duracion, terminaciones y pronóstico. La duracion puede variar desde un setenario hasta dos ó más, pues la cicatrizacion de las ulceraciones es rebelde en ocasiones. La terminacion más constante es la curacion cuando las aftas son discretas, pero si son confluentes no es tan benigna, pues se complican con síntomas tifoideos graves, se extienden á todo el tubo digestivo y pueden terminar por gangrena. El pronóstico no es grave sino cuando son confluentes, se hacen gangrenosas ó se presenta la enfermedad de un modo epidémico.

Diagnóstico. La ulceracion superficial que constituye las aftas, las elevaciones rojizas ó las vexículas que las preceden, la costra ó coloracion blanquecina que cubre su fondo, impide el que sean confundidas con el muguet, la difteria, las ulceraciones sifilíticas ó las gangrenosas.

Tratamiento. Consiste en un régimen suave, el uso de bebidas acídulas, la administracion de una disolucion acuosa de clorato de potasa que contenga 20 ó 30 centígramos para cada dósis, los colutorios emolientes y narcóticos, y cuando han disminuido el dolor y la tension, los colutorios astringentes de clorato de potasa, borax ó alumbre suelen ser suficientes para la curacion, y si esto no basta, el toque á las aftas con ácido clorhídrico diluido, ó el nitrato de plata fundido.

ESTOMATITIS ULCEROSA Y PUSTULOSA.

Sintomatología. Consiste la ulcerosa en soluciones de continuidad, que tienen su asiento en los carrillos ó en la parte posterior de los mismos, cerca de las últimas muelas; son muy dolorosas, á veces del grandor de una peseta, de superficie desigual, agrisada y sanguinolenta, y de bordes duros.

La pustulosa está caracterizada por el desarrollo de pústulas en la mucosa bucal, especialmente en la cara interna de los carrillos y en la bóveda palatina.

Tratamiento. Debe ser el mismo que el de las aftas, aunque no ceden tan bien al uso del clorato de potasa, pero la cauterizacion con el nitrato de plata es de un efecto pronto y seguro.

GLOSITIS.

Definicion. Es la inflamacion de la lengua, que cuando solo ocupa la membrana mucosa se llama *superficial*, y cuando invade el tejido propio del órgano se denomina *profunda*.

Etiología. Las causas de la glositis superficial son las mismas que las de la estomatitis. Las de la parenquimatosa ó profunda, que es muy rara, son las heridas y quemaduras del órgano é irritacion del mismo por sustancias ácres y corrosivas; tambien es efecto de la estomatitis mercurial.

Sintomatología y curso. La *superficial* se caracteriza por presentar la lengua ligera tumefaccion y rubicundez, hallarse seca, dura, retraida y cubierta de una capa parduzca y hendida; al mismo tiempo la masticacion y la palabra son difíciles, el dolor y escozor incómodos. Otras veces las papilas (*papilar*) de la lengua están rojas, prominentes y dolorosas y hay sensacion de calor. Con frecuencia hay desórdenes del tubo digestivo.

La *parenquimatosa ó profunda* está caracterizada por el considerable aumento de volúmen que adquiere la lengua en pocas horas, tanto que la boca queda abierta y el órgano sale fuera de ella; además está seca, roja ó violada, y conserva la impresion de los dientes. Por el lado de la faringe la hinchazon impide considerablemente la deglucion y la respiracion, la palabra es imposible y la disnea llega con frecuencia hasta la asfixia. La cara está al mismo tiempo congestionada y turgente: hay fiebre con sed intensa.

Terminaciones. La glositis superficial termina generalmente por la curacion, y algunas veces va seguida de gangrena. La parenquimatosa ó profunda termina por resolucion, por supuracion, por gangrena, por induracion y á veces por asfixia.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico es siempre fácil y el pronóstico de la profunda es siempre grave.

Tratamiento. El de la glositis superficial ha de ser análogo al de la estomatitis, y en la profunda ó parenquimatosa muy enérgico; así se practicarán una ó varias sangrías copiosas y se aplicarán un gran número de sanguijuelas debajo de la mandíbula inferior. Cuando la enfermedad es muy intensa se

harán escarificaciones profundas en el dorso de la lengua, y si la tumefaccion del órgano no disminuye á pesar de ellas y amenaza la sofocacion, se practicará la traqueotomía.

ANGINA GUTURAL.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa que reviste el istmo de las fáuces, el velo y los pilares del paladar, la campanilla y las amigdalas.

Etiología. Es comun, sobre todo en la infancia y la juventud, frecuente en la primavera, y la ocasionan las sustancias muy calientes ó frias, las irritantes, el enfriamiento, la propagacion del catarro de las partes inmediatas. En ocasiones depende de un vicio de la sangre, como en la escarlatina, el tifo, etc., y en otras reina de un modo epidémico.

Sintomatología. La angina gutural es aguda ó crónica. La *angina gutural aguda* sobreviene generalmente sin prodromos, y los enfermos se quejan de dolor, sequedad de garganta, deglucion difícil, y cuando hablan su voz es gangosa. Examinada la membrana mucosa de la garganta, se la ve apenas hinchada, reluciente y seca al principio, y despues cubierta de un moco viscoso grisáceo. La úbula se halla prolongada en muchos casos, y entonces se siente una necesidad contínua de tragar, que exacerba los dolores; en otros casos la inflamacion se propaga á la trompa de Eustaquio y de aquí á la caja del tambor, y entonces hay sordera y dolores de oidos. Estos síntomas locales se acompañan de cefalalgia, fetidez de aliento, anorexia, mal gusto de boca, lengua saburrosa, sed, extreñimiento ó diarrea. Cuando la enfermedad es algo intensa precede ó acompaña un ligero movimiento febril con los caractéres que dejamos asignados á la fiebre catarral.

En la *angina gutural crónica* la mucosa presenta una coloracion violada ó azulada; el dolor y la dificultad para la deglucion son menores, y en el grado leve solo suelen atormentar estos síntomas en las primeras horas de la mañana, cuando la mucosa segrega en gran abundancia una materia viscosa, ó cuando está cubierta de las mucosidades segregadas durante la noche. Estos síntomas se exacerban bajo la in-

fluencia de los excesos en el régimen ó de los cambios atmosféricos.

Duracion y terminaciones. La aguda termina casi siempre por la curacion á los pocos dias; algunas veces se forma supuracion en la úbula ó en el velo del paladar. La crónica puede durar varios meses ó años, pero de vez en cuando vuelve al estado agudo y entonces puede terminar por resolucion.

Diagnóstico y pronóstico. Los síntomas y la inspeccion de las partes hacen fácil el diagnóstico; en cuanto al pronóstico, nunca es grave.

Tratamiento. En la aguda se reducirá el tratamiento á las bebidas diluentes, gargarismos emolientes, pediluvios irritantes, y si hubiese una complicacion saburral gástrica, se usarán los eméticos y los laxantes. Cuando exista fiebre se pondrá á dieta al enfermo, y aun si son muy intensos los síntomas se practicará alguna evacuacion general de sangre. Niemeyer aconseja aplicar á cortos intérvalos en el cuello del enfermo compresas de agua fria muy exprimidas y envueltas en un paño seco, y gargarizarse frecuentemente con agua fria ó con una disolucion astringente. En la angina gutural crónica se usarán los gargarismos astringentes y el alumbre en polvo, siendo tambien muy eficaz la aplicacion, por medio de un pincel, de una disolucion de nitrato de plata sobre las superficies inflamadas.

AMIGDALITIS Ó ANGINA TONSILAR.

Definicion. Es la inflamacion de una ó de las dos amigdalas simultáneamente, ó una despues de otra.

Etiología. Es más comun en la edad de 15 á 30 años y en la primavera; reconoce las mismas causas que la gutural; reina tambien á veces epidémicamente. Los sugetos que una vez la han padecido quedan más propensos á padecerla de nuevo. Algunos admiten la herencia.

Sintomatología y curso. La amigdalitis puede ser aguda y crónica. La *amigdalitis aguda* no suele ir precedida de prodromos, pero á veces empieza con una calentura de carácter inflamatorio y con un fuerte escalofrio. Desde el mismo dia ó el siguiente los enfermos se quejan de calor, sequedad de

garganta, dificultad y dolor al deglutir. Estos síntomas se aumentan; los dolores son intensos y pungitivos, se irradian hasta el oido y se exacerban con la compresion exterior; las amigdalas aparecen tumefactas, rojas, duras y obstruyen más ó ménos el istmo de las fauces, propagándose tambien la inflamacion al velo del paladar y los pilares, y cubriéndose la mucosa de estas partes de concreciones amarillentas irregulares más ó ménos adheridas. A medida que la tumefaccion progresa, hay mayor dificultad para abrir la boca y para deglutir. Al mismo tiempo hay salida abundante de saliva viscosa; la lengua está cubierta de una capa blanca espesa; la boca pastosa; hay sed, inapetencia y síntomas de un estado gástrico ó bilioso; la voz es difícil y gangosa y en ocasiones existe dificultad de respirar. La inflamacion se propaga á los ganglios submaxilares, y explorando el cuello en el sitio correspondiente á las amigdalas, se nota una tumefaccion dura y dolorosa. Durante los tres ó cuatro primeros dias, la calentura aumenta al mismo tiempo que los fenómenos locales, y se complica con síntomas de hiperemia cerebral, como cefalalgia violenta, insomnio y aun delirio. Cuando la disnea es algun tanto considerable, hay que temer el desarrollo de un edema de la glotis. Generalmente, á consecuencia de la inflamacion, hay paralísis del velo del paladar, y en su consecuencia devolucion por las fosas nasales de parte de los líquidos que se toman. El curso de esta amigdalitis es generalmente rápido; en ocasiones se afectan las dos amigdalas, en otras lo hacen una despues de otra, y en una novena parte de casos se afecta una sola.

La *amigdalatis crónica* puede ser espontánea ó consecuencia de la aguda. En ella los dolores son casi nulos ó faltan del todo; está aumentada la secrecion mucosa; las amigdalas se hallan hipertrofiadas, lo que produce alteracion de la voz, y en otros casos la compresion que ejercen sobre la trompa de Eustaquio determina torpeza del oido. Las más leves causas pueden producir la exacerbacion de los síntomas y volverla al estado agudo. La úbula hipertrofiada puede producir cosquilleo en la glotis y en su consecuencia tos habitual.

Duracion y terminaciones. Dura por término medio un setenario, y á veces hasta fin del segundo ó del tercero. La terminacion más comun de la amigdalitis es por resolucion, en

cuyo caso los síntomas locales y generales se disipan poco á poco. En otros casos se observa la supuracion, en cuyo caso se calman los dolores, se hacen gravativos y se ve elevarse y blanquear un punto de la amigdala, notándose la fluctuacion. El absceso que se forma se evacua por lo general de un modo espantoso ó por las sacudidas de la tos ó el vómito, produciendo un pus flegmonoso ó rojizo, inodoro ó muy fétido. Raras veces termina la amigdalitis por gangrena, en cuyo caso quedan ulceraciones profundas de la amigdala. En otras ocasiones termina por su paso al estado crónico.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico es siempre fácil, y en cuanto al pronóstico, es grave en los casos en que la calentura es intensa, hay síntomas de congestion cerebral, accidentes de sofocacion, ó la terminacion es por la gangrena.

Tratamiento. El de la amigdalitis aguda, cuando es poco intensa, consiste en lo indicado para la angina gutural, pero cuando es intensa y hay calentura, debemos poner los enfermos á dieta, darles bebidas diluentes, recomendarles los gargarismos emolientes, y en ocasiones practicar una ó varias sangrías, que alivian de un modo más pronto que las aplicaciones de sanguijuelas; sin embargo, estas auxilian poderosamente á aquellas, sobre todo cuando amenaza la sofocacion. Algunos han recomendado al principio de la inflamacion los gargarismos astringentes y la cauterizacion de las partes con el nitrato de plata para hacer abortar la inflamacion, pero estos medios suelen producir el aumento de esta. Sin embargo, los astringentes, y principalmente el alumbre, son útiles en la declinacion de la enfermedad. Niemeyer recomienda el uso de terroncitos de nieve en la boca y envolver el cuello en compresas empapadas en agua fria, remedio expuesto por las reacciones á que puede dar lugar su accion sedante. Cuando exista complicacion inflamatoria se insiste en las sangrías; cuando sea biliosa se recurre á los eméticos y purgantes. Cuando la amigdalitis ha terminado por supuracion, se da salida al pus con la uña ó el bisturí, ó se administra un emético para que los esfuerzos del vómito determinen la rotura del absceso. Cuando termina por gangrena, se ataca esta con los medios apropiados.—La amigdalitis crónica se trata con los tópicos astringentes, las soluciones de alumbre, la piedra infernal ó la tintura de iodo dilatada en agua cuando la hinchazon de las amigdalas solo depende de imbibicion serosa; pero si hay hipertrofia, es necesario practicar la excision.

ANGINA GANGRENOSA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la mortificacion de la membrana mucosa de la garganta.

Etiología. Esta enfermedad poco comun, y que se ha confundido con la angina membranosa ó difteritis, se observa de preferencia en los niños colocados en malas condiciones higiénicas; tambien sobreviene en los adultos, á veces sin causa apreciable. Cuando es secundaria se presenta como terminacion de la angina inflamatoria y tambien en el curso de enfermedades graves, como la disentería, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina y difteria.

Sintomatología. Los síntomas locales son: color lívido violado, negruzco y aun negro de las amigdalas, ó de estas el velo del paladar y sus pilares, que algunas veces alcanza tambien á las mejillas y los labios; la membrana mucosa aparece reblandecida y se convierte en putrílago; alrededor de los tejidos afectos toma esta un tinte lívido violáceo y el carácter de una inflamacion edematosa. El olor de la boca es gangrenoso; los enfermos se quejan en algunas ocasiones de un dolor vivo de garganta, pero en otras ocasiones es casi nulo; la deglucion suele ser poco difícil, la palabra está impedida y la voz es gangosa; los ganglios cervicales están tumefactos, aunque muchas veces falta este síntoma. A los fenómenos locales acompañan otros generales, como son depresion de fuerzas, pérdida de apetito, frialdad del cuerpo, color violado de las extremidades; no hay reaccion febril ó es apenas perceptible, siendo por el contrario más frecuente que se haga más lento y débil el pulso. La inteligencia permanece intacta hasta el fin de la enfermedad, ó se turba solo ligeramente, ó por fin mueren los enfermos con accidentes comatosos. La muerte sobreviene á consecuencia de la depresion de las fuerzas ó en un síncope.

Pronóstico. Por lo general es grave.

Tratamiento. El tratamiento general debe consistir en una medicacion esencialmente tónica, buenos caldos, vino gene-

roso, cocimiento de quina, etc.; el local debe consistir en las cauterizaciones con el ácido hidroclórico, y en el intérvalo de estas los gargarismos antisépticos y las aplicaciones cloruradas.

FARINGITIS Ó ANGINA FARÍNGEA.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa de la laringe.

Etiología. Sus causas son las mismas que las de la angina gutural.

Sintomatología. Cuando la inflamacion ocupa la parte superior de la faringe hay ardor, escozor y sequedad en esta parte; la inspeccion nos hace ver la mucosa encendida, seca, reluciente ó cubierta de mucosidades viscosas y de color gris; la deglucion está dificultada, pero no tanto como en la angina gutural; la voz está natural. Algunos enfermos tienen tos gutural, con la cual expelen algunas mucosidades viscosas. Cuando la inflamacion ocupa la parte inferior de la faringe no se nota nada por la inspeccion de la garganta, pero los enfermos aquejan dolor y dificultad á la deglucion en la parte que se halla ocupada por la afeccion. Los dolores aumentan si se imprimen movimientos á la laringe ó se comprimen las partes laterales del cuello. En esta angina, con rara excepcion, hay calentura. Recidiva con frecuencia.

Duracion y terminaciones. Dura desde un dia á varias semanas, y termina por resolucion ó por su paso al estado crónico.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico es fácil y el pronóstico nunca es grave.

Tratamiento. Se le aplica el mismo tratamiento que á la angina gutural.

ESOFAGITIS.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa del estómago.

Etiología. Sus causas son la ingestion de sustancias irritantes ó cáusticas, las bebidas muy frias ó muy calientes, la introduccion de sondas esofágicas, el paso por el esófago de

cuerpos extraños de superficie desigual. Tambien puede depender de la propagacion de la inflamacion del estómago ó de la faringe.

Sintomatología y curso. Cuando la inflamacion del esófago es poco intensa no se perciben durante la vida trastornos dignos de aprecio. Cuando es más intensa, los enfermos sienten un dolor más ó ménos vivo, ó á lo largo del esófago, ó en lo profundo del pecho, ó en la espalda .entre las dos escápulas; este dolor se exacerba con la deglucion, que se dificulta y viene acompañada de opresiones y angustias extremas. Los alimentos sufren una detencion en la parte flogoseada, y al hacer nuevos movimientos de deglucion se contrae el esófago sobre ellos, y no pudiendo empujarlos hácia abajo, lo hace hácia arriba, verificándose una regurgitacion de sustancias alimenticias mezcladas con mucosidades sanguinolentas y productos de exudacion. Estos síntomas van acompañados de gran sed y aun de más ó ménos calentura, sobre todo cuando la inflamacion es muy intensa.

Duracion y terminaciones. Despues de una duracion análoga á la de otras inflamaciones de que nos hemos ocupado, se termina casi siempre por resolucion, raras veces por supuracion, en cuyo caso el pus se evacua por la boca ó pasa al estómago; apenas por gangrena, ulceracion ó induracion.

Anatomía patológica. En la esofagitis simple se encuentra la mucosa encendida, engrosada, reblandecida y ulcerada. En otras ocasiones se encuentran aftas, pústulas, úlceras, falsas membranas y una exhalacion morbosa de color semejante al muguet, recibiendo entonces distintos nombres la esofagitis, segun sean estas lesiones.

Diagnóstico. Es casi siempre oscuro, pero se presume la existencia de esta enfermedad por un dolor en el trayecto ó en un punto del esófago, que se aumenta con la deglucion, la dificultad y aun la imposibilidad de tragar, y la devolucion de alimentos no alterados á poco de su ingestion.

Pronóstico. Solo es grave cuando la inflamacion es general, produce estrechez considerable del órgano y cuando termina por supuracion, gangrena ó induracion.

Tratamiento. Se hará uso de las bebidas mucilaginosas, y se prohibirán los alimentos sólidos. Cuando hay reaccion fuerte se puede practicar una sangría, y aun se pueden usar san-

guijuelas al trayecto del esófago, especialmente al nivel del dolor. Niemeyer recomienda tragar agua helada ó chupar pedacitos de nieve.

GASTRITIS.

Definicion. Se llama así la inflamacion aguda y crónica del estómago.

Etiología. Son causas de la inflamacion del estómago el abuso de alimentos ó bebidas muy excitantes, el de las mismas muy heladas ó muy calientes, la accion directa de irritantes, la ingestion de alimentos en gran cantidad ó de difícil digestion, el uso de los que están en vía de descomposicion antes de entrar en el estómago, ciertos enfriamientos, la influencia del calor en ciertas estaciones y algunas constituciones epidémicas. Tambien puede provenir de heridas y golpes sobre el estómago, así como por la ingestion de algunos venenos.

Sintomatología y curso. La gastritis puede ser aguda ó crónica. La *gastritis aguda* puede ir precedida de los prodromos comunes á las demás enfermedades agudas, ó empezar de un modo repentino. Está caracterizada por inapetencia, dolor obtuso ó vivo en el epigastrio, que se exacerba con la presion y los movimientos, y con frecuencia con la ingestion de los líquidos; vómitos dolorosos de materiales alimenticios ó de moco ligeramente teñido de bilis; sed viva, lengua blanquecina, con puntos rojos en su superficie y encendida en su punta y bordes. Al mismo tiempo que se presentan estos síntomas se aumenta el calor de la piel, se hace frecuente el pulso, hay cefalalgia é insomnio.

La *gastritis crónica* es difícil de describir, porque sus síntomas se confunden con los de la gastralgia y la úlcera simple del estómago; sin embargo, se puede sospechar su existencia por los síntomas siguientes: sensacion de presion y plenitud epigástrica, dolor epigástrico muy pocas veces, abultamiento ó prominencia en la region del estómago; en algunas ocasiones vómitos de mucosidades filamentosas, que Trousseau considera como uno de sus síntomas principales. Hay además inapetencia, boca pastosa, lengua cubierta de una capa mucosa, y generalmente no está aumentada la sed.

Duracion y terminacion. Tiene esta enfermedad una duracion variable, y rara vez cede antes del dia catorce cuando es aguda, pudiendo prolongarse por meses cuando es crónica. Termina frecuentemente por resolucion, declinando los síntomas y desapareciendo poco á poco, en cuyo caso la convalecencia suele ser larga. En otros casos pasa al estado crónico. La terminacion por la muerte no se verifica sino cuando la flegmasía ha reblandecido y destruido una gran parte de la mucosa gástrica, ó bien cuando recae en individuos enfermos ó debilitados antes del ataque. La gastritis crónica puede terminar por la curacion en unos casos y en otros producir varias afecciones consecutivas que causan la muerte.

Anatomía patológica. Las lesiones que se presentan en la gastritis aguda son disminucion de la capacidad del estómago, membrana mucosa de un color que varía del rojo al pardo oscuro, inyeccion uniforme ó dispuesta en forma de manchas ó de arborizaciones. Esta membrana está unas veces adelgazada, otras engrosada, pero siempre friable y frecuentemente reblandecida. Las partes flogoseadas de esta membrana se hallan cubiertas de mucosidades frecuentemente rojizas, y otras veces presentan aftas, concreciones cremosas ó falsas membranas. Raras veces se encuentran tambien ulceraciones pequeñas y en corto número de la membrana mucosa. El tejido celular subyacente está algunas veces infiltrado de serosidad. En la gastritis crónica la mucosa presenta un color encarnado oscuro ó aplomado, inyeccion en forma de arborizacion gruesa con algunas dilataciones varicosas de los vasos. Tambien se presenta esta membrana gruesa, dura é hipertrofiada, ofreciendo á veces pliegues ó un aspecto mamelonado; además está cubierta de un moco gris blanco, viscoso y muy adherente á la superficie. En ciertos casos el tejido submucoso y la capa muscular están convertidos en una capa lardácea gruesa.

Diagnóstico. Un dolor epigástrico que se exacerba con la presion y se acompaña de gran sed, náuseas, vómitos é intolerancia para los alimentos y bebidas, son los síntomas que caracterizan la gastritis aguda. En cuanto á la crónica es de muy difícil diagnóstico.

Pronóstico. El de la gastritis aguda espontánea es generalmente poco grave cuando los sugetos que la padecen no

son débiles y extenuados. El de la gastritis crónica se hace grave por las enfermedades consecutivas á que da lugar, entre las que se debe contar la estrechez del píloro.

Tratamiento. El tratamiento de la gastritis *aguda* debe consistir en dieta y el uso de bebidas mucilaginosas ó acídulas en cortas cantidades y dándolas templadas, frescas ó frias, el agua gaseosa simple, y algunas veces cucharadas de sorbete de frutas. Cuando la gastritis es intensa se debe hacer uso de las evacuaciones sanguíneas generales, aunque generalmente basta una aplicacion mayor ó menor de sanguijuelas al epigastrio y cataplasmas emolientes al mismo sitio. Cuando los dolores de estómago son fuertes ó hay insomnio se debe prescribir una corta cantidad de ópio. Producen tambien muy buen efecto los baños generales templados. Una vez que se hayan calmado los accidentes agudos se hará uso de una alimentacion ténue que se irá aumentando gradualmente á medida que el estómago la tolere. En la gastritis *crónica* se debe alimentar á los enfermos con leche, caldo, gelatinas y féculas, y cuando la enfermedad haya mejorado y el estómago pueda soportar los alimentos sólidos, escoger los de más fácil digestion. Cuando el estómago está muy dolorido deben aplicarse sanguijuelas en el epigastrio, siendo útiles tambien aplicadas al ano cuando hay plétora abdominal. El ópio es tambien muy ventajoso en estos casos. En algunos otros, y sobre todo cuando los enfermos están atormentados de acedías, se administran con ventaja los carbonatos alcalinos, el bicarbonato de sosa á dósis refractas, y las aguas minerales bicarbonatadas sódicas. En el tratamiento de la gastritis crónica goza de gran reputacion el subnitrato de bismuto á la dósis de 50 centígramos de una vez por la mañana en ayunas. Si la inflamacion se resiste se hará uso de los revulsivos locales aplicando un vejigatorio á la region epigástrica, la pomada estibiada ó un sedal. Si una vez terminada la inflamacion queda un estado atónico del estómago, se usarán, aunque con prudencia, los amargos y ferruginosos, y una alimentacion algun tanto estimulante.

ENTERITIS AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa del intestino delgado, y sobre todo la que ocupa el yeyuno y el ileon.

Etiología. Ataca en todas las edades y á los dos sexos; es más comun en las estaciones y climas cálidos; se produce á consecuencia de irritaciones, como las producidas por los purgantes, los alimentos indigestos, las retenciones de las materias fecales; tambien la producen los excesos del régimen, la impresion del frio cuando el cuerpo está sudando. En otras ocasiones reconoce una causa epidémica, y tambien es síntoma de otras enfermedades, especialmente en las quemaduras intensas de la piel.

Sintomatología. Generalmente va precedida de trastornos de las vías digestivas, como son: dolores vagos en el vientre, disminucion del apetito, deposiciones alvinas más frecuentes y claras. Despues de más ó ménos tiempo se constituye la enfermedad y se notan dolores en el intestino afecto, que unas veces son obtusos y otras vivos; se exacerban con la presion, y generalmente se sienten de retortijon al nivel del ombligo, desde donde se irradian á los demás del vientre. Estos dolores se calman despues de cada deposicion, y se exacerban al ir á verificarse otra. Las deposiciones más ó ménos aumentas son generalmente frecuentes, constituidas por materiales amarillentos, mucosos, y en ocasiones algo sanguinolentas, así como en otras ofrecen un aspecto verdoso, ó se hallan mezclados con grumos blancos; se excretan con ardor, y en el intérvalo de una á otra deposicion hay borborigmos. El vientre está generalmente retraido ó algo tenso y meteorizado. Si la inflamacion es poco intensa, solo acompañan á estos síntomas inapetencia, sed, lengua blanca, algo de cefalalgia y debilidad proporcionada al número de las deposiciones; cuando tiene alguna intensidad, hay escalofrios, calentura, náuseas y aun vómitos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es regular, presentando los tres períodos de incremento, estado y declinacion de los síntomas; pero á veces presentan exacerbaciones en épocas fijas, y tienen mucha propension á reproducirse des-

pues de haber cesado por completo. La enfermedad rara vez pasa de un setenario. La terminacion más frecuente es la curacion; pero en algunas ocasiones los síntomas locales se agravan cada vez más; se aumenta la calentura, se pierden las fuerzas, y el enfermo sucumbe en medio del delirio. Igual terminacion se verifica cuando la flegmasía interesa el tejido celular submucoso; se produce supuracion ó ulceraciones. Otras veces pasa al estado crónico, ya por un mal tratamiento, ya por excesos en el régimen ó por las malas condiciones higiénicas de los enfermos.

Anatomía patológica. Las lesiones son como en la gastritis, la hinchazon, el reblandecimiento, y la coloracion roja, oscura ó negra de la membrana mucosa, y las demás que hemos visto en la gastritis.

Diagnóstico. La diarrea, los dolores de retortijon y la naturaleza de las deposiciones no permiten que se confunda esta enfermedad con la disentería, los cólicos, la peritonitis, ni el reuma de las paredes abdominales. Al hablar de la fiebre tifoidea, expusimos el diagnóstico diferencial entre esta y la inflamacion de los intestinos. No es fácil por lo general distinguir qué trozo del intestino es el que padece.

Pronóstico. El pronóstico no es grave por lo general, pero lo es más en los climas cálidos, en los viejos y los niños, los individuos colocados en malas condiciones higiénicas, y cuando existen ciertas complicaciones, como cuando es secundaria.

Tratamiento. Las dieta ténue, las bebidas suaves y mucilaginosas, las cataplasmas emolientes y laudanizadas al vientre, los enemas de la misma clase, bastan en la enteritis benigna; pero si hay gran reaccion febril ó mucha intensidad en los síntomas, habrá que practicar la sangría, ó aplicar sanguijuelas al ano ó sobre las paredes del vientre. Tambien dan buen resultado los baños tíbios y prolongados. Cuando despues de haber cedido el estado inflamatorio persiste la diarrea, conviene emplear el cocimiento blanco diascordiado, el subnitrato de bismuto á la dósis de 30 centígramos unido al extracto acuoso de ópio, y los enemas calmantes. Una vez terminada la inflamacion, se debe vigilar mucho el régimen de los enfermos para evitar las recidivas.

ENTERITIS CRÓNICA.

Etiología. Generalmente reconoce por causa los excesos en el régimen y una alimentacion mala é insuficiente.

Sintomatología. Hay poco dolor de vientre, por lo general no contínuo y fijo en un solo punto. Las deposiciones son en mayor ó menor número, de diverso color, líquidas y fétidas; contienen muchas veces sustancias á medio digerir, y generalmente están mezcladas con mucosidades. No hay sed, y el apetito continúa, y aun á veces es exagerado. Hay tension de vientre, borborigmos y desarrollo de flatuosidades. La digestion estomacal se efectúa bien, pero la intestinal está alterada, y así por poco que se prolongue la enfermedad, los enfermos se debilitan, se ponen pálidos y demacrados, se retrae el vientre, sobreviene la calentura, y los enfermos mueren en un estado de marasmo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es regular, con remisiones y exacerbaciones. La duracion ilimitada. Las terminaciones son ó por la curacion, en cuyo caso disminuye la diarrea, los dolores desaparecen, el enfermo se nutre y recobra sus fuerzas, ó por la muerte, que sobreviene en el último grado de marasmo.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son estrechez de los intestinos, engrosamiento ó adelgazamiento, coloracion violada ó apizarrada de la membrana mucosa y raras veces ulceraciones.

Diagnóstico. Es difícil de establecer, como no sea por *exclusion*, pues sus síntomas se presentan en diversas lesiones orgánicas de los intestinos, como las úlceras, los tubérculos y el cáncer de los intestinos.

Pronóstico. Es generalmente grave por su rebeldía y la frecuencia de sus recidivas.

Tratamiento. Se prescribirán alimentos que en poco volúmen tengan mucha sustancia nutritiva, y cuya digestion se efectúe casi en su totalidad en el estómago, como las sopas de fécula, la crema de arroz, las gelatinas vegetales y animales, el uso de las leches y del caldo adicionado con una corta cantidad del extracto de carne de Liebig, los pescados frescos y las carnes flojas. Debe hacerse uso de los vinos generosos

diluidos en agua, y si no se toleran bien se añade una cantidad de agua gaseosa. Los astringentes como la ratania, el colombo, el diascordio, el subnitrato de bismuto, son los medios internos que se usan, habiendo propuesto el Sr. Trousseau, con el objeto de modificar la membrana mucosa, el nitrato de plata en pocion á la dósis de un centígramo. Tambien producen buenos efectos las aguas minerales, alcalinas suaves ó acídulo-carbónicas y las azoadas. El ópio es asimismo muy útil, sobre todo cuando existe dolor. Al exterior se usarán fricciones aromáticas, baños simples, sulfurosos, jabonosos ó salados, y cuando la enteritis es rebelde, la revulsion fuerte á las paredes del vientre por medio de vejigatorios ó la pomada estibiada. La medicacion interna será ayudada con lavativas amiláceas laudanizadas ó ligeramente cateréticas con el nitrato de plata. Si hubiese detencion de excrementos se usará el aceite de ricino como purgante.

COLITIS.

Definicion. Se llama así á la inflamacion de los intestinos gruesos.

Etiología. Sus causas son las mismas que las de la enteritis.

Sintomatología. Además de varios síntomas comunes con la enteritis, á la cual suele ir unida, se la distingue por la existencia de un dolor superficial que se aumenta con la presion y sigue el trayecto de los intestinos gruesos; las evacuaciones alvinas van precedidas de punzadas muy dolorosas en el vientre que se extienden del ombligo al sacro; hay ardor en el ano y tenesmo violento, que da lugar á la expulsion de mucosidades más ó ménos abundantes, blancas, viscosas y aun sanguinolentas en ocasiones. De vez en cuando salen tambien masas fecales más duras.

Pronóstico. Es el mismo que en la enteritis.

Tratamiento. Es el propio de la enteritis, debiendo advertir que los purgantes recomendados en ella se hallan indicados en esta por estar causada muchas veces por sustancias estercoráceas endurecidas.

DISENTERÍA AGUDA.

Definicion. Es una forma especial de colitis caracterizada por dolores vivos, tenesmo y deposiciones frecuentes mucoso-sanguinolentas.

Etiología. Es endémica en los países cálidos; se declara durante el otoño y fin del estío en los individuos debilitados de cualquiera edad; se ha atribuido á variaciones bruscas de temperatura, á un régimen insuficiente, al abuso de los irritantes y los purgantes, al uso de alimentos de mala calidad ó en principio de putrefaccion, á pasiones tristes, á la inspiracion de miasmas pútridos ó efluvios pantanosos y al contagio. Reina frecuentemente de un modo epidémico.

Sintomatología. La disentería *benigna* va precedida algunas veces de malestar, desarreglos de las digestiones, escalofrios y gran debilidad. Despues aparecen dolores en la S del colon ó en otras partes del vientre, que, poco violentos al principio, adquieren cada vez más intensidad y se exacerban muchas veces por la presion: hay ganas de deponer, que cada vez son más frecuentes, con tenesmo que provoca esfuerzos infructuosos ó va seguido de la expulsion de un moco sanguinolento, viscoso, espumoso, mezclado muchas veces con alimentos no digeridos. No hay apetito ó está disminuido, la boca pastosa ó amarga, hay sed y en ocasiones vómitos; la fisonomía está abatida, existe gran agitacion y el pulso generalmente se halla en estado normal.

La disentería *grave* es constantemente febril y casi siempre epidémica. Los dolores son mucho más intensos, el tenesmo casi incesante, las deposiciones más numerosas se hacen más pronto mucoso-sanguinolentas y exhalan un olor muy fétido; algunas veces son morenas, negras ó serosas, semejantes al agua de lavar carne; con frecuencia están mezcladas con pus y falsas membranas. Al mismo tiempo hay alteracion grande de la fisonomía, desfallecimiento, postracion, sed grande, pulso cada vez más débil y frecuente, sensibilidad al frio, dificultad progresiva de la circulacion y respiracion, si la enfermedad ha de terminar por la muerte; ó mejoría gradual de todos los síntomas si ha de terminar por la curacion.

Además de estas dos formas de la disentería, hay una *infla-*

matoria caracterizada por síntomas de esta índole; otra *atáxica y adinámica* ó acompañada de síntomas ataxo-adinámicos; otra *hepática*, que coexiste con síntomas de hepatitis; otra *biliosa*, á la que se reunen los síntomas de un estado bilioso. Trousseau admite tambien una forma *reumática* y otra *pútrida ó maligna*. Estas distintas formas se observan segun circunstancias climatológicas ó epidémicas.

Curso, duracion y terminaciones. Sigue un curso regular, en el que algunas veces hay remisiones y exacerbaciones. Las recaidas no dejan de ser frecuentes. La duracion de la forma benigna es de cuatro á ocho dias, y la de la grave varía de uno á tres setenarios. La terminacion puede ser ó por la curacion, disminuyendo gradualmente los síntomas, ó por la muerte, ya agravándose estos, ya por hemorragia intestinal, ya por una perforacion del peritoneo, ó finalmente, por su paso al estado crónico.

Complicaciones. Estas son las hemorragias intestinales abundantes, debidas á la rotura de algun vaso de cierto calibre; la peritonitis por perforacion debida á ulceraciones; las hemorróides, la estrechez del intestino, las metastasis á las articulaciones, y las paralísis parciales de las extremidades superiores é inferiores.

Anatomía patológica. Tumefaccion considerable de la membrana mucosa del colon y el recto, que ofrece una coloracion roja más ó ménos oscura y un aspecto rugoso y amamelonado. Su cara interna está bañada por un líquido sanioso y puriforme; algunas veces cubierta de falsas membranas y otras con ulceraciones irregulares y profundas, que en ocasiones suelen perforar el intestino. El tejido celular subyacente está edematoso y los ganglios mesentéricos rojos, hinchados, reblandecidos y algunas veces supurados y casi difluentes.

Diagnóstico. Son tan característicos sus síntomas que no pueden confundirse con ninguna otra.

Pronóstico. No es grave la no febril. Pero lo es cuando se acompaña de síntomas generales graves, y sobre todo si es epidémica ó sobrevienen complicaciones.

Tratamiento. Lo primero de todo hay que separar las causas que han determinado ó favorecido su desarrollo, destruyendo los focos de infeccion, diseminando los enfermos, estableciendo la ventilacion y recomendando nímia limpieza cuando sea de carácter epidémico. El tratamiento médico debe variar segun la forma de la enfermedad; así en la benigna colocaremos el enfermo enmedio de una temperatura suave; le pondremos á dieta absoluta ó de sustancia de arroz; prescribiremos agua albuminosa ó de limon; usaremos lo baños templados, y medias lavativas emolientes con algunas gotas de láudano, y al interior cortas porciones de ópio para calmar los dolores. Cuando ha cedido el estado flojístico conviene administrar el subnitrato de bismuto unido al ópio para que calme el eretismo y cohiba el flujo. Cuando acompaña un estado saburral se administra la ipecacuana á la dósis de 3 gramos divididos en cuatro papeles para tomar uno cada diez minutos hasta obtener vómitos, y desde el dia siguiente se hace uso de una sal purgante neutra, que se repite hasta cambiar el carácter de las deposiciones. En la forma inflamatoria ó cuando es viva la reaccion febril se harán aplicaciones de sanguijuelas en la region iliaca y en el ano, y si la reaccion es muy fuerte se practicará tambien la sangría, absteniéndonos de prescribir el ópio á no ser que los dolores sean muy intensos. En la disentería biliosa se usarán las bebidas acídulas y gomosas, los calmantes, los tópicos emolientes y anodinos, los baños, las aplicaciones de sanguijuelas al hipocondrio derecho, y si se presenta un estado saburral la ipecacuana y los purgantes salinos. En la forma atáxica se usará el almizcle, el alcanfor, los baños y las afusiones frias. En la forma adinámica se usarán los tónicos, como el vino y la quina; Stoll recomendaba en esta forma la raiz de árnica á la dósis de dos gramos cada dos ó tres horas; Zimmerman elogia en este caso la ipecacuana á la dósis de 10 á 15 centígramos cada hora, y el buen vino. En la forma reumática se debe procurar la diaforesis. El Sr. Trousseau empieza el tratamiento por la ipeçacuana, da en los dias siguientes un purgante salino como dejamos dicho, y administra al mismo tiempo dos ó tres enemas diarias de nitrato de plata (20 á 40 centígramos para 120 gramos de agua), de sulfato de zinc ó de sulfato de cobre (1 gramo en 120 de agua). Este mismo profesor, de conformidad con otros, administra los calomelanos á dósis refractas por el método de Law; otros han preferido darlos á dósis más altas, pero aunque producen buen efecto hay que sus-

penderlos si se presenta la salivacion. Todos estos medios producen buenos efectos en unas epidemias y en otras no.

DISENTERÍA CRÓNICA.

Etiología. La disentería aguda pasa con frecuencia al estado crónico por excesos en el régimen, sobre todo en los tiempos de epidemia.

Sintomatología. Hay tenesmo y dolores como en la aguda, aunque ménos intensos; las deposiciones son ménos frecuentes, no presentan tan constantemente sangre y con frecuencia son purulentas y muy fétidas; el apetito es nulo ó irregular; el vientre unas veces está abombado, otras retraido; hay meteorismo; no existe fiebre, pero sí una gran languidez, un adelgazamiento creciente, sequedad de la piel, sensibilidad al frio y edema.

Curso, duracion, terminaciones. El curso rara vez es uniforme, y presenta exacerbaciones y remisiones. La duracion puede ser de muchos meses. La terminacion generalmente fatal.

Diagnóstico y pronóstico. Se ha dicho que puede confundirse con un cáncer latente del intestino; pero no es posible la confusion, por la preexistencia del estado agudo. El pronóstico es grave.

Tratamiento. Es el mismo que queda expuesto en la enteritis crónica; las lavativas de nitrato de plata ó sulfato de zinc y el cambio de aires.

HEPATITIS AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion aguda del tejido del hígado.

Etiología. Es propia de los climas cálidos, y aun en el nuestro se desarrolla en las estaciones cálidas y por efecto de causas excitantes; es debida tambien á las heridas y contusiones del hígado, á los excesos en el régimen, á la enteritis, las privaciones prolongadas y los pesares.

Sintomatología. Unas veces se presenta con prodromos, otras veces sin ellos. Los síntomas locales son tension y dolor en el hipocondrio derecho, que es por lo general obtuso, á no ser que la hepatitis sea superficial, en cuyo caso es vivo y lancinante: puede extenderse tambien al epigastrio, al lado

derecho del pecho, al cuello y hasta el hombro derecho. Este dolor se exacerba con la presion cuando la hepatitis es de la cara convexa y dificulta el decúbito derecho. Por la palpacion se nota aumento de volúmen del hígado, que por lo general sobresale más ó ménos del borde de las costillas. Además de estos síntomas hay anorexia, pastosidad de la boca, sed intensa, lengua cubierta de una capa amarillenta, astriccion de vientre más bien que diarrea. Cuando la hepatitis afecta la cara convexa del hígado se presenta tusícula y aun hipo, opresion y disnea; si afecta la cara cóncava se dificulta el decúbito izquierdo; es más notable la ansiedad epigástrica, son frecuentes las náuseas y los vómitos biliosos, y hay un tinte amarillento de la piel mucho más intenso que cuando la hepatitis es de la cara convexa. Los enfermos presentan chapeta en la mejilla derecha. Los fenómenos generales son más ó ménos pronunciados; pulso frecuente, que puede llegar hasta 140 pulsaciones, y lleno; cefalalgia, agitacion, orinas de color rojizo oscuro, y hácia el término de la enfermedad pulso pequeño, soñolencia, delirio y adinamia. La calentura, que se acompaña de calor ácre, ofrece un tipo contínuo remitente. Cuando la hepatitis es central produce síntomas locales poco marcados y aun nulos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo con algunas remisiones y exacerbaciones, y cuando la inflamacion ocupa la cara cóncava es más rápida su marcha, así como tambien cuando se desarrolla en los climas cálidos. Su duracion es generalmente de siete á catorce dias, y nunca pasa de los veintiuno. Las terminaciones de esta enfermedad son varias: cuando termina por resolucion, que es del dia siete al catorce, lo hace, ó por la disminucion gradual de los síntomas, ó por diarrea ó sudor crítico en ocasiones. Cuando la intensidad de la inflamacion es mucha puede terminar por supuracion, aunque esto es raro en nuestro clima; se anuncia por escalofrios erráticos seguidos de sudores viscosos, recargos febriles irregulares y aparicion en ocasiones de un tumor apreciable en algun punto del hipocondrio, que no es otra cosa que un absceso que se abre ya al exterior, ya en la cavidad del vientre ó en el tubo intestinal, ya perforando el diafragma y derramándose por una abertura bronquial. Segun cuál sea la salida que tenga el pus, habrá vómitos ó deposi-

ciones, mezclados con pus ó tos, seguida de espectoracion purulenta. Tambien puede terminarse por gangrena ó por el paso al estado crónico.

Complicaciones. Se complica con peritonitis parcial, enteritis, disentería y aun con calenturas intermitentes y remitentes.

Diagnóstico. La hepatitis podria confundirse con una pulmonía del lado derecho, pero la existencia en esta de los esputos herrumbrosos, la crepitacion y la comparacion de los síntomas de ambas enfermedades aclararán el diagnóstico; lo mismo ocurre con la pleuresía diafracmática en que la disnea es grande, y basta para distinguirla de la hepatitis. La gastritis se distingue por lo intenso del dolor que reside en el epigastrio, la gran sed y lo numeroso de los vómitos. La gastro-enteritis no se acompaña de aumento de volúmen del hígado, y esto basta para distinguir ambas afecciones. La ictericia grave tampoco puede dar lugar á error, porque falta el dolor al nivel del hígado, y este no está aumentado de volúmen. Tampoco puede confundirse con una hepatitis la nefritis del lado derecho por el carácter que presentan las orinas y los demás síntomas de esta enfermedad. Ya dejamos dicho los síntomas que distinguen las fiebres amarilla y biliosa de la hepatitis.

Anatomía patológica. El hígado tiene un volúmen mayor del normal, está endurecido y tiene un color mezclado de rojizo y amarillo, aunque aquel es el más difundido y predominante. Hay engrosamiento parcial de la cubierta del hígado, que se manifiesta con el aspecto de manchas blanquecinas más ó ménos grandes en la superficie de la víscera. La bílis contenida en su reservorio es más densa que de ordinario, y de un color tanto más rojizo cuanto más intensa es la inflamacion. Cuando la hepatitis ha terminado por supuracion, rara vez está infiltrado el pus en el tejido del órgano, y lo más comun es que haya uno ó muchos focos colocados á mayor ó menor profundidad. Estos abscesos unas veces están enquistados, otras rodeados de sustancia hepática reblandecida. En ocasiones las paredes del foco pueden ser el asiento de la gangrena.

Pronóstico. La hepatitis aguda es muy grave, aunque no siempre mortal. Agrava el pronóstico la terminacion por supuracion cuando el foco purulento se abre en una cavidad cerrada como el peritoneo y la pleura.

Tratamiento. La dieta, las bebidas mucilaginosas y acídulas es lo primero que hay que disponer á los enfermos, y al mismo tiempo usar un método antiflojístico más ó ménos enérgico y proporcionado á la intensidad de la enfermedad, fuerzas del enfermo y génio de la constitucion médica reinante; así se emplearán las sangrías generales y las sanguijuelas al hipocondrio derecho ó en la márgen del ano; se darán fricciones sobre el órgano afecto con las pomadas mercuriales asociadas á las calmantes; se aplicarán cataplasmas y se darán enemas emolientes. El baño general templado es tambien muy útil para calmar el estado flojístico. Los calomelanos unidos al extracto tebáico, á la dósis de medio á un grano de los primeros por la mitad del segundo para dar una dósis cada cuatro horas, son muy útiles como antiplásticos. Cuando el vientre está detenido, se usarán lavativas y los laxantes suaves. Si los vómitos molestan mucho, se usarán las misturas antieméticas, ya solas, ya adicionadas con algunas gotas de láudano. Cuando terminada la inflamacion queda infarto del hígado, convienen las fricciones de la pomada de ioduro potásico asociada al extracto de cicuta ó la aplicacion de emplastos resolutivos como el de cicuta jabonoso. Cuando la hepatitis termina por supuracion, sostendremos las fuerzas con la alimentacion ténue y los tónicos; moderaremos el dolor con los tópicos calmantes, y si el absceso se hace superficial, se le abrirá despues de establecer la adherencia del foco á las paredes abdominales por medio de los cáusticos.

HEPATITIS CRÓNICA.

Etiología. Sobreviene á la aguda ó se produce por causas excitantes, aunque lentas.

Sintomatología, curso y terminacion. Está caracterizada esta enfermedad por síntomas análogos á los de la hepatitis aguda, pero de marcha más lenta: el dolor es obtuso gravativo, y á veces solo consiste en incomodidad; la ictericia se presenta raras veces; el aumento de volúmen del hígado es constante y bastante considerable; el órgano conserva su forma á ménos que no haya un absceso sensible á la palpita-

cion. Las digestiones son difíciles y se acompañan de dolores y eruptos; hay astriccion ó diarrea; la fiebre es poco intensa. Los enfermos se encuentran desfallecidos, se nutren mal, se ponen ascíticos, y por fin sucumben. Algunos enfermos se restablecen lentamente.

Anatomía patológica. Aumento de consistencia y color variado del hígado. Peritoneo con señales de inflamacion; exudaciones que se concretan entre este y la superficie del hígado. Cuando hay supuracion del hígado se ven uno ó varios abscesos; el órgano adquiere un color rojizo achocolatado y se reblandece alrededor de ellos.

Pronóstico. Es muy grave, y la curacion no es posible sino en los casos de rotura de abscesos con la salida del pus al exterior que hemos dicho en la hepatitis aguda.

Tratamiento. Alimentacion proporcionada á las fuerzas digestivas, como caldos, féculas y gelatinas. Aguas gaseosas y el bicarbonato de sosa unido á la cicuta; fricciones al hipocondrio con la pomada de ioduro potásico unida á la cicuta; aplicacion de emplastos resolutivos á la misma parte, como el de cicuta jabonoso. Los baños generales templados, las aplicaciones de sanguijuelas al hipocondrio derecho ó al ano, son medios suficientes para combatir la enfermedad. Tambien se han recomendado al interior los calomelanos á cortas dósis. Cuando la hepatitis haya sobrevenido á consecuencia de la aguda terminada por supuracion, se instituirá el tratamiento que dijimos para los abscesos del hígado en la hepatitis aguda.

COLECISTITIS.

Definicion. Es la inflamacion de la vejiga de hiel y de los conductos hepático y colidoco.

Etiología. Sus causas son la presencia de cálculos biliares y los obstáculos que se oponen al paso de la bílis, que de este modo distiende mucho la vejiga. Tambien se presenta en el curso de otras enfermedades graves.

Sintomatología, curso y terminaciones. Los síntomas son dolor muy vivo por debajo del reborde de las costillas falsas del lado derecho, que se aumenta con la presion, la respiracion y los movimientos del tronco; ictericia, náuseas y vómitos; calentura más ó ménos fuerte. A veces se percibe un tumor piriforme con pastosidad y fluctuacion, y como consecuencia de él un absceso, que unas veces se abre al exterior, dando salida á pus mezclado con bílis ó á cálculos, y es seguido de fístula, y otras veces se abre en el intestino ó en el peritoneo. Muchas veces termina por la muerte, y otras por la curacion, ya porque se resuelva la inflamacion, ya porque el pus se abra paso por alguno de los puntos dichos.

Anatomía patológica. La membrana interna de los conductos biliares y la de la vejiga biliar están hinchadas, friables, rojas, algunas veces ulceradas, otras se halla adelgazada la de la última. Una bílis alterada mezclada ó no de cálculos distiende la vejiga de la hiel.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico es difícil, y solo alguna vez podrá sospecharse la existencia de esta enfermedad. El pronóstico es muy grave.

Tratamiento. Debe ser el mismo que para la hepatitis.

PANCREATITIS.

La inflamacion del pancreas parece ser una enfermedad rara, que, segun Becourt y Mondiere, presenta los síntomas siguientes: dolor epigástrico que se irradia al hipocondrio derecho; diarrea de sustancias serosas parecidas á la saliva; algunas veces tension de vientre, en otras ictericia. Se ha admitido que puede terminar por resolucion, supuracion, induracion ó gangrena.

ESPLENITIS.

Definicion. Esta enfermedad, bastante rara, consiste en la inflamacion del bazo.

Etiología. Rara vez es primitiva, siendo lo más comunmente consecutiva á los golpes, las caidas y las fiebres intermitentes, aunque estas más bien producen el infarto del órgano.

Sintomatología, curso y terminacion. Puede sobrevenir con prodromos ó sin ellos, y está caracterizada por un dolor más ó ménos vivo, fijo en el hipocondrio izquierdo, que se aumenta

con la presion y se irradia á las partes vecinas y hácia el hombro del mismo lado, dificultando el decúbito izquierdo; tension en el mismo hipocondrio; abultamiento de la víscera el mayor número de veces, que se reconoce por el sonido oscuro que produce la percusion. Hay calentura inflamatoria con recargos regulares, anorexia, sed, náuseas ó vómitos. Segun algunos autores, hay en ciertos casos agitacion, delirio, ansiedad, disnea y tos. Algunas veces se forma algo de derrame ascítico é infiltracion de las extremidades inferiores. La esplenitis sigue un curso y tiene una duracion análoga á la hepatitis. Lo más comunmente termina por resolucion, y frecuentemente por supuracion, que solo pueden hacer sospechar los escalofrios, los sudores y la demacracion, es decir, las señáles de una supuracion profunda. El absceso puede abrirse en el estómago, en el colon, en el uréter izquierdo, en el peritoneo, en la pleura, en los bronquios, y muy raras veces al exterior al través de las paredes abdominales.

Anatomía patológica. Segun Grissolle, únicamente pueden considerarse como indicios ciertos de la esplenitis la presencia del pus y la infiltracion del tejido del órgano por una materia fibro-albuminosa. Los abscesos consecuencia de la supuracion pueden ser uno ó varios, superficiales ó más ó ménos profundos, libres ó enquistados.

Diagnóstico. La esplenitis se distingue de la hipertrofia del bazo por el dolor y los síntomas agudos. Los signos de auscultacion, como el estertor crepitante, la broncofonia y la egofonia distinguen á la pulmonía y la pleuresía de la hepatitis.

Pronóstico. En esta parte hay las mismas dudas que en todas las demás circunstancias relativas á esta enfermedad, aunque puede decirse que es grave, sobre todo cuando termina por supuracion.

Tratamiento. Será antiflojístico y análogo al de la hepatitis; así se usarán las aplicaciones de sanguijuelas, á ménos que los síntomas generales sean tan intensos, que haya necesidad de emplear la sangría. Se usarán las preparaciones mercuriales en fricciones; se aplicarán cataplasmas; se darán baños generales templados y se administrarán laxantes suaves. Si queda infarto despues de curada la esplenitis, se friccionará el hipocondrio izquierdo con la pomada de ioduro po-

tásico unido al extracto de cicuta, ó se aplicarán emplastos resolutivos, como el de cicuta jabonoso.

La *esplenitis crónica* casi no tiene otro síntoma que el aumento lento del volúmen del bazo.

PERITONITIS AGUDA.

Definicion. Se da este nombre á la inflamacion del peritoneo.

Etiología. La peritonitis simple espontánea es bastante rara, puede observarse en todas las edades y se le han asignado como causas la influencia del frio, la ingestion de bebidas frias estando el cuerpo sudando, ó la supresion brusca de la menstruacion. Lo más comunmente la peritonitis es secundaria y se desarrolla á consecuencia de contusiones graves, de heridas penetrantes de vientre, de rotura y perforaciones de los órganos cubiertos por el peritoneo que dejan derramar en su cavidad sustancias heterogéneas, y finalmente, por propagacion de la inflamacion de un órgano vecino.

Sintomatología. Esta enfermedad se anuncia por un violento escalofrio que es acompañado ó seguido de un dolor intenso, pungitivo y lancinante, que ocupa uno de los puntos del vientre; se propaga con rapidez á todo él y se aumenta siempre con el más ligero contacto, con la más ligera presion, con los menores movimientos, aun con los de la respiracion que es difícil y costal superior, habiendo enfermos que no pueden soportar las cataplasmas, paños, ni cubiertas de la cama. Esta intensidad del dolor hace que los enfermos guarden un decúbito dorsal con las extremidades inferiores dobladas sobre la pelvis, temiendo hacer el menor cambio de posicion. A estos síntomas acompañan desde el principio alteracion profunda de la fisonomía con fruncimiento de la misma, hipo, náuseas, vómitos muy frecuentes y molestos, compuestos de sustancias acuosas ó lo más comunmente biliosos, de color verde ó amarillo. El vientre unas veces parece estar contraido, pero lo más general es que esté tenso y abultado y dé á la percusion un sonido claro en todo él al principio de la inflamacion y más adelante oscuro en las partes declives. Esta oscuridad del sonido debida al derrame de serosidad es movible,

segun la posicion que se dé al enfermo. La auscultacion del abdómen hace percibir al principio un ruido de roce análogo al roce pleurítico, sensacion que se percibe algunas veces aplicando la mano al vientre. El pulso es siempre frecuente, y aunque desde el principio puede ser pequeño y duro, lo más general es que entonces sea fuerte, y solo cuando se agrava la enfermedad se hace mucho más frecuente (más de 120 pulsaciones), pequeño y débil. La respiracion es corta, interrumpida, y, como se ha dicho antes, costal superior. Hay anorexia, sed viva, extreñimiento, dificultad de orinar, con orina escasa y sequedad de la piel. Cuando la enfermedad sigue un curso grave, el dolor disminuye, el vientre se abulta cada vez más, la fisonomía se altera mucho más, los líquidos contenidos en el estómago salen por regurgitacion, el pulso se hace filiforme é irregular, la temperatura del cuerpo disminuye, se debilitan las fuerzas, hay agitacion grande, muchas veces delirio, y sobreviene la muerte despues de una agonía corta ó precedida del coma y la postracion, aunque la mayor parte de los enfermos conservan su inteligencia hasta el fin. Si la enfermedad sigue un curso ménos grave puede venir la curacion mejorando gradualmente los síntomas.

Cuando la inflamacion invade solo parte del peritoneo, se llama *peritonitis parcial*; en esta el dolor es circunscrito y todos los sintomas ménos violentos. Cuando la inflamacion es el resultado de la perforacion de una víscera, de un vaso, de un quiste accidental, de un foco purulento que se abre en la cavidad abdominal, se llama *peritonitis por perforacion*, y empieza por un dolor dislacerante muy intenso, y la flegmasía se generaliza y corre sus períodos con suma rapidez.

Curso. Es contínuo y más ó ménos rápido.

Duracion. Puede durar cuatro, seis ó siete dias, y aun en ocasiones prolongarse hasta el segundo setenario. Cuando depende de una perforacion, puede terminar por la muerte en pocas horas.

Terminaciones. La peritonitis parcial y limitada se termina con frecuencia por la curacion, formándose adherencias protectoras. La peritonitis generalizada termina generalmente por la muerte, que sobreviene por la agravacion de los síntomas con adinamia profunda, como queda dicho; otras veces termina por la curacion, que se anuncia por la declinacion de todos los síntomas, siendo la diarrea el fenómeno crítico más comun; en otras ocasiones termina por un derrame sero-purulento y en otras pasa al estado crónico. La peritonitis por perforacion termina casi siempre por la muerte, pero si la perforacion y el derrame son poco considerables, es posible la curacion. La peritonitis por extrangulacion puede terminar por gangrena, y en su consecuencia la muerte. Algunos enfermos, despues de curados, quedan sujetos á padecer dolores del vientre y tiranteces, dificultad en los movimientos y en las digestiones, cuyas molestias dependen de adherencias que se han establecido en las asas intestinales.

Diagnóstico. Dolor intenso del vientre, que se aumenta con la presion, vómitos, alteracion de la fisonomía y pulso con los caractéres ya dichos, caracterizan la peritonitis. No puede confundirse con el reumatismo de las paredes abdominales, porque este solo tiene de comun con la peritonitis los grandes dolores, que se exacerban con la presion y los movimientos. Tampoco puede confundirse con una enteralgia, porque en esta el dolor es por accesos, se calma por la presion y no hay fiebre. Tampoco pueden confundirse una gastritis, una enteritis, una hepatitis, cistitis ó metritis con una peritonitis parcial, porque en esas enfermedades el dolor es ménos vivo y superficial, y hay otros síntomas. Los signos diagnósticos de la peritonitis deberán sacarse de los que suministra la auscultacion, la percusion y la palpacion, junto con las causas, curso y síntomas especiales de las demás dolencias que con ella pudieran confundirse.

Anatomía patológica. El peritoneo presenta un color rojo, algunas veces oscuro y casi negro, lustroso al principio; pero despues que ha progresado la enfermedad se pierde la rubicundez y ofrece la membrana un aspecto aterciopelado, causado por la caida de su epitelio. Se notan exudaciones que forman ya una capa delgada y trasparente, materia plástica adherida á la superficie del peritoneo, y que establece adherencias flojas entre los intestinos, ya más gruesa y semejante á falsas membranas de color amarillento que sobrenadan en un líquido sero-purulento ó purulento, en el cual se ven algunos copos. El tejido celular y adiposo subperitoneal y mesentérico se halla, así como los ganglios, inflamado é infiltrado de pus. El peritoneo jamás se encuentra ulcerado, ni gangrenado,

ni aun engrosado. Estas son las lexiones más características de la peritonitis.

Pronóstico. Es enfermedad muy grave y casi necesariamente mortal cuando es general ó la ocasiona una perforacion. Es ménos peligrosa cuando es circunscrita.

Tratamiento. Casi todos los autores están conformes en que el tratamiento debe ser enérgico, y consistir en las evacuaciones sanguíneas generales repetidas y tan abundantes como lo permita el estado de las fuerzas del enfermo; las aplicaciones de sanguijuelas en gran número distribuidas por el vientre ó en la parte afecta, los fomentos y cataplasmas emolientes, los enemas de la misma naturaleza y el baño general templado. Si á pesar de eso continúa haciendo progresos la inflamacion y el pulso es débil, aconsejan recurrir á las fricciones de las pomadas mercuriales. Dando una ó dos al dia en cantidad de 15 á 30 gramos y á la administracion al interior de los calomelanos á cortas dósis hasta producir la salivacion. Los vómitos aconsejan calmarlos con las misturas antihemética y con el hielo á cortas dósis. Cuando la enfermedad es producida por una perforacion, se ha recomendado con el objeto de calmar el dolor y paralizar el movimiento peristáltico del intestino, el uso del ópio á la dósis de medio á un grano, repetida cada media hora al principio y despues con mayores intérvalos. Por el contrario, otros autores, y entre ellos Niemeyer, rechazan las sangrías y los mercuriales, y consideran que el tratamiento más racional de la peritonitis consiste en el uso interno del ópio, una ó muchas aplicaciones de sanguijuelas al vientre, el agua fria al interior y al exterior en compresas empapadas en ella que cubran todo el vientre.

PERITONITIS CRÓNICA.

Etiología. Casi siempre va unida á la diatesis tuberculosa, escrofulosa y cancerosa, y algunas veces es consecutiva á la peritonitis aguda.

Sintomatología. Invade casi siempre de un modo latente. Los enfermos se quejan de un dolor sordo y profundo en el vientre, que sufre de vez en cuando exacerbaciones, sobre todo durante el trabajo de la digestion: el extreñimiento alterna

con la diarrea; hay vómitos pertinaces de sustancias verdosas y porráceas. En algunas ocasiones no se presenta la fiebre y en otras la hay con los caractéres de héctica. Las digestiones se hacen pronto difíciles, los enfermos enflaquecen, el vientre se presenta algunas veces voluminoso y meteorizado, se percibe en él fluctuacion oscura. Cuando no existe líquido, el vientre está deprimido y retraido, tienen ménos flexibilidad sus paredes y por la palpacion se nota en él cierta pastosidad y una dureza y resistencia que son características, y en otras ocasiones uno ó más tumores de volúmen variable, mal circunscritos y formados por la reunion de varias asas intestinales. A medida que la enfermedad progresa, se hace mayor el enflaquecimiento, se declara diarrea contínua, se infiltran las extremidades inferiores y el enfermo por fin sucumbe.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es lento, y auque algunas veces permanece estacionaria, sigue su curso progresivo hasta su terminacion. La duracion media de la enfermedad es de unos siete meses. La terminacion más frecuente es la muerte, ya á consecuencia del marasmo, ya de una perforacion intestinal, sin que aparezcan síntomas agudísimos que indiquen esta complicacion.

Anatomía patológica. La cavidad peritoneal está estrechada. Los intestinos forman entre sí y con las vísceras por sus adherencias conglomeraciones informes cubiertas de falsas membranas, tupidas y grises. Los intestinos están disminuidos en su diámetro y longitud, y cubiertos en su superficie de manchas opacas, irregulares, formadas por una materia purulenta concreta. Con frecuencia se ven tambien tubérculos sobre el peritoneo engrosado. Por lo regular no hay derrame en el interior del peritoneo, pero otras veces se ve una corta cantidad de líquido seroso, purulento ó sanguinolento.

Diagnóstico. En el principio de la enfermedad es difícil el diagnóstico; pero más adelante, si hay derrame en el vientre, y las paredes del mismo presentan dureza y resistencia á la palpacion, es fácil no confundirla con otras enfermedades.

Pronóstico. Es muy grave, aunque se han citado algunos casos raros de curacion.

Tratamiento. Se sostendrán las fuerzas con un régimen suave y reparador; se darán baños alcalinos ó sulfurosos; se combatirá la diarrea con los mucilaginosos y los opiados, y los

vómitos con la mistura antihemética y el hielo. Se darán fricciones al vientre con las pomadas iodadas, y se aplicará la tintura de iodo como revulsivo á las paredes del vientre. Si el derrame ascítico es abundante se practicará la paracentesis.

INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DEL APARATO URINARIO.

NEFRITIS SIMPLE AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de las sustancias cortical ó tubulosa de los riñones.

Etiología. Es más comun en los viejos, ménos en los adultos y rara en los niños; los hombres están más predispuestos á ella que las mujeres. Sus causas más frecuentes son las heridas y contusiones del órgano, la acumulacion de orina descompuesta, amoniacal en la pelvis del riñon, la propagacion de la inflamacion de las vías urinarias, la existencia de cálculos en los cálices ó pelvis del riñon, las embolias de las arterias renales y la infeccion de la sangre por sustancias sépticas ó miasmáticas, el abuso de los diuréticos y los excitantes especiales y raras veces la impresion del frio húmedo. Unas veces padecen los dos riñones, otras uno solo.

Sintomatología. Empieza por un escalofrio más ó ménos fuerte, más ó ménos prolongado, seguido de calor, sed y agitacion. Aparece un dolor al nivel de uno ó ambos riñones comunmente sordo, contínuo y profundo, circunscrito, ó que se irradia en la direccion del uréter y hasta la vejiga, á la ingle, al ligamento redondo ó los testículos, que se retraen hácia el anillo inguinal. Este dolor, que es más profundo que el de los músculos lumbares, se exacerba por la presion, los movimientos del tronco, la inspiracion profunda, la tos y el estornudo, y en ocasiones se extiende tambien á la vejiga urinaria, que está dolorida, principalmente á la expulsion de la orina, la cual está disminuida desde el principio y á veces suprimida cuando padecen ambos riñones. La orina es espesa, oscura, á

menudo mezclada con sangre; en otras ocasiones contiene de pósitos mucosos ó purulentos, y en otras está pálida, apenas ácida, neutra ó alcalina. El riñon está abultado de volúmen; pero es raro que esto pueda apreciarse por la palpacion abdominal y la percusion. A estos fenómenos locales se unen: pulso frecuente con sequedad de la piel, exacerbaciones febriles bien manifiestas, que excepcionalmente semejan accesos de fiebres perniciosas; lengua cubierta de una capa mucosa, anorexia, sed, náuseas, vómitos y extreñimiento.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo y ofrece con frecuencia exacerbaciones. Su duracion es de siete á quince dias. La nefritis termina comunmente por resolucion, disminuyendo los síntomas gradualmente; en otros casos termina por supuracion, que se anuncia por la persistencia de la calentura, escalofrios repetidos é irregulares, delirio, estupor, sequedad de boca, y algunas, aunque raras veces, presencia del pus en la orina; muy raras ocasiones se termina por gangrena, en cuyo caso hay síntomas tifoideos, gran postracion y orina negra y fétida; muchas veces termina por su paso al estado crónico.

Anatomía patológica. En el principio de la inflamacion se halla el riñon aumentado de volúmen y de color rojo oscuro, ya uniforme, ya en chapas ó arborizaciones. Dividido el riñon, se ve que está duro y resistente, y más adelante friable y reblandecido, y fluye de él bastante sangre si se le comprime entre los dedos. Con el progreso de la enfermedad, el color rojo es reemplazado por otro oscuro, súcio ó gris. Cuando la nefritis termina por supuracion, se encuentra en la sustancia cortical el pus, depositado bajo la forma de puntitos del tamaño de un grano de alpiste ó pequeñas placas amarillentas, y más rara vez en focos del tamaño de una avellana; en la sustancia tubulosa se presenta ménos veces esta infiltracion purulenta.

Diagnóstico. No puede confundirse la nefritis con la congestion renal, porque estas enfermedades no tienen de comun más que el dolor lumbar y la albuminuria. La perinefritis no se diferencia de la nefritis sino en un período avanzado en que la palpacion hace notar en la primera pastosidad, edema y aun fluctuacion. La hepatitis se distingue de la nefritis por la tumefaccion del hígado y ausencia de trastor-

nos en la miccion. El lumbago se exaspera con los menores movimientos y el dolor es ménos profundo. El cólico nefrítico se distingue por la intensidad del dolor y su aparicion por accesos. El cólico hepático no puede ser causa de confusion por acompañarse de ictericia.

Pronóstico. La nefritis, por causa traumática ó por enfriamiento y poco intensa, es de un pronóstico favorable. Es grave cuando sobreviene la supuracion, y esta no se abre paso al exterior por las vias urinarias, por el colon ó por la piel. Tambien lo es cuando están afectados ambos riñones ó la inflamacion es secundaria de una alteracion grave de las vias urinarias.

Tratamiento. La dieta vegetal, las bebidas atemperantes carbónicas y mucilaginosas y el método antiflojístico son los medios de que se hace uso para combatir la enfermedad. Si la intensidad es grande se hará una ó varias sangrías, y si no lo fuese tanto, bastarán la aplicacion repetida de sanguijuelas á la region renal, las cataplasmas emolientes á los lomos, los baños tibios prolongados. Cuando hay síntomas tifoideos sostendremos las fuerzas con los tónicos y los cordiales.

NEFRITIS SIMPLE CRÓNICA.

Sintomatología y curso. Dolores habituales, sordos, en uno ó en ambos riñones, que se exacerban muchas veces y se aumentan con la presion más ó ménos fuerte de la region lumbar, ó á consecuencia de una marcha larga, sobre todo en carruaje. Estos dolores coinciden con la disminucion de la acidez, el estado neutro ó la alcalinidad de la orina. Esta está súcia y con sedimento abundante de fosfato de cal ó de fosfato amónico-magnésico y una corta cantidad de uratos. A estos síntomas se agregan calentura pequeña y aun nula, debilidad muscular de las extremidades inferiores, demacracion y trastornos digestivos.

Duracion y terminaciones. Es de larga duracion y presenta de vez en cuando exacerbaciones que anuncian la vuelta al estado agudo. Termina por supuracion, en cuyo caso si esta se agota, el término de la enfermedad es favorable, lo cual ocurre pocas veces; lo más comun es que los enfermos sucumban, ya por una complicacion torácica ó gástrica, ya por el marasmo. Tambien puede ocurrir una perforacion de la pelvis, de los cálices, ó la formacion de una fístula renal, ya exterior, ya peritoneal, ya intestinal, ya pulmonar.

Anatomía patológica. El riñon está atrofiado, y endurecido pesa más; su superficie tiene un color de pizarra y presenta arborizaciones; á veces está pálida y anémica de un modo general ó parcial; se desarrollan depresiones ó mamelones en ella, así como tambien se notan manchas blancas fibro-celulares. Las membranas que cubren el riñon están gruesas, induradas y aun osificadas.

Diagnóstico. No puede confundirse con la pielitis, porque en esta el enturbiamiento de la orina depende de pus ó de moco purulento, y en la nefritis crónica de la presencia de los fosfatos en suspension. Tampoco puede confundirse con el lumbago crónico, porque en este faltan las alteraciones en la secrecion y excrecion de la orina.

Pronóstico. Es grave.

Tratamiento. Se emplearán para combatir la nefritis crónica: la quietud, la dieta animal, las bebidas tónicas, los marciales, los vejigatorios, y mejor aun los cauterios ó las moxas en la region lumbar. Si se presenta fluctuacion bien manifiesta se abrirá el absceso cuando es superficial. Cuando sobrevengan accidentes agudos se suspenderán los tónicos y se aplicarán sanguijuelas á la region renal ó ventosas.

PIELITIS.

Definicion. Es la inflamacion de la pelvis y los cálices del riñon.

Etiología. La existencia de arenillas ó cálculos en la pelvis, la orina estancada y descompuesta, el uso de las cantáridas, los balsámicos y resinosos, y todas las causas que se oponen á la libre excrecion de la orina.

Sintomatología. Puede empezar con un solo escalofrio, ó varios repetidos, dolores en la region renal que se exacerban con la presion y se irradian á los uréteres, testículos y muslos; la orina está cargada de sangre, de moco ó de pus; casi siempre es ácida, y cuando los riñones contienen cálculos fosfáticos son turbias y alcalinas en el momento de la emision.

A estos fenómenos se reunen: frecuencia del pulso, calor febril, malestar, pérdida del apetito, y en muchos enfermos sobrevienen náuseas, vómitos biliosos y extreñimiento. En otros casos se presentan escalofrios irregulares, y los enfermos experimentan en los riñones dolores pulsativos, entorpecimiento y tension especiales, debidos á la supuracion. En algunas ocasiones se hace apreciable á la vista, al tacto y especialmente á la percusion un tumor fluctuante, abollado y producido por la acumulacion de orina en la pelvis y cálices del riñon. La pielitis va casi siempre unida á la nefritis (*pielo-nefritis*) confundiéndose sus síntomas.

Terminaciones. Puede terminar por resolucion cuando los cálculos cambian de lugar ó se expelen; pero al cabo de un tiempo más ó ménos largo se reproducen los accidentes. Puede terminar por supuracion, saliendo el pus en la orina ó abriéndose el absceso, en el colon, el duodeno y el estómago. Tambien puede abrirse en el peritoneo, en el tejido celular que rodea al riñon y aun llegar á perforar el diafragma y el pulmon. En otras ocasiones puede formar verdaderos abscesos por congestion en la circunferencia de los anillos inguinal y crural.

Anatomía patológica. La mucosa de la pelvis y los cálices está rubicunda, más ó ménos inyectada é infiltrada de sangre, y á veces cubierta de falsas membranas. Si la enfermedad es de larga duracion, desaparece la rubicundez de la mucosa, se hincha su tejido y su superficie se cubre de uratos y sales calcáreas en muchos casos. Las más veces están dilatadas las pelvis y engrosadas sus paredes, y contienen una orina mezclada de sangre y de moco purulento. La dilatacion de la pelvis y los cálices es á veces muy considerable. A menudo se notan ulceraciones de la mucosa y perforacion de su pared, que da lugar á infiltraciones urinosas en el tejido celular perinefrítico y á la gangrena consiguiente.

Diagnóstico. Es difícil el diagnóstico; pero los antecedentes de cólicos nefríticos, la violencia del dolor renal, la disminucion ó suspension de la secrecion urinaria, el ser la orina casi siempre ácida, salir mezclada en un principio con sangre y moco y más tarde con pus, son los síntom as que nos harán sospechar la existencia de la pielitis, y mucho más si se comprueba la existencia del tumor fluctuante que hemos

descrito en la sintomatología. La presencia de pus en la orina puede encontrarse tambien en la cistitis; pero entonces el dolor tiene diferente asiento, la orina es glutinosa y viscosa y contiene grandes cantidades de moco, cosa que no se observa en la pielitis.

Pronóstico. Es siempre una enfermedad grave porque termina generalmente por supuracion; pero es ménos grave cuando es simple, depende de enfermedad local sin cuerpos extraños, ó cuando los cálculos tienen tan poco volúmen que pueden ser expulsados á fuera por las vías urinarias.

Tratamiento. Al principio de la enfermedad consistirá en la dieta, las bebidas atemperantes en muy corta cantidad para no aumentar la secrecion urinaria, la abstencion del uso de los diuréticos, las aplicaciones de sanguijuelas á la region renal, el ópio al interior y en lavativas si el dolor es intenso, y las inyecciones subcutáneas de morfina. Cuando se calmen los síntomas y se llega á curar el enfermo, se dispondrá un plan para evitar el desarrollo de los cálculos, consistente en el uso de los alimentos vegetales, las bebidas abundantes y el uso de las aguas minerales de Sousas y Caldeliñas, en la provincia de Oviedo; las de Mondariz, en la de Pontevedra; las de Burgas, Molgas y Mende, en la de Orense. Cuando el absceso sea superficial debemos dar salida al pus.

CISTITIS AGUDA.

Definicion y divisiones. Se da este nombre á la inflamacion de la vejiga urinaria. Segun sus causas, se divide en idiopática y sintomática; segun su curso, en aguda y crónica; segun su asiento, en superficial ó limitada á la mucosa, y en profunda ó que invade por lo ménos dos túnicas, y segun su extension, en general y parcial.

Etiología. Raras veces es idiopática, y lo más general es que dependa de heridas y contusiones sobre el órgano, caidas sobre el periné ó los riñones, el cateterismo ó la permanencia de sondas en la vejiga, la influencia de los vejigatorios ó la ingestion de las cantáridas en el estómago, la descomposicion de la orina en la vejiga, su retencion, los partos laboriosos, la propagacion de la inflamacion de los órganos próximos, como el útero, recto, próstata, uretra y peritoneo.

Sintomatología. Va acompañada de fenómenos febriles algunas veces, pero lo más comun es que invada sin prodromos. Los enfermos sienten un dolor contínuo, sordo, más ó ménos vivo, en el hipogastrio, desde donde se irradia muchas veces á toda la pélvis, los uréteres y la uretra hasta el glande. Este dolor se aumenta con la presion y los movimientos, y se hace más intenso y aun excesivo en el momento ó despues de la micción; tambien se acompañan de tensiones en el hipogastrio, en el cual muchas veces forma la vejiga una prominencia notable; de ganas frecuentes, incesantes, de orinar, verificándose la miccion por contracciones incompletas acompañadas de gran ansiedad y tenesmo vexical. La orina es escasa, trasparente al principio, pero despues muy encendida, y conteniendo pronto moco, moco-pus, y á veces falsas membranas. Casi todos los enfermos tienen calentura, gran sed, inapetencia, náuseas, vómitos, extreñimiento y malestar grande. Algunas veces la contraccion espasmódica del esfínter, ó en los viejos la paralísis de las fibras longitudinales, producen la retencion de la orina. En otros, obstruidos los orificios vexicales de los uréteres y retenida la orina en ellos, la pélvis y los cálices, se exacerba la calentura, sobreviene delirio y postracion y todas las excreciones toman un olor urinoso (*fiebre urinosa*), principalmente las cutáneas y fecales. Los síntomas varían, segun el sitio que ocupa la inflamacion; así en la cistitis del fondo el dolor hipogástrico es muy intenso y la excrecion de la orina es frecuente; en la del cuello hay peso en el periné, iscuria, tenesmo vexical y retencion de orina, siendo imposible en este caso el cateterismo, el tacto rectal y la defecacion; en la del suelo de la vejiga la obstruccion de los uréteres y sus consecuencias.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo y su duracion de tres á cinco ó siete dias. Puede terminar por resolucion disminuyendo gradualmente los síntomas; raras veces por supuracion, en cuyo caso el pus ocupa la superficie de la mucosa ó el espesor de las paredes de la vejiga, y sale mezclado con la orina; y muy rarísimas veces por gangrena, que se reconoce por la fetidez de la orina y los síntomas tifoideos, en cuyo caso puede ocurrir ulceracion ó perforacion vexical. Muchas veces pasa al estado crónico.

Anatomía patológica. Está enrojecida, tumefacta y más ó

ménos friable ó reblandecida la membrana mucosa, en la cual se encuentran muchas veces pseudomembranas parduzcas ó blanquecinas y muy adherentes. En ocasiones se ven úlceras de la mucosa en corto número, que generalmente no interesan más que esta membrana, pero que otras han producido la perforacion. Otras veces se observan tambien chapas gangrenosas. Cuando ha terminado por supuracion se ven los abscesos en la mucosa ó el pus se halla infiltrado en el tejido celular y entre los planos carnosos de la túnica muscular.

Diagnóstico. Se distingue de la metritis por el sitio superficial del dolor hipogástrico, las ganas frecuentes de orinar, los sufrimientos que produce la excrecion urinaria y los resultados negativos que da el tacto vaginal y rectal. Tambien se distingue de la peritonitis de la escavacion pelviana por el carácter del dolor y los trastornos en la secrecion y excrecion de la orina. Se tendrá como probable la ulceracion vexical cuando haya dolores vivos y el pus que sale con la orina sea viscoso, fétido y estriado de sangre.

Pronóstico. Es grave y mucho más si ocupa el cuello y los orificios de los uréteres.

Tratamiento. Consistirá en dieta, bebidas atemperantes en cortas cantidades, agua acídulo-carbónica, sangrías generales cuando es muy intensa la reaccion febril, lo más generalmente aplicaciones de sanguijuelas en gran número al periné, más bien que en el hipogastrio, á no ser que la inflamacion sea del fondo de la vejiga; cataplasmas emolientes á la misma region, baños generalmente templados, repetidos y más ó ménos prolongados; lavativas emolientes ó laxantes suaves para mantener libre el vientre. Si la cistitis depende de la accion de las cantáridas sobre las vias urinarias, se dará el alcanfor en lavativas y píldoras solo ó unido al ópio. Cuando hay retencion de orina hay que practicar el cateterismo.

CISTITIS CRÓNICA.

Sintomatología. Dolor contínuo y sordo en el hipogastrio ó periné, frecuentes ganas de orinar; la orina excretada frecuentemente y en corta cantidad; es turbia, purulenta, mucosa, viscosa, y abandonada á sí misma deja desprender un olor amoniacal; hay además malestar general, digestiones pe-

nosas, demacracion y á veces calentura. Estos síntomas sufren con frecuencia exacerbaciones.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es muy lento y sufre exacerbaciones á temporadas; puede durar años y termina por resolucion ó supuracion.

Diagnóstico. Solo podrá confundirse con ciertas pielitis; pero la existencia de pus en la orina y la poca cantidad de moco que en este caso contiene, la distinguen de la cistitis, en que la orina presenta los caractéres opuestos.

Pronóstico. La cistitis crónica no es grave sino por las afecciones concomitantes.

Anatomía patológica. Se halla casi siempre disminuida la capacidad del órgano. La membrana mucosa tiene un color rojo, negro ó violado, está engrosada y endurecida, algunas veces fungosa y ulcerada. Sus paredes pueden encontrarse infiltradas de pus como en el estado agudo.

Tratamiento. Un régimen suave, bebidas acídulo-carbónicas, aplicaciones de sanguijuelas si el dolor es algo intenso, los baños templados y de vapor, los emolientes y la revulsion al hipogastrio con la pomada estibiada, son los medios que se emplean en union del uso de la franela para excitar la traspiracion cutánea, y combatir la cistitis crónica. Tambien se aconseja emplear interiormente los balsámicos y resinosos, como la esencia de trementina, el agua de brea, el bálsamo del Perú y sobre todo el de copáiba. Si estos medios no surten buen efecto se hacen inyecciones de agua tibia, cuya temperatura se va bajando por grados hasta la de 10 centígrados. Tambien se hace uso de inyecciones astringentes con el nitrato de plata, el sulfato de zinc y el ácido tánico; pero este tratamiento exige mucha circunspeccion.

INFLAMACION DE LOS ÓRGANOS DEL APARATO RESPIRATORIO.

CORIZA.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa de las fosas nasales.

Etiología. Su causa más frecuente es la accion del frio sobre la cabeza ó los piés, y el contacto de la membrana con ciertos polvos ó vapores irritantes.

Sintomatología. Invade generalmente de un modo repentino y se da á conocer por sequedad, calor y entorpecimiento en las fosas nasales, cuya membrana mucosa está roja y tumefacta. Hay prurito intenso que determina estornudos frecuentes seguidos de un flujo nasal abundante, claro y ácre, que escoria las porciones de piel que toca. La respiracion por las fosas nasales es difícil y aun imposible; el olfato está embotado, la cabeza pesada y dolorida, los ojos encendidos y lagrimosos. A los pocos dias pierden intensidad los síntomas, y el flujo nasal se hace cada vez más espeso, blanquecino, despues amarillento y siempre abundante.

Curso, duracion y terminacion. El curso es regular, su duracion de pocos dias y termina por resolucion.

Diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico es siempre fácil y el pronóstico leve.

Tratamiento. Esta enfermedad se cura por lo general espontáneamente, pero siempre conviene sustraer al enfermo del aire frio, aplicar sustancias grasientas en las narices y dar pediluvios irritantes.

LARINGITIS SIMPLE AGUDA.

Definicion. Con esta palabra se designa la inflamacion de la membrana mucosa de la laringe.

Etiología. Sus causas son la accion del frio húmedo, las variaciones de temperatura, el uso inmoderado de los órganos de la voz, la inspiracion de vapores ó polvos irritantes, la ingestion de bebidas muy calientes y la propagacion de la inflamacion de los órganos inmediatos. Algunas veces sobreviene en el curso de una enfermedad debida á la infeccion de la economía por un miasma ó un principio contagioso.

Sintomatología. La laringitis aguda puede ser benigna ó grave. La laringitis *benigna* se caracteriza por una sensacion de cosquilleo y calor en la laringe; alteracion de la voz, que se hace más grave, ménos pura, ronca y á veces afónica, y que pasa á veces de pronto desde la ronquera al falsete más agudo. A estos síntomas se une una tos seca por lo general,

ó acompañada de una espectoracion difícil y formada de esputos pequeños, blancos y espesos, ó ligeramente estriados de sangre. La presion sobre la laringe y los movimientos de deglucion son dolorosos y excitan la tos. En esta forma no hay por lo general fenómenos generales.

En la laringitis *grave* hay calentura más ó ménos intensa, dolor más vivo en la laringe, que se exacerba á la menor presion; sensacion de calor y desgarradura en el mismo órgano, y tambien en ocasiones de un cuerpo extraño que se opone á la entrada del aire; la voz es penosa, aguda y sibilante al principio, velada y apagada despues; la tos es algunas veces por accesos y seguida de una espectoracion blanquecina teñida muchas veces de sangre; la respiracion difícil, áspera á veces con exacerbaciones de disnea. Auscultando la laringe se percibe un ruido mucoso traqueal. En ciertos casos, en fin, hay síntomas de asfixia, ansiedad grande, delirio ó coma, que son seguidos de muerte. Con la aplicacion del laringóscopo se ve la mucosa tumefacta, inyectada, de color rojo escarlata; la epiglotis forma un rodete más ó ménos grueso, los ventrículos pueden estar como borrados, la glotis estrechada y las cuerdas bucales inferiores presentan una inyeccion general ó parcial, ó bien un color blanquecino análogo al que produce el contacto del nitrato de plata.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo, regular, y algunas veces presenta exacerbaciones. La duracion más comun es la de un setenario, aunque algunas veces se prolonga algunas semanas. La terminacion más frecuente es por la curacion, disminuyendo gradual y rápidamente los síntomas, ménos la ronquera, que persiste por más ó ménos tiempo. Tambien puede sobrevenir la muerte en la laringitis intensa, lo cual ocurre casi siempre antes del octavo dia por los trastornos ó perturbaciones que sufre la respiracion.

Anatomía patológica. Rubicudez, engrosamiento y friabilidad de la mucosa. En los puntos en que es más intensa la inflamacion se notan erosiones superficiales ó ulceraciones redondeadas, especialmente al nivel de las cuerdas vocales; raras veces se encuentran pequeños abscesos submucosos. El conducto está disminuido de calibre cuando la mucosa está engrosada ó hay infiltracion serosa ó purulenta del tejido celular submucoso.

Diagnóstico. El diagnóstico entre la laringitis grave y un cuerpo extraño no es difícil, porque en este último caso la sofocacion sobreviene de pronto, los intérvalos de calma son más marcados y no hay fiebre. Tampoco puede confundirse con el crup, porque en este la tos tiene un timbre más ronco y apagado, y por la presencia de falsas membranas en las amigdalas y en los esputos. En la angina estridulosa la enfermedad empieza repentinamente por la noche y la tos tiene el carácter crupal. En el edema de la glotis la inspiracion es sibilante y difícil.

Pronóstico. No tiene gravedad esta enfermedad sino cuando es intensa y asfítica.

Tratamiento. En la laringitis benigna se colocará al enfermo enmedio de una temperatura suave y uniforme; se aconsejará la quietud del órgano; se apartarán las causas que hayan originado la inflamacion; se usarán pediluvios irritantes y se darán bebidas pectorales. Cuando la laringitis es grave, se seguirán los mismos preceptos, poniendo además á dieta al enfermo y administrándole bebidas mucilaginosas y pectorales tibias. Se practicarán sangrías del brazo en proporcion á la intensidad de la inflamacion y fuerzas del enfermo; se harán aplicaciones de sanguijuelas y de cataplasmas á la parte anterior del cuello y se insistirá en los revulsivos cutáneos, y si estos medios son insuficientes, se administra un emeto-catártico. Tambien se han usado los calomelanos á altas dósis con buen resultado. Para calmar la tos y la necesidad de respirar, son muy útiles los narcóticos como los polvos de Dower á la dósis de 50 centígramos por la noche, ó cortísimas dósis de morfina de vez en cuando. Son igualmente útiles las fumigaciones de belladona y beleño. Si la sofocacion fuese inminente y no se pudiese recurrir á las evacuaciones de sangre, se recurrirá á los revulsivos cutáneos y á la aplicacion de un vejigatorio á la nuca ó sobre la laringe, y si todos estos medios fueran insuficientes, á la traqueotomía.

LARINGITIS CRÓNICA.

Etiología. Los esfuerzos de la voz, el abuso de los alcohólicos y la impresion del frio son las causas más comunes de

esta laringitis, que en algunas ocasiones es consecutiva al estado agudo.

Sintomatología. La enfermedad se halla caracterizada por ronquera ó afonía, más notable por la mañana que por la tarde; por una incomodidad, más bien que dolor, en la laringe; tos poco frecuente; esputos, que se arrojan principalmente por la mañana al despertarse y son apelotonados, grisáceos y muy espesos. Por la auscultacion se percibe en la laringe un ruido áspero y como de lima al paso del aire. La aplicacion del laringóscopo pone de manifiesto la mucosa, de un color rojo más ó ménos oscuro desde la epiglotis hasta las cuerdas bucales inferiores; con frecuencia se observan tambien mucosidades blanquecinas glutinosas en las mismas. No hay fiebre.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es lento, presenta á veces exacerbaciones y pasa entonces al estado agudo. La duracion es indeterminada y puede durar meses. Se ha dicho que puede terminar por ulceracion, lo cual han negado algunos.

Diagnóstico. No puède confundirse la laringitis crónica con una afonía nerviosa, porque esta sobreviene de un modo brusco, no se acompaña de tos, dolor ni espectoracion. La ronquera, dependiente de ulceraciones, ya tuberculosas, ya sifilíticas, se reconocerá fácilmente por los síntomas propios de estas enfermedades y los datos anannésticos. En cuanto al cáncer de la laringe, tampoco puede confundirse con esta laringitis por la existencia en aquel de un tumor sensible al tacto en la parte posterior de la garganta ó que forma prominencia hácia afuera.

Pronóstico. La laringitis crónica simple es poco grave; pero cuando es secundaria sucede todo lo contrario, sobre todo cuando depende de una tuberculizacion ó de una afeccion cancerosa.

Tratamiento. Deben alejarse las causas que han presidido al desarrollo de la enfermedad, y si hay mucha ronquera se abstendrán de hablar los enfermos. Se insistirá en los revulsivos cutáneos locales, como los vejigatorios volantes, las fricciones con el aceite de croton, la pomada estibiada, y los chorros ascendentes sulfurosos ó alcalinos. Se recomienda tambien contra la laringitis crónica las aguas acídulas alcalinas, y con más razon las sulfurosas frias y las termales. Cuando es frecuente la tos se la mitiga con los narcóticos como las píldoras de cinoglosa ó de extracto de ópio, ó las fumigaciones de las hojas del datura extramonio ó de papel. Como medicamentos tópicos se hacen insuflaciones de polvos medicamentosos en la laringe por medio del cañon de una pluma ó un tubo de 8 á 10 pulgadas de largo por algunas líneas de ancho cargado en uno de sus extremos. Este tubo se introduce lo más que se puede en la garganta, cargado de polvos medicamentosos que se hacen pasar á la laringe por la inspiracion ó soplando con fuerza por la otra extremidad. Trousseau empleaba de este modo de 5 á 10 centígramos de nitrato de plata, ó de 50 centígramos á 1 gramo de calomelanos, ó de 2 á 4 gramos de alumbre por 10 gramos de azúcar. Otro método más seguro aun consiste en empapar una esponja sujeta á una ballena en una disolucion de nitrato de plata (1 por 50), y exprimirla por encima de la entrada de la laringe. Desde el descubrimiento de la pulverizacion de los líquidos por el Dr. Sales-Girons se conducen directamente las sustancias medicinales á la superficie de la mucosa laríngea, ya por medio del aparato pulverizador del mismo autor, ya por el de Matthieu, ya por los de otros. Contra las laringitis recientes y con poca secrecion se emplean inhalaciones de una disolucion de 50 centígramos á 1 gramo de cloruro amónico en 30 gramos de agua; contrá los más antiguos y de más secrecion se emplean disoluciones de alumbre (25 á 50 centígramos por 30 gramos de agua), de tanino (10 á 50 centígramos), de nitrato de plata (5 á 50 centígramos). Para combatir los violentos ataques de tos se han empleado disoluciones de acetato de morfina (5 miligramos á 2 centígramos en 30 gramos de agua), de tintura de ópio (10 á 20 centígramos), y de extracto de beleño (2 1/2 á 5 centígramos).

LARINGITIS ESTRIDULOSA Ó PSEUDO-CRUP.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por accidentes de sofocacion que se presentan por accesos. Esta enfermedad, en que predomina el espasmo nervioso, debe clasificarse nosológicamente entre las neurosis, y solo tratamos de ella entre las laringitis por estudiarlas todas á la vez.

Etiología. Esta afeccion es propia de la primera infancia, despues de la cual se observa raras veces, y parece atacar de preferencia á los niños de la clase acomodada. Invade sobre todo en la estacion fria y se desenvuelve por las mismas causas que el catarro.

Sintomatología. A veces preceden á esta enfermedad síntomas de una ligera inflamacion catarral, pero lo más general es que se presente por un acceso repentino, que ordinariamente sobreviene de noche y despierta al niño sobresaltado. Este acceso se caracteriza por una tos particular, más ó ménos repetida, fuerte, sonora y ronca, y muchas veces por un grito parecido á los ladridos de un perrillo; respiracion penosa, entrecortada, sibilante; voz ronca y rara vez afónica y espectoracion casi nula. Al mismo tiempo hay gran ansiedad, muchas veces tinte violáceo de la cara; la fisonomía expresa terror y raras veces hay fiebre ó ligeras convulsiones. Examinada la faringe no se descubren falsas membranas, ni están infartados los ganglios cervicales. En el intérvalo de los accesos la cara está pálida, los síntomas se disminuyen y los enfermos se encuentran débiles. Los accesos conforme se repiten van siendo menores, y á medida que son ménos frecuentes la tos se hace húmeda y catarral.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es decreciente, recidiva con frecuencia y se presenta algunas veces periódicamente en las primaveras. La duracion es por lo general de un setenario. Termina casi siempre por resolucion, pero en otros casos la violencia de los espasmos, la duracion de los accesos y otras complicaciones, como las congestiones cerebrales, convulsiones, pulmonía, la angina lardácea, los vómitos repetidos pueden acarrear la muerte.

Diagnóstico. No debe confundirse con el crup, porque en este existen síntomas más ó ménos graves antes de los accesos y persisten despues; hay espectoracion de falsas membranas; la voz está muy alterada ó extinguida y hay infarto de los ganglios cervicales. En el espasmo de la glotis que existe por sí solo, faltan los fenómenos inflamatorios. No debe tampoco confundirse con la laringitis simple grave, porque la molestia de la respiracion y la sofocacion vienen en esta gradualmente. Tampoco debe confundirse con el edema de la glotis, que solo ataca á los adultos, y cuyos síntomas permanecen con su intensidad en los accesos. En la coqueluche los accesos de tos son tan característicos que no pueden confundirse las dos enfermedades.

Pronóstico. Es casi siempre favorable, aunque en ciertos casos puede terminar por la muerte.

Tratamiento. En la mayor parte de los casos el tratamiento debe ser el mismo que el de la laringitis benigna simple. Cuando predominan los síntomas inflamatorios y hay fiebre, se deberá recurrir á una emision sanguínea; pero si predominan los nerviosos se hará uso de las misturas opiadas y almizcladas, las fricciones al cuello con pomada de belladona y láudano, y los revulsivos enérgicos. Durante los accesos se rociará el rostro del enfermo con agua y se harán fricciones en el espinazo con tinturas etéreas ó linimentos excitantes.

LARINGITIS EDEMATOSA Ó EDEMA DE LA GLOTIS.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en la tumefaccion edematosa inflamatoria primitiva ó secundaria de la glotis.

Etiología. Unas veces se desarrolla primitivamente por las causas generales de la laringitis, otras sobreviene en el curso ó en la convalecencia de una enfermedad crónica, tales como las ulceraciones, la necrosis y cáries de los cartílagos. A veces suele suceder á la impresion del frio.

Sintomatología. Puede empezar repentinamente por accesos de sofocacion, pero en la mayor parte de los casos es lenta y oscura la invasion de la enfermedad, empezando por un dolor más ó ménos vivo de la laringe, pero mas generalmente por un estorbo creciente en la garganta, la sensacion de un cuerpo extraño que obstruye las vías aéreas, y del que los enfermos tratan de desembarazarse por medio de esfuerzos de tos; la inspiracion es difícil y penosa y se acompaña de un ruido de roce de válvula ó de un silbido, sobre todo durante el sueño; la espiracion, aunque tambien laboriosa, es fácil con relacion á la inspiracion; las alas de la nariz se dilatan mucho en cada inspiracion; la voz es débil, apagada y algunas veces temblona; la tos seca y apagada; los esputos glerosos, ó purulentos, ó sanguíneos y negruzcos. La deglucion está dificultada, arrojándose los líquidos por la nariz si está ulcerada la epiglotis. El cuello está con frecuencia volu-

minoso. En algunos casos puede comprobarse la oclusion de la parte superior de la glotis, ya por medio del laringóscopo, ya introduciendo un dedo en la garganta por detrás de la base de la lengua, con cuyo proceder se puede sentir uno ó dos rodetes salientes y bastante blandos situados por encima de la glotis. Auscultando el pecho se encuentra debilitado y á veces nulo el murmullo respiratorio. A medida que la enfermedad avanza y se reproducen los accesos de sofocacion, la respiracion se hace cada vez más incompleta é insuficiente, se declaran los síntomas de una asfixia lenta y el enfermo sucumbe; otras veces fallecen rápidamente en un acceso de sofocacion. En medio de estos síntomas tan graves es nula ó moderada la calentura y el pulso se presenta débil.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es más ó ménos rápido é intermitente; su duracion desde algunas horas hasta algunas semanas ó un mes, y su terminacion más comun la muerte.

Anatomía patológica. Se encuentra en la autopsia una tumefaccion edematosa en la epiglotis ó en los repliegues ariteno-epiglóticos, en las cuerdas bucales ó en los ventrículos, de cuya tumefaccion resulta la oclusion de la laringe. Esta tumefaccion es debida á la infiltracion en las mallas del tejido celular submucoso de un líquido turbio sero-purulento ó purulento. La membrana mucosa está pálida, blanquecina ó de un color rojo lívido y engrosada. Tambien pueden existir en la mucosa puntos gangrenados.

Diagnóstico. Una incomodidad en la parte superior de la laringe acompañada de ronquera, respiracion sibilante y accesos de sofocacion, que cesan y se reproducen á cortos intérvalos, son los síntomas que más caracterizan la laringitis edematosa. La tumefaccion de las amigdalas, los aneurismas de la aorta, las enfermedades del corazon, pueden tambien producir ataques de sofocacion; pero la exploracion de la garganta en la primera, la auscultacion y percusion en las otras, además de la disnea continua, harán que no los confundamos con los accesos de la laringitis edematosa. El casi no presentarse esta enfermedad en la infancia no nos dejará confundirla con la laringitis estridulosa. La afonía, el timbre de la tos y la expulsion de falsas membranas distinguen el crup de la laringitis edematosa. Un absceso faríngeo que pudiera simular el edema de la glotis se conocerá por el dolor de garganta, el edema del cuello y por ser accesible á la vista ó al tacto, que comprueba la fluctuacion.

Pronóstico. Es siempre grave.

Tratamiento. En un principio, y cuando hay síntomas inflamatorios, se recurrirá á las sangrías generales y locales. Más adelante se prescribirán los vomitivos y los purgantes con el objeto de producir revulsion y disminuir el infarto de las partes. Tambien se hace uso de los revulsivos como sinapismos á las extremidades inferiores y vejigatorios á la parte anterior del cuello. Igualmente se han practicado escarificaciones en el rodete edematoso, sajas con el bisturí, ó desgarraduras con la uña en el mismo. Por último, la traqueotomía es el medio más seguro de prolongar la vida.

LARINGITIS ULCEROSA.

Definicion. Es la inflamacion ulcerosa de la laringe.

Etiología. Puede originarse de una laringitis crónica; puede ser sintomática de la diatesis tuberculosa, de la sífilis constitucional, y raras veces de una afeccion cancerosa, ó del muermo crónico.

Sintomatología. Puede empezar de un modo lento y gradual; pero generalmente la antecede una laringitis aguda. En esta enfermedad la voz está alterada, generalmente ronca. Esta ronquera sufre variaciones en el curso de la enfermedad, segun diversas circunstancias. No existe dolor en el mayor número de casos; pero en otros le ocasiona la deglucion, que se hace difícil, especialmente para los líquidos, ó sienten los enfermos calor y picazon en la laringe: la inspiracion es sonora; hay tos ronca, ya seca, ya dando lugar á la expulsion de esputos espesos con estrías amarillentas ó con partículas grises, viscosas, opacas y redondeadas. Progresando la enfermedad, la ronquera se va haciendo continua y algunas veces es seguida de afonía; hay sensacion de un cuerpo extraño que obstruyese la laringe; la respiracion es sibilante; el dolor se aumenta ó aparece; la tos es ronca y como entrecortada; los esputos aumentan de cantidad, son purulentos, estriados de sangre ó sanguinolentos. Por la auscultacion se nota en la laringe ruido crepitante de ronquido ó de válvula, y en el pe-

cho la debilitacion ó ausencia del murmullo respiratorio; la inspeccion directa demuestra la existencia de rubicundez en el istmo de las fauces y de la epiglotis. Así permanece estacionaria la enfermedad por más ó ménos tiempo; pero agravándose se presenta disnea, que se gradúa hasta llegar al mayor grado de intensidad y accesos de sofocacion por la noche. A estos síntomas acompañan, principalmente si la laringitis es consecuencia de una complicacion tuberculosa, postracion de fuerzas, demacracion y ligeros accesos febriles. Los accesos de sofocacion se aproximan cada vez más, y los enfermos terminan la vida á consecuencia de una asfixia lenta.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es lento, la duracion variable, aunque generalmente larga. La terminacion puede ser por la muerte, aunque no siempre es fatal.

Anatomía patológica. Se observan ulceraciones en número variable, que ocupan la parte superior de la laringe, tambien los pliegues ariteno-epiglóticos, cartílagos aritenóides y cara laríngea de la epiglotis, y con frecuencia las cuerdas bucales, especialmente en la parte posterior. Estas úlceras se extienden algunas veces á la tráquea y bronquios, y aun á la garganta. Sus caractéres físicos son variables, segun sea su naturaleza específica. El tejido celular que rodea estas úlceras se halla infiltrado de pus, indurado ó destruido; los ligamentos y músculos se reblandecen, desorganizan y desaparecen, dejando al descubierto los cartílagos, que se carian, se necrosan y se desprenden.

Diagnóstico. Hay que hacerlo por vía de exclusion, distinguiendo esta laringitis de las demás, lo cual no es difícil teniendo presentes los síntomas que quedan asignados á cada una. Se distinguirá la laringitis edematosa de la estridulosa porque esta tiene una marcha aguda, y los accesos de sofocacion sobrevienen desde el principio, y en el intérvalo de ellos solo quedan los accidentes de un catarro laríngeo. La naturaleza de las ulceraciones se distingue por los caractéres de la diatesis que las originan, considerándose como idiopáticas las que carecen de signos específicos y son consecutivas á una laringitis aguda.

Pronóstico. Es siempre grave, á no ser que la produzca una causa específica que pueda combatirse con seguridad.

Tratamiento. El tratamiento debe ser el mismo de la laringitis crónica simple ayudado del general correspondiente á la diatesis que originá la ulceracion. Se recomendará la absoluta quietud del órgano afecto, se aplicarán revulsivos y se harán cauterizaciones con el nitrato de plata. Si la sofocacion es inminente se practicará la traqueotomía.

BRONQUITIS AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa de la tráquea y de las primeras ramificaciones bronquiales.

Etiología. Es propia de todas las edades, pero más comun en la infancia y la vejez; más en el hombre que en la mujer; más en los individuos mal nutridos y débiles que en los de condiciones opuestas; es tambien más comun en los que la han padecido anteriormente; son causas determinantes de la bronquitis; la accion sobre la mucosa bronquial de polvos ó vapores irritantes, un aire muy frio ó muy caliente, los enfriamientos de la piel ya generales, ya parciales, las variaciones bruscas de temperatura y ciertas constituciones atmosféricas. Otras veces es sintomática.

Sintomatología. La bronquitis *benigna*, que se asocia con frecuencia al catarro de la mucosa nasal y laríngea, se caracteriza por tos poco dolorosa, seca y á golpes al principio; que despues se hace húmeda y se acompaña de espectoracion mucosa, opaca y amarillenta. No hay malestar ni calentura sino en los niños y personas delicadas, pero se disminuye el apetito y se embota el gusto.

La bronquitis *intensa* empieza por escalofrios, malestar general, cefalalgia, inapetencia, lengua cubierta de una capa blanca y calentura más ó ménos intensa. A estos síntomas sigue tos más ó ménos frecuente acompañada de una sensacion dolorosa y como dislacerante en la parte anterior del pecho, siguiendo la direccion de la tráquea y bronquios, y precedida de cosquilleo ó titilacion hácia la parte superior del esternon. Esta tos se presenta por accesos ó golpes repetidos, que son más frecuentes y fuertes por la tarde y noche al punto de que en algunas ocasiones impiden el sueño. Cuando la tos es muy molesta deja dolores en las inserciones del diafragma y puede provocar tambien náuseas y vómitos. La tos tiene un timbre ronco; seca al principio, se vuelve luego

húmeda, produciendo una espectoracion escasa en los primeros dias, más abundante despues y formada por esputos incoloros, serosos, espesos ó ténues y viscosos, y conteniendo á veces estrías de sangre, los que al cabo de algunos dias se hacen opacos, consistentes, de un amarillo verdoso y siempre homogéneos. A la tos y opresion de pecho se une una disnea de intensidad muy variable. La percusion da un sonido normal que algunas veces es más claro, ya en todo el pecho, ya al nivel de los puntos ocupados por los estertores. La auscultacion deja percibir estertores subcrepitantes más ó ménos húmedos, combinados ó no con estertores sonoros y sibilantes, que ocupan la base de ambos pulmones por detrás; el murmullo respiratorio está muchas veces debilitado. Despues de haber persistido los síntomas en el estado agudo hasta fines del primer setenario, disminuyen de intensidad los generales y simpáticos, es menor y más fácil la tos, se aumenta la espectoracion, que se vuelve blanca, opaca y verdosa y entra la enfermedad en su período de declinacion. En ocasiones se acompaña la bronquitis de los síntomas de una calentura inflamatoria (*catarro inflamatorio*) y otras de un estado bilioso (*catarro bilioso.*)

Curso, duracion y terminaciones. El curso es regular, con exacerbaciones por la tarde y noche. Su duracion es de uno á dos ó tres setenarios próximamente. La terminacion más comun es por resolucion, por su paso al estado crónico ó por la muerte, que sobreviene por propagarse la inflamacion á las ramificaciones pequeñas ó al pulmon, ó por asfixia producida por el acumulo de mucosidades en las ramificaciones bronquiales, que no pueden ser expelidas por la falta de fuerzas.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran en la bronquitis son: congestion sanguínea; rubicundez difusa, ó por placas, ó punteada de la membrana mucosa; raras veces engrosamiento de la misma, y con frecuencia reblandecimiento granuloso ó pulposo. Existen en los bronquios mucosidades más ó ménos espesas, espumosas, y alguna vez sanguinolentas. El tejido submucoso está edematoso. El calibre de los bronquios estrechado.

Diagnóstico. La bronquitis aguda es fácil de diagnosticar por la existencia de un estertor subcrepitante en la base de ambos pulmones en la parte posterior del pecho, el dolor más

ó ménos intenso al nivel del esternon, tos más ó ménos fuerte y por accesos ó golpes repetidos, la espectoracion mucosa y la fiebre.

Pronóstico. No es grave cuando la bronquitis es apirética. Cuando es febril tampoco lo es, á no ser en ambos extremos de la vida, cuando es muy extensa, ó cuando la congestion concomitante es muy intensa. Tambien lo es cuando viene como complicacion de una enfermedad grave.

Tratamiento. Este debe consistir en la quietud, la dieta, las bebidas emolientes y demulcentes tibias para promover el sudor, y los revulsivos á las extremidades inferiores. Si la bronquitis es intensa y viene acompañada de calentura, convendrá, además de los medios dichos y del uso de una disolucion de extracto de acónito en la proporcion de 20 centígramos por 120 gramos de agua para tomar á cucharadas de hora en hora, la aplicacion de sanguijuelas en las regiones correspondientes á la gran division de los bronquios y alguna sangría cuando la reaccion es muy intensa. Cuando el dolor del esternon es intenso son de mucha utilidad las fricciones con la pomada de belladona y la aplicacion de una cataplasma al mismo. Los vomitivos se administran en la bronquitis, ya como espectorantes, ya para combatir una complicacion saburral ó biliosa. Cuando la tos es muy molesta se calmará con el extracto tebáico en píldoras ó en pocion, ó con las píldoras de cinoglosa. Si cesados los accidentes agudos persiste la tos y la espectoracion, se usará el jarabe de bálsamo de Tolú y los cocimientos de líquen, hiedra terrestre, hisopo, polígala, etc., los baños de vapor, las fricciones secas aromáticas á la piel, el espadrapo de pez de Borgoña al pecho, los vejigatorios aplicados á los brazos y los purgantes como revulsivos.

BRONQUITIS CAPILAR.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana mucosa de las últimas ramificaciones bronquiales.

Sinonimia. Se conoce tambien esta enfermedad con los nombres de catarro sofocante, perineumonía notha, bronconeumonía.

Etiología. Generalmente es consecutiva á la de los bronquios gruesos; favorecen su desarrollo la debilidad de la eco-

nomía, la edad de la infancia, el frio, ciertos estados patológicos y una constitucion epidémica especial.

Sintomatología. Están exagerados en ella todos los síntomas de la forma precedente: su invasion es por lo general brusca, el dolor intenso y como de desgarro detrás del esternon y en la base del pecho; la disnea, que aumenta gradualmente, es grande; la cara está pálida, los labios morados; en una palabra, hay síntomas de asfixia; la tos es más ó ménos frecuente y por accesos y golpes repetidos; la inspiracion difícil y sibilante, la palabra breve y entrecortada, así como los movimientos respiratorios; la espectoracion es difícil, los esputos mucosos, espesos, no aireados, de un color blanco amarillento, herrumbrosos alguna vez y estriados de sangre. El estertor subcrepitante muy extendido, y está con frecuencia generalizado tanto por delante como por detrás; es, ya muy perceptible y combinado con estertores sonoros, ya oscuro en razon de la dificultad de la penetracion del aire en los bronquios; la percusion da en todas partes un sonido claro. El pulso muy frecuente (120 á 160 pulsaciones, segun las edades), está lleno, blando y dilatado; la piel caliente, seca ó cubierta de sudor; hay gran ansiedad y agitacion y á veces delirio. Pasados algunos dias en este estado, la respiracion se hace cada vez más frecuente y difícil, decaen las fuerzas, es más penosa la espectoracion, y acumulándose en el árbol aéreo las mucosidades, se percibe un ruido de gorgoteo ó estertóreo; el pulso se hace más frecuente, más débil é irregular; póstranse más los enfermos, caen en un estado de soñolencia y sucumben lentamente. Otras veces, aunque raras, disminuye la disnea, se calman los movimientos respiratorios, aparecen estertores más húmedos y de grandes burbujas y disminuyen los síntomas generales, y por fin se declara la convalecencia.

Curso, duracion y terminaciones. El curso, como hemos visto, es regular; la duracion puede variar entre cinco, diez ó quince dias. La terminacion más frecuente es por la muerte; la curacion es más rara; algunas veces termina en un catarro crónico con accesos de asma. Puede tambien complicarse con una endocarditis y dejar como consecutiva una lesion orgánica del corazon.

Anatomía patológica. Los tubos bronquiales están llenos

hasta su terminacion de una sustancia mucoso-purulenta, espesa y no aireada. La membrana mucosa, que conserva su grosor y consistencia normales, tiene un color rojo que se debilita conforme se pasa de las grandes á las pequeñas ramificaciones; los bronquios capilares están uniformemente dilatados; lo mismo ocurre con las vexículas pulmonares cuando es general la obstruccion de los bronquios. Los pulmones son por lo comun voluminosos, y se presentan sonrosados en sus bordes. En el centro de los tejidos afectos, y más frecuentemente en la circunferencia ó parte posterior del pulmon, se ven puntos amarillentos formados por granulaciones purulentas. En fin, algunas veces se notan núcleos de verdadera hepatizacion constituyendo pulmonías parciales.

Diagnóstico. La opresion y disnea intensas; los estertores mucosos y subcrepitantes diseminados en los pulmones y que reemplazan á estertores sibilantes y sonoros, son los signos característicos de la bronquitis capilar, que nos harán diferenciarla de la pulmonía, de la coqueluche, el asma y el edema del pulmon. La bronquitis capilar generalizada es casi siempre sintomática.

Pronóstico. Es siempre una enfermedad grave, pero que puede curarse cuando es simple y primitiva. Por el contrario, es funesta cuando sobreviene como complicacion de las fiebres graves.

Tratamiento. Esta enfermedad requiere el uso de las evacuaciones sanguíneas con prontitud cuando la enfermedad es simple y primitiva, pero teniendo siempre cuidado de no abusar de ella por temor de agotar las fuerzas. Por el contrario, están contraindicadas ó deben ser al ménos muy cortas en los niños muy pequeños, en los individuos débiles y cuando es secundaria. En estos casos serán más útiles los vomitivos, que deberán repetirse muchas veces con algunos dias de descanso, y los vejigatorios muy extensos á la parte anterior del pecho. Cuando á la reaccion sobreviene la postracion, se sostendrán las fuerzas con los tónicos y se usarán la infusion de poligala y los espectorantes como el ojimiel escilítico y el quermes. Cuando rebajado el orgasmo inflamatorio queda eretismo nervioso con espectoracion abundante, son útiles los balsámicos asociados al ópio. Las fuerzas se sostendrán tambien con una alimentacion reparadora.

BRONQUITIS CRÓNICA.

Definicion. Es la inflamacion crónica de la membrana mucosa de los bronquios.

Etiología. Se presenta en todas las edades, pero es más frecuente en los viejos, en los linfáticos, en los débiles, en los que habitan en sitios húmedos ó se hallan expuestos á variaciones atmosféricas. Es muchas veces consecutiva al estado agudo y en los niños á consecuencia de la coqueluche.

Sintomatología. Esta afeccion puede decirse que está reducida en su expresion sintomática local á la tos y la espectoracion. La tos es rara ó frecuente, en cuyo caso aparece por accesos; la espectoracion mucosa es fácil ó difícil, rara ó abundante, ya trasparente y flúida, ya más espesa, opaca y de un amarillo verdoso, ya, en fin, poco abundante, semitrasparente, y como perlada; en otras ocasiones es purulenta. No existe dolor en el pecho, aunque algunos enfermos sienten calor y presion detrás del esternon, y en el epigastrio. La respiracion no está por lo general acelerada, aunque algunos tienen disnea habitual que se aumenta con los movimientos, y en otras ocasiones por accesos irregulares que ceden en general á la expulsion de esputos espesos y abundantes. La percusion da signos negativos, y la auscultacion demuestra la existencia de estertores de ronquido sibilante mucoso, y subcrepitante en una extension mayor ó menor de ambos pulmones, aunque los dos últimos apenas se encuentran sino en la base de los pulmones en la parte posterior. La calentura no se presenta sino en los casos de complicaciones ó exacerbaciones. La tos y la espectoracion pueden persistir mucho tiempo sin alterar la salud; pero en algunos casos se observa que las fuerzas decaen, se demacran los enfermos, se declara calentura héctica, y mueren los enfermos en el marasmo; pero lo más comun es que se aumente la disnea con los progresos de la edad, falten las fuerzas para expeler las mucosidades, obstruyan estas los bronquios y determinen una asfixia lenta que hace sucumbir á los enfermos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso rara vez es continuo, pues remite casi por completo para reaparecer y exacerbarse con la influencia del frio. Su duracion es variable. Puede terminar por resolucion, cuya terminacion acelera su vuelta al estado agudo. Tambien puede terminar por la muerte á consecuencia de la consuncion producida por la exageracion de la espectoracion.

Anatomía patológica. En la bronquitis crónica tiene la mucosa un color violado, gris y algunas veces está pálida y descolorida. Raras veces está reblancedida, siendo lo más comun que esté engrosada, lo cual angosta y oblitera el calibre de las ramificaciones pequeñas. Se ven raras veces ulceraciones de los bronquios, que por lo general se presentan cuando hay afeccion tuberculosa.

Diagnóstico. Cuando se trate de la tísis pulmonar, el enfisema, la dilatacion de los bronquios y la broncorrea nos ocuparemos del diagnóstico diferencial de estas enfermedades y la bronquitis crónica.

Pronóstico. La bronquitis crónica no es grave sino cuando ataca á los viejos, y por su coincidencia con el enfisema pulmonar ó con las enfermedades del corazon.

Tratamiento. No se halla indicada por punto general la medicacion antiflojística, si bien se podrá hacer una evacuacion de sangre si el sugeto es robusto y la disnea persistente. Se ha preconizado contra esta enfermedad por Laennec los vomitivos siempre que los soporten bien los enfermos y lo permitan sus fuerzas. Se recomiendan igualmente las tisanas de líquen, hiedra terrestre, hisopo, poligala y los tónicos. Tambien están recomendados los balsámicos como el agua de brea, los bálsamos de Tolú, del Perú, de la Meca y de Copáiba y las aguas minerales sulfurosas. A estos medios se deben agregar los revulsivos, como son fricciones secas y aromáticas en el pecho, el emplasto de pez de Borgoña á la parte anterior del pecho y los vejigatorios á la misma parte. Los ingleses dan el cólchico de otoño, que obra como diurético y drástico. Para combatir los accesos fuertes de tos se usará el ópio en píldoras, y cuando la espectoracion es difícil los vomitivos y los espectorantes, como el kermes y el ojimiel escilítico, y cuando los esputos son muy viscosos se da el cloruro de amoniaco en pocion ó el jabon amigdalino, como recomendaba Laennec. El enfermo estará sometido á una alimentacion reparadora, evitará los enfriamientos y las intemperies y hará uso de la franela sobre el pecho y aun sobre todo el cuerpo.

PULMONÍA AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion aguda del parenquima pulmonar.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de pneumonía, perineumonía, neumonitis, fiebre neumónica, etc.

Etiología. La pulmonía primitiva aguda es propia de todas las edades, aunque se observa rara vez durante la lactancia; ataca más bien á los hombres que á las mujeres, sobre todo á los que están sometidos á fatigas ó trabajos excesivos y á una mala higiene; los individuos que la han padecido una vez la contraen más fácilmente; se presenta en todos los climas, pero más particularmente en los del Norte y en los templados; reina en todas las estaciones, aunque con más frecuencia en la primavera, y depende frecuentemente de la accion prolongada del frio cuando el cuerpo está caliente. En ciertas ocasiones se presenta como epidémica, principalmente durante los inviernos crudos y largos y cuando reina sin interrupcion el viento Nordeste, aunque otras veces lo hace en condiciones opuestas. La respiracion de un aire muy frio ó muy caliente, la entrada de cuerpos extraños en las vias aéreas y las heridas, son tambien causas ocasionales de la pulmonía. Cuando esta es secundaria, lo cual sucede en la infancia y la vejez, se presenta en el curso de una enfermedad aguda ó crónica persistente. Estas enfermedades son la bronquitis aguda, la coqueluche, el crup, la fiebre tifoidea y las eruptivas en los niños; en los viejos las afecciones paralíticas y todas las que exigen una larga permanencia en cama, y en el adulto la fiebre tifoidea, las afecciones eruptivas graves, la tísis, enfisema pulmonar, viruela, etc.

Sintomatología. Generalmente invade la pulmonía de un modo repentino en medio de la mejor salud por un escalofrio muy intenso que puede durar desde media hora hasta algunas, siendo reemplazado despues por aumento de temperatura de la piel, que puede llegar desde el primer dia á 39 ó 40° centígrados y aun más. A estos síntomas se agregan frecuencia del pulso, sed aumentada, rubicundez de la cara, cefalalgia y dolores contusivos en los miembros, espalda y lomos. Una vez declarada la enfermedad aparece la disnea, que produce

de 40 á 50 inspiraciones al minuto, cuando en estado normal sube cuando más á 20. Esta aceleracion de la respiracion se acompaña de voz entrecortada, dilatacion rápida y frecuente de las alas de la nariz, de opresion más ó ménos considerable, y casi constantemente de un dolor submamario que se aumenta con la tos, la inspiracion y los movimientos del pecho y generalmente tiene un carácter vivo y pungitivo, es limitado ó se irradia á lo lejos y se presenta en las doce primeras horas y nunca más tarde del cuarto dia. La tos, que nunca falta, es más ó ménos frecuente, corta, estrepitosa, áspera, va seguida bien pronto de espectoracion compuesta de esputos característicos, viscosos, semi-trasparentes, la mayor parte de las veces finamente aireados, muy adherentes y mezclados intimamente de sangre que les da un color rojo decidido, ó un tinte variable de ladrillo molido, de orin de hierro (*herrumbroso*), de azafran, de amarillo de limon, de conserva de albaricoques, alguna vez verdosos con diferencia de matices: son más ó ménos homogéneos ó mezclados á un líquido como salival, que á veces tiene un color parecido al zumo de regaliz ó de ciruela y en otras una consistencia como de una disolucion de goma concentrada. Aunque en la mayoría de los enfermos se presentan estos esputos característicos, en algunas ocasiones se conservan blancos como en un simple catarro, faltan completamente ó tienen ménos color y son ménos viscosos. En una época variable á partir desde los primeros síntomas, pero siempre con prontitud, la percusion da, al nivel de la lesion, un sonido oscuro y no tardando completamente á macizo, así como una disminucion y más tarde una falta total de elasticidad bajo el dedo, signos que para que aparezcan se necesita sea superficial la flegmasía, pues de lo contrario la percusion solo los da negativos. En ciertos casos se observa, en el primer período únicamente, un sonido timpánico al nivel de la lesion. Auscultando al enfermo se percibe el murmullo respiratorio, ya débil, ya exagerado al principio, el cual es pronto reemplazado por estertor crepitante, ordinariamente de burbujas pequeñas é iguales, secas y más ó ménos numerosas, que es característico del primer grado de la pulmonía y se oye al fin de la inspiracion. Este estertor va seguido del tercero al sexto dia, ó sea cuando la enfermedad pasa al grado de hepatizacion, por una respiracion ó soplo

bronquial, que percibiéndose en los primeros dias solo al tiempo de la espiracion, se hace pronto extensible á los dos movimientos respiratorios; este soplo, que reemplaza ó acompaña al estertor crepitante, tiene un timbre metálico muy pronunciado y que da muchas veces á la broncofonia que la acompaña un carácter particular. La broncofonia se percibe solo cuando está hepatizado el pulmon, pues en el primer grado ó de congestion solo está aumentado el eco de la voz sin ningun carácter particular. Si se hace hablar en alta voz al enfermo, las vibraciones torácicas que se producen se hallan aumentadas al nivel de la afeccion. En las partes que han quedado sanas alrededor del tejido inflamado, la respiracion es casi normal, aunque generalmente algo disminuida.

Al mismo tiempo existen sintomas generales más ó ménos graves, como son: cara animada con chapeta en la mejilla del lado correspondiente á la lesion, pulso con una frecuencia que varía de 90 á 120 pulsaciones y aun puede llegar á 130 y 150, ámplio y lleno al principio, despues pequeño y contraido; calor general aumentado (hasta 41°); cefalalgia, que empezando con la enfermedad persiste toda ella, y á la que siempre se agrega insomnio ó bien sueño interrumpido, muchas veces delirio y coma. Por parte de los órganos digestivos hay anorexia, lengua cubierta de una capa blanquecina y con tendencia á resecarse, sed aumentada, algunas veces vómitos; deposiciones duras y tardías. Las orinas son más escasas y encendidas, tienen un peso específico mayor, están muy cargadas de urea y disminuido en ella el cloruro de sódio, que al mismo tiempo se halla aumentado en los esputos. Estos síntomas generales ó locales disminuyen al cabo de algunos dias si la pulmonía se ha de terminar favorablemente; pero, por el contrario, se agravan y la cara se pone pálida y lívida si ha de terminar por la muerte. La sangre extraida por la sangría presenta un coágulo denso y con costra flojística más ó ménos gruesa.

Curso. El curso de esta enfermedad es contínuo y se divide en tres grados, que son el congestivo, el de hepatizacion roja, ó segun Andral, de reblandecimiento rojo, y el de supuracion, que se ha llamado de hepatizacion gris por Laennec y de reblandecimiento por Andral. Sin embargo, cuando la pulmonía termina felizmente no recorre más que los dos primeros grados, estando reemplazado el tercero por la resolucion. La pulmonía, en vez de quedar limitada al punto primitivamente afecto, se extiende progresivamente en superficie; unas veces principia invadiendo la del pulmon, otras atacando las partes profundas del órgano. En ocasiones está afectado un solo pulmon, en otras los dos. La mayor parte de los síntomas continúan agravándose á medida que la pulmonía aumenta en profundidad y en superficie; así la disnea es mayor, la respiracion se acelera más, el pulso se hace más frecuente, los fenómenos estetoscópicos aumentan, así como la postracion de fuerzas; por el contrario, suelen disminuir ó cesar el dolor de cabeza y el submamario, así como tambien muchas veces la espectoracion, que conservándose viscosa se hace más opaca y ménos roja, convirtiéndose á veces en catarral. Cuando la enfermedad ha de terminar felizmente, la espectoracion se hace más abundante, más clara y ménos viscosa, cesa el soplo bronquial, reaparece el estertor crepitante, que por esta circunstancia se ha llamado estertor de *retorno*; la tos es menor, así como la fatiga, la opresion y la fiebre. Por el contrario, cuando la enfermedad ha de terminar mal, se descompone el semblante, la cara toma un color rojo lívido, la dificultad de la respiracion aumenta, la espectoracion es más difícil y es de un color agrisado sucio, á la respiracion bronquial se une un estertor mucoso muy ruidoso, el pulso se acelera cada vez más, se deprime y vuelve irregular; la piel se cubre de sudores viscosos, se postran las fuerzas, á veces se perturban las facultades intelectuales y por fin sobreviene la muerte.

Duracion. La duracion de la pulmonía es por lo general de siete á once dias, aunque en ocasiones se prolonga algo más.

Terminaciones. La pulmonía termina por resolucion, supuracion, gangrena ó pasando al estado crónico. Cuando termina por resolucion puede verificarse esto de un modo lento, gradual ó con prontitud, sin fenómenos críticos manifiestos en unas ocasiones y con sudores abundantes en otras, orinas sedimentosas ó un herpes labial. Esta terminacion se conoce por la disminucion de la calentura y de los demás síntomas, la disminucion del estertor crepitante y su desaparicion despues de haberse hecho más grandes y húmedas las burbujas.

cuando la pulmonía no ha pasado de su estado congestivo; si ha llegado al grado de hepatizacion se anuncia por la modificacion de la respiracion bronquial y la reaparicion del estertor crepitante. Cuando la enfermedad termina por supuracion el pus puede infiltrarse ó formar uno ó muchos abscesos; esta terminacion puede sospecharse, siendo por infiltracion, cuando se agravan los síntomas generales. Se sienten crujidos húmedos fuertes, ó un estertor mucoso diseminado; los esputos son opacos, sucios y semejantes al zumo de regaliz ó de ciruelas; pero cuando se forman abscesos no llegan á diagnosticarse, porque sobreviene la muerte generalmente antes de que abriéndose paso el pus á los bronquios aparezca con sus caractéres en los esputos. La terminacion por gangrena es muy rara, y se anuncia por la aparicion de síntomas atáxicos y adinámicos y una espectoracion negra, morena ó gris verdosa, de un olor fétido característico, del que participa el aliento del enfermo. Tambien es una terminacion muy rara la del paso al estado crónico.

Complicaciones. Las más frecuentes son la bronquitis y la pleuresía, la pericarditis, la endocarditis, la organizacion de coágulos fibrinosos en las cavidades del corazon, la ictericia, que no está relacionada con el sitio de la pulmonía y la proximidad al hígado, y por fin, el delirio, que es más frecuente en el hombre que en la mujer, en los viejos más que en los niños, y en las pulmonías dobles. Este delirio unas veces es causado por una flegmasía de las meninges; otras veces es efecto de lo intenso de la enfermedad; otras dependiente de un estado atáxico, y por fin otras se presenta muy frecuentemente en las pulmonías de los borrachos, en cuyo caso se suele presentar con los caractéres propios del *delirium tremens*.

Variedades. La pulmonía de la infancia y de la vejez puede considerarse como dos variedades de la enfermedad, en razon á la notable variacion en los síntomas que se observan en estas edades. En *la infancia*, el escalofrio inicial puede estar reemplazado por convulsiones; falta á veces el dolor; la respiracion está más acelerada sin tener carácter sibilante; la espectoracion (sobre todo herrumbrosa) es rara antes de los cinco años; la calentura intensa y proporcionada á la disnea; el pulso no da ménos de 120 pulsaciones; la piel está muy ardorosa, algunas veces tan inyectada, que se ha creido existia una fiebre eruptiva; por lo general el principio de la enfermedad va acompañado de síntomas cerebrales, vómitos y diarrea; el estertor crepitante puede ser reemplazado por el subcrepitante, y la respiracion bronquial aparece pronto. Por la percusion se nota que está el pecho sonoro muchas veces. En *los viejos*, la fisonomía es característica; el color de la cara es aplomado, los ojos empañados, hay indiferencia; las alas de la nariz móviles. Además falta en ocasiones el escalofrio inicial, el dolor y la tos, así como tambien la espectoracion característica y el sonido á macizo; el estertor subcrepitante reemplaza al crepitante; la respiracion bronquial puede ser el primer signo estetoscópico, aunque á veces falta; el pulso se presenta irregular y muy variable, más frecuente por la tarde, sin calor considerable de la piel; la lengua está con frecuencia seca, negruzca, resquebrajada, y en una tercera parte de los casos sobrevienen fenómenos cerebrales, como delirio, soñolencia y accidentes apopletiformes. Las fuerzas se agotan pronto, y los enfermos caen rápidamente en un estado adinámico.

Además de estas variedades, segun la edad de los enfermos, hay otras de forma que principalmente se refieren al carácter de la fiebre que se asocia á la pulmonía: así se llama la pulmonía *franca* ó *inflamatoria* cuando se caracteriza con los síntomas dichos ya. Se denomina *catarral* cuando la fiebre participa á la vez de los caractéres de inflamatoria y catarral, y entonces el pulso es más ó ménos dilatado y blando, el calor seco, la orina turbia y sedimentosa y de color blanquecino; los esputos ténues, abundantes y manchados con pintas de sangre; en vez del estertor crepitante se percibe el subcrepitante; hay gran opresion de pecho y tos muy incómoda. Es propia de los viejos, de los linfáticos y del invierno húmedo, observándose con frecuencia en nuestro clima cuando hay una constitucion médica catarral.—Se llama *pulmonía biliosa* á la que se complica con un estado bilioso; y presenta, segun Stolle, los siguientes síntomas: «saburra biliosa, sudores nocturnos, orina turbia y azafranada, disnea, calor y gran opresion de pecho; á veces diarrea biliosa y dolores reumatóideos; los esputos son viscosos, ténues, blanquecinos ó verdosos, y á veces sanguinolentos; la piel está subictérica; la sangría

ofrece costra amarillenta y suero de color verdoso. La fiebre presenta recargos irregulares.»—La *pulmonía maligna* ó *nerviosa* que estudiaron varios autores, y Frank describió perfectamente, se caracteriza por frio y calor alternados, vértigos, viva cefalalgia, con especialidad en el occipucio; insomnio, delirio y coma en ocasiones, pulso pequeño y desigual, lengua áspera y seca, orina varia, sudores viscosos, erupciones petequias y hemorragias, á las cuales se asocian dolor opresivo del pecho, gran disnea, tos frecuente y penosa y espectoracion ténue, sanguinolenta y saniosa. Estas tres formas de pulmonía siguen un curso más lento que la franca ó legítima, pues pasando del dia 7.°, llegan al 11, el 14 y aun el 21.—Hay otra especie que se ha descrito con el nombre de *lobicular*; es propia de los niños y se caracteriza anatómicamente por núcleos de hepatizacion diseminados, y sintomáticamente por gran disnea, esputos viscosos y blanquecinos, percusion sonora, respiracion bronquial, estertores sibilantes y subcrepitantes en gran extension del pecho, calentura más ó ménos intensa con remitencias cotidianas y síntomas generales graves.

Convalecencia. Por lo general es rápida y completa, siendo muy raras las recaidas; sin embargo, en algunos casos queda algo de dolor; en otros puede pasar al estado crónico, y por fin en ocasiones desarrollar tubérculos, enfermedades del corazon y de la aorta.

Anatomía patológica. En la inflamacion del pulmon se han admitido tres grados, que se conocen con los nombres de *infarto ó congestivo*, de *hepatizacion roja ó reblandecimiento rojo*, de *hepatizacion gris ó reblandecimiento gris*.—El grado congestivo está caracterizado por una coloracion roja oscura, violada ó negra del parenquima pulmonar, que está más compacto, más pesado, crepita bajo el dedo, conserva la impresion de este, es ménos elástico y está como ingurgitado. Al corte corre de las incisiones una serosidad rojiza, turbia y espumosa.—En el segundo grado el pulmon está aumentado de volúmen, conserva en su superficie la impresion de las costillas, presenta un color más ó ménos oscuro, un rojo marmóreo, tanto al exterior como interiormente, cuando se le incinde; está completamente impermeable, así que es muy pesado, cae al fondo del agua, no crepita, está duro al tacto; pero es muy

friable y su densidad casi igual á la del hígado. Al cortarle las superficies incindidas presentan un aspecto granujiento debido á las vexículas pulmonares trasformadas en cuerpos sólidos por el engruesamiento de sus paredes y obliteracion de su cavidad; dichas superficies están casi secas y solo por la presion se exprime un líquido rojizo, espeso y turbio, á veces blanquecino y opaco.—En el tercer grado el pulmon conserva el volúmen, dureza, impermeabilidad y aspecto granuloso del anterior; pero adquiere un tinte amarillento mezclado de puntos grises. El tejido del órgano está más friable, y si se hace un corte deja salir un pus gris rojizo, ó por la presion se convierte en un detritus del mismo carácter y deja trasudar una materia viscosa purulenta. El pus infiltrado primero, se reune algunas, aunque pocas veces, en uno ó más focos, formando verdaderos abscesos. Como los puntos del pulmon se afectan de un modo sucesivo, resulta que se encuentran en ellos al mismo tiempo las lesiones de los tres grados. Además de estas lesiones, que son las características de la pulmonía, hay otras concomitantes, como son: la pleura más ó ménos inflamada, hinchados, rojos, reblandecidos y aun supurados los ganglios bronquiales; los bronquios rara vez alterados; las cavidades del corazon obstruidas con frecuencia por coágulos fibrinosos muy densos, y el endocardio á veces inflamado.

Diagnóstico. Puede decirse que de todos los síntomas más principales de la pulmonía no hay ninguno que sea aplicable á todos los casos, pues solo pueden considerarse como patognomónicos los esputos herrumbrosos, aunque algunas veces faltan tambien. Algunos profesores consideran igualmente como patognomónico el estertor crepitante; pero encontrándose en otras enfermedades como en ciertos casos de congestion pulmonar, en la hemoptísis, en ciertas bronquitis capilares, etc., no podrá tenérsele como tal; así para formar el diagnóstico nos atendremos á la reunion de mayor ó menor número de los síntomas que antes hemos descrito si faltan los esputos herrumbrosos y así podremos formar el diagnóstico de esta enfermedad. Una vez establecido el diagnóstico de una pulmonía, importa distinguir en qué grado se halla, lo cual reconocemos por medio de la auscultacion, que en el primer grado nos demuestra la existencia del estertor crepitante menudo, seco igual y numeroso, á cuyo signo acompaña la

disminucion de la resonancia del pecho y los esputos sanguinolentos. En el segundo grado los esputos son de un color más oscuro, la percusion da un sonido á macizo y la auscultacion demuestra que el estertor crepitante del primer grado ha sido sustituido por la respiracion bronquial, existiendo además la broncofonia. El tercer grado es más difícil de diferenciar del segundo; sin embargo, podrá sospecharse que la enfermedad se halla en él cuando el esputo adquiere un color agrisado sucio; la respiracion bronquial se une al estertor mucoso, el estado general es grave y la enfermedad lleva ya más de un setenario. La auscultacion y la percusion nos sirven tambien para precisar el asiento y la superficie que ocupa la pulmonía; sin embargo, si la flegmasía es central, estos medios exploratorios son impotentes para diagnosticarla. En cuanto á la profundidad á que llega la flegmasía solo podemos presumirla por la gravedad ó benignidad de los síntomas generales. En los niños que no espectoran ni indican el sitio del dolor, puede tomarse una pulmonía por otra enfermedad; por lo cual para evitar el error es preciso auscultar atenta y repetidamente á los niños que tienen fiebre intensa, fenómenos cerebrales y una respiracion acelerada. Ya hemos dicho que en los viejos los síntomas locales faltan muchas veces, y por esta razon pudiera pasar desapercibida en ellos una pulmonía si no tuviéramos en cuenta que en ellos una calentura intensa precedida de un violento escalofrio y que no se explica por una flegmasía externa ni de las cavidades esplánicas, es sumamente probable que sea debida á la existencia de una pulmonía. La congestion pulmonar simple no puede confundirse con la pulmonía porque la fiebre disminuye casi desde el principio, el estertor crepitante desaparece desde el siguiente dia, el soplo bronquial es más suave y no están aumentadas las vibraciones torácicas. La pleuresía se distingue por el sonido á macizo que es más absoluto, el soplo bronquial más suave y ocupando la parte superior del sonido á macizo, la existencia de la egofonia y la disminucion de las vibraciones torácicas. La bronquitis no se confundirá con la pulmonía porque en la primera el estertor subcrepitante está diseminado en una superficie extensa, es móvil, se presenta simultáneamente en ambos pulmones y los síntomas generales no están en proporcion con la extension que ocupa este

fenómeno, y en la segunda concurren las circunstancias opuestas.

Pronóstico. El pronóstico de la pulmonía es en general grave, pero lo es mucho más en los niños y los viejos; en las mujeres (sobre todo en estado de embarazo) que en el hombre, cuando recae en sugetos débiles, en los que tienen conformacion viciosa del pecho, han padecido anteriormente otras pulmonías y son dados á la embriaguez. Tambien es más grave el pronóstico cuando es doble que cuando es simple, cuando ocupa más bien el vértice que la base y segun su forma, pues la nerviosa, la catarral y la lobicular son más graves. Igualmente agravan el pronóstico todas las complicaciones, el haberse emprendido tarde el tratamiento, el ser muy intensos los síntomas generales y el ser sintomática. Entre los síntomas agravan el pronóstico la elevacion de temperatura de la piel por cima de 41°, la aceleracion del pulso en más de 120 pulsaciones, la pequeñez, irregularidad é intermitencia de este, la supresion repentina de la espectoracion, los esputos oscuros de color de zumo de ciruelas ó de regaliz. El delirio al principio no es de mal agüero, pero es síntoma grave más adelante cuando llega á ser un signo de adinamia. Entre las terminaciones es más desfavorable la supuracion, la terminacion por abscesos y la gangrena.

Tratamiento. Es necesario ante todo acostar al enfermo en una habitacion cuya temperatura se halle á 14° de R., ponerle á dieta absoluta y administrarle bebidas pectorales. Siendo esta enfermedad, por decirlo así, el tipo de las inflamatorias, por la naturaleza eminentemente vascular del órgano en que se fija, es preciso aplicarle un tratamiento antiflojístico enérgico, en lo cual se hallan conformes casi todos los prácticos, aun cuando algunos sostienen que esta enfermedad puede curarse sin la sangría, asegurando Niemeyer «que la pulmonía exige tan poca intervencion del arte como la erisipela, el sarampion, la viruela y otras enfermedades de curso constante cuando atacan á individuos sanos antes, y siguen su marcha sin complicacion y con una moderada intensidad.» Además de la observacion constante de todos los tiempos y lugares, que recomienda el uso de la sangría, la razon dicta que en una enfermedad en que la fuerza plástica se compromete, produciendo las lesiones que dejamos ex-

puestas, es prudente rebajar la fuerza de la inflamacion por medio de la sangría, para que en su desarrollo no rebase los límites en que es susceptible de resolucion. Así, pues, se hará una ó varias sangrías, más ó ménos copiosas, segun la intensidad de la inflamacion, las fuerzas del enfermo y el influjo de la constitucion médica reinante, bastando generalmente de una á cuatro sangrías en cantidad de ocho á diez onzas la primera y de cuatro á seis las segundas, siendo nuestro guía para repetirlas más ó ménos el estado de plenitud y dureza del pulso, más bien que la existencia de la costra flojística. Hay, sin embargo, que abstenerse de sangrar cuando es extremada la postracion, pequeño é irregular el pulso, y cuando los síntomas nos hacen temer la transicion de la pulmonía al tercer grado. La sangría es tanto más eficaz cuanto más próximamente al principio de la enfermedad se practique.

Esta casi conformidad de todos los prácticos en la utilidad de la sangría en la pulmonía verdadera ó legítima, no lo es tanto respecto á las aplicaciones de sanguijuelas, aunque estas deben aplicarse cuando no se puede hacer uso de las sangrías y el dolor submamario ó de costado es muy intenso: en este caso deben aplicarse sobre la parte dolorida en un número proporcionado á la intensidad del dolor. Cuando se ha sangrado ya lo suficiente, y á pesar de todo subsiste el infarto pulmonar y la enfermedad tiene tendencia á progresar, ó cuando por otra cualquier circunstancia son impracticables las emisiones sanguíneas, casi todos los prácticos recurren con buen éxito á los preparados antimoniales, con el objeto de obtener la resolucion de la inflamacion. Estos medicamentos, que son aplicables al tratamiento de la pulmonía en todas las edades, es el tratamiento más útil en las de los niños. La accion terapéutica de los antimoniales en el tratamiento de la pulmonía se ha explicado de distintos modos; pero es lo cierto que basta para explicar sus buenos efectos la accion sedante ó contraestimulante que ejerce sobre la circulacion, pues con ellos se hace el pulso más débil, sucediendo lo propio con la impulsion cardiaca, así como la respiracion se hace tambien más lenta. La generalidad de los prácticos solo usan el tártaro emético; pero no todos lo usan en la misma época; así hay unos que solo quieren se administren los antimoniales des-

pues de haber sangrado los cuatro ó cinco primeros dias, ó cuando la constitucion de los enfermos no permite las sangrías; otros despues de practicada la primera los asocian á estas evacuaciones, método que nosotros hemos preferido siempre por punto general. Al emplear los antimoniales se prescribirá una pocion bien con 50 centígramos á 1 gramo de tártaro emético, bien con 50 centígramos á 2 gramos de antimonio metálico, bien con 1 á 3 gramos de quermes, ó bien con 1 á 10 gramos de óxido de antimonio, debiendo incorporar las preparaciones insolubles á un looc ó á un mucílago de goma. Se da una cucharada cada hora si no sobrevienen vómitos muy violentos ó dolores de vientre, y si esto sucede se alejan las dósis hasta que se haya establecido la tolerancia, aumentándolas entonces en razon de la intensidad de la calentura y de los accidentes generales. Cuándo ha calmado la calentura se disminuyen las dósis á medida que el enfermo mejora. A veces conviene asociar á los antimoniales algun opiado para asegurar la tolerancia.

En cuanto á la eleccion de los preparados antimoniales se elegirá el tártaro emético, que es el que ménos se tolera, cuando no haya temor de que se rebajen más las fuerzas por los vómitos y las deposiciones; el óxido blanco de antimonio, que se tolera con facilidad y no promueve por lo comun evacuaciones, cuando un estado adinámico haga temibles toda clase de pérdidas, y el quermes mineral, que promueve la espectoracion, cuando el abatimiento de las fuerzas haga necesario un auxilio para facilitar la espectoracion. Los antimoniales se hallan contraindicados cuando hay una lesion orgánica ó una viva flegmasía de los órganos digestivos, Además de estos medios, que son los más generalmente adoptados, se ha empleado la digital en las pulmonías en que la temperatura de la piel es muy alta y la frecuencia del pulso varía entre 100 y 120 pulsaciones al minuto, pues este medicamento disminuye la temperatura de la piel y la frecuencia del pulso; habiendo obtenido nosotros buen resultado de las píldoras recomendadas por Trousseau, y compuestas de dos granos de quermes y un quinto de grano de extracto de digital para dar una cada dos horas. Tambien se han empleado los calomelanos á pequeñas dósis hasta que se promueve la salivacion. Niemeyer recomienda el uso prolongado del frio á las

paredes torácicas por medio de servilletas empapadas en agua á baja temperatura y renovadas cada cinco minutos, tratamiento que consideramos de muy expuesto uso. Nada diremos del uso del sulfato de quinina, la veratrina y las inhalaciones de cloroformo porque son medios que aun no están suficientemente sancionados por la experiencia. Los vejigatorios aplicados á las extremidades ó al sitio correspondiente al órgano afecto son un medio que coadyuva á la resolucion de la enfermedad.

Este tratamiento puede variar segun algunas circunstancias; así en la pulmonía catarral se rebajará el estado flojístico por medio de una sangría ó aplicaciones de sanguijuelas en toda la extension del infarto pulmonar, y despues se usará el emético á dósis evacuante cuando haya estado saburral, y despues los antimoniales indicados á dósis contraestimulante, ayudados de los vejigatorios. Si á la pulmonía catarral acompañase diarrea, se cohibirá con el cocimiento blanco gomoso. Cuando la pulmonía es biliosa, puede suceder que predomine el estado inflamatorio con calentura intensa y pulso muy desenvuelto, en cuyo caso se rebaja este por medio de la sangría; pero si el bilioso es el predominante, con pulso pequeño y blando, se principia por un emeto-catártico. En la pulmonía ataxo-adinámica hay que abstenerse de la sangría, limitándonos á las aplicaciones de sanguijuelas para rebajar el estado flojístico; al uso del óxido de antimonio cuando la espectoracion es fácil, ó al del quermes si es difícil y los vejigatorios. Estos medios serán ayudados segun los casos por los tónicos ó los antiespasmódicos, como el alcanfor, el almizcle, el ópio y los tónicos. Las complicaciones de la pulmonía se tratarán segun sean ellas, y el delirio exigirá un tratamiento variable, pues si depende de una inflamacion de las meninges ó del exceso de la calentura, hay que combatirle con los antiflojísticos; si es puramente nervioso y un accidente de la forma atáxica, se combatirá con el almizcle en píldoras para tomar una de cinco centígramos cada hora, y cuando se presenta en los bebedores y ofrece el carácter del *delirium tremens*, administraremos el ópio.

PULMONÍA CRÓNICA.

Etiología. Esta enfermedad, bastante rara y que ha sido negada por algunos, tiene su orígen en una pulmonía aguda que no se ha resuelto ni supurado, en una bronquitis, ó va ligada á una tuberculizacion del pulmon.

Sintomatología. Hácia el dia décimo ó undécimo de una pulmonía franca pueden desaparecer los síntomas generales, persistiendo los locales y dándose á conocer el estado crónico de la afeccion por la dificultad de la respiracion, la persistencia de la tos, que es poco molesta y más bien seca que húmeda; los esputos, si existen, son sero-mucosos y agrisados; el decúbito es del lado afecto; la percusion da un sonido completamente á macizo en toda la extension que ocupa la afeccion; la auscultacion deja percibir el soplo y la broncofonia que acompañan á la hepatizacion, y en ocasiones la impermeabilidad del pulmon hace que no se oiga ninguna especie de ruido ni en la inspiracion ni en la espiracion. Algunas veces continúa algo de fiebre con los caractéres de héctica.

Duracion y terminacion. Esta enfermedad tiene una duracion larga y generalmente termina de un modo fatal, aunque se citan algunos casos de resolucion.

Anatomía patológica. Se presentan las siguientes lesiones: «pulmon indurado é impermeable de color de pizarra con puntos negros; su tejido es muy denso, de superficie seca poco ó nada granulosa; el tejido celular interlobular está á veces hipertrofiado, formando tabiques gruesos y fibrosos. Cuando solo se prolonga la flegmasía catarral, el pulmon se deprime, está duro, rojizo, de una estructura análoga á la del corazon ó del útero, y atravesado por los bronquios dilatados en forma de ampollas llenas de un líquido purulento y verdoso.»

Diagnóstico. Es bastante difícil.

Pronóstico. Es grave, por tener la enfermedad casi siempre una terminacion funesta.

Tratamiento. Cuando la enfermedad es reciente puede intentarse la resolucion empleando los antimoniales, la goma amoniaco, el jabon medicinal y los carbonatos sódico y potásico, solos ó asociados á algun calmante y ayudados en su accion por la aplicacion de revulsivos sobre las paredes torá-

cicas en el punto correspondiente á la lesion. Pueden servir al mismo objeto las aguas minerales sulfurosas ó salinas en bebida y en inhalaciones. Cuando el padecimiento no es tan reciente no se puede esperar obtener la resolucion, pero se deben usar como paliativos los resolutivos, tanto al interior como al exterior, y usar los calmantes cuando sea intensa la tos, y los balsámicos si la espectoracion es abundante.

PLEURESÍA AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de la pleura, que se conoce tambien con el nombre de pleuritis. La pleuresía, segun su curso, se divide en aguda y crónica; segun su extension, en pleuresía doble, cuando afecta las dos pleuras, ó parcial, cuando está limitada á un punto de ellas; segun las partes que afecta, se divide en pulmonar, costal, diafracmática ó mediastina.

Etiología. Es casi desconocida en la infancia, más comun en la juventud y el período medio de la vida; es más frecuente en el hombre que en la mujer, y su causa más comun es la accion del frio, así que se presenta con más frecuencia bajo la influencia de una temperatura fria y seca en el invierno, ó una variable en la primavera; á veces se presenta sin causa apreciable; otras es debida á golpes sobre el pecho, á heridas penetrantes, á introduccion de cuerpos extraños en su cavidad. Por fin se presenta como una enfermedad secundaria en el curso de otras afecciones.

Sintomatología. Puede ir precedida de los prodromos comunes á las flegmasías agudas; pero lo más comun es que acometa de pronto despues de escalofrios iniciales con un dolor generalmente circunscrito, que ordinariamente ocupa la tetilla del lado afecto, otras veces la base del pecho, más raramente todo el lado, ó la espalda. Este dolor, que es vivo, pungitivo y dislacerante, impide el decúbito del lado afecto y se aumenta con la inspiracion, la tos, los movimientos, la percusion y la auscultacion. Hay disnea más ó ménos pronunciada, respiracion corta, difícil y como entrecortada; la tos es pequeña, seca, poco frecuente; si se arrojan algunos esputos son flúidos y agrisados, seroso-mucosos; la voz es apagada y entrecortada.

Auscultado el enfermo, cuando aun no hay derrame en el principio de la enfermedad, se halla debilitado el murmullo respiratorio y la percusion da un sonido claro; pero cuando se verifican los fenómenos exudatorios, las falsas membranas que se forman hacen desaparecer el estado liso de la serosa y se oye un ruido de frote producido por el deslizamiento de la pleura pulmonar sobre la costal. Verificado el derrame se nota por la percusion un sonido oscuro en los puntos que este ocupa, que es la concavidad de la gran corvadura de las costillas, y cuando el derrame es considerable el sonido es completo á macizo. Por la auscultacion se encuentra, á medida que aumenta el derrame, cada vez más debilitado el murmullo respiratorio y más lejano, y aun deja de ser percibido del todo; frecuentemente se percibe en ambos tiempos de la respiracion soplo bronquial agudo y áspero como en la pulmonía, aunque es ménos comun y superficial que en esta. Cuando el derrame es medianamente copioso se encuentra la egofonia al nivel del mismo, ó más bien entre el ráquis y el homóplato; pero cuando es muy abundante ó el producto exudatorio es muy escaso y espeso deja de percibirse este fenómeno; en ocasiones se observa tambien bronco-egofonia. A medida que aumenta el líquido derramado la percusion da un sonido á macizo más completo, que contrasta con el sonido timpánico de la region subclavicular, cesa de resonar la voz y aun llega á no oirse ningun ruido en el pecho. En el lado sano se percibe lo que se ha llamado respiracion pueril. Por la palpacion se nota la disminucion ó abolicion de las vibraciones torácicas; muchas veces la dislocacion del hígado ó del bazo hácia el abdómen, y otras la fluctuacion determinada por el derrame. Los signos suministrados por la percusion y la auscultacion pueden ser más oscuros ó más evidentes, y cambiar de lugar, segun que la posicion distinta que se haga tomar al enfermo haga cambiar de sitio al derrame. Por la mensuracion cirtométrica se da á conocer la ampliacion del diámetro vértebro-mamario del lado afecto en la mayor parte de los casos, y en otros excepcionales una ampliacion visible á la inspeccion del pecho al nivel del derrame, en cuyo sitio los espacios intercostales tienen más extension.

Además de estos síntomas locales hay una calentura más ó ménos fuerte en relacion con la intensidad del dolor y la ra-

pidez de la evolucion de la enfermedad; sed, inapetencia, cefalalgia y demás síntomas de la calentura inflamatoria.

Curso. El curso es regular y la enfermedad empieza con calentura ó sin ella; el dolor es en ocasiones el único síntoma funcional que se observa al principio, y en otras está caracterizada toda la enfermedad por el ruido de frote (*pleuresía seca*); pero en los casos más comunes el derrame aparece desde el principio ó pocos dias despues, y entonces, ó permanece poco abundante para decrecer en seguida con más ó ménos lentitud, ó se aumenta sensiblemente para quedar estacionario y disminuir luego hasta reabsorberse completamente. No es raro que el período de aumento pase los límites ordinarios ó que el derrame quede por mucho tiempo estacionario. Cuando la enfermedad aumenta y ha de terminar por la muerte, la disnea progresa con rapidez y sobreviene esta terminacion funesta ó en un acceso de opresion ó de ortopnea, ó repentinamente por un síncope. Cuando sigue otra marcha la enfermedad, disminuye la cantidad del derrame á causa de su absorcion, lo cual se reconoce por la mensuracion cirtométrica y el ascenso del reborde del hígado ó del bazo; rebajan los síntomas generales, cesa la fiebre, reaparece el murmullo respiratorio de arriba abajo, y en este mismo sentido se percibe más sonoridad á la percusion, siendo los últimos puntos en que se percibe este murmullo y en que desaparece el sonido á macizo, aquellos en que primero se notaron estos fenómenos. Algunas veces se da á conocer la desaparicion del derrame por la reaparicion de la egofonia y el ruido de roce, fenómenos que por fin desaparecen cuando se verifica la resolucion de la flegmasía. Hay, sin embargo, ciertos casos en que el derrame puede aumentar ó disminuir, sin que nos lo demuestren la auscultacion y percusion, y solo la mensuracion y el descenso ó ascenso del hígado ó bazo pueden dèmostrarnos la marcha que sigue dicho derrame.

Duracion. Dura por lo comun de cinco á siete dias; pero el derrame se prolonga por lo ménos dos setenarios, y muchas veces tres, ó cuatro, ó muchos meses.

Terminaciones. Cuando la pleuresía es franca viene sin complicaciones y afecta un sugeto robusto. Termina casi siempre por la salud, verificándose la resolucion por sudor ó por espectoracion abundante; tambien puede, en lugar de reabsorberse el derrame, evacuarse por los bronquios ó al través de las paredes torácicas. En otros casos termina por la muerte, como dejamos dicho, ó pasa la enfermedad al estado crónico, á lo cual tiene mucha tendencia. En algunas ocasiones termina por supuracion, constituyendo el *pyotorax* ó empiema, que desgraciadamente no da signos seguros para reconocerle.

Variedades. La pleuresía puede ser *doble*; es decir, afectar ambos lados, sin que por esto presente otros síntomas que la que ocupa uno solo; es raro que afecte los dos á la vez, sino que en uno es consecutiva al otro, y aun en uno de ellos parcial. Puede ser tambien *circunscrita* ó *parcial*, ya por la poca intensidad de la inflamacion, ya porque antiguas adherencias pongan un límite á su extension; en el primer caso se caracteriza por el dolor de costado, poca calentura y ruido de roce; en el segundo las falsas membranas limitan un derrame que la auscultacion y percusion dan á conocer con dificultad. Cuando la pleuresía parcial se limita al diafragma (*pleuresía diafragmática*) se nota un dolor intenso, situado á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas falsas, que se exaspera con la presion, la tos y los movimientos.

Esta pleuresia, que acomete de pronto con escalofrio, se acompaña de gran disnea, respiracion exclusivamente costal, precipitada y como convulsiva, tos frecuente y seca, pulso acelerado y concentrado. Casi siempre hay hipo, náuseas, vómitos, sobre todo al principio, y en ciertos casos dolor en el cardias al paso del bolo alimenticio; el derrame puede empujar el hígado hácia el abdómen; hay muchas veces ictericia, agitacion por las noches, exacerbaciones por las tardes y en los casos funestos, que son frecuentes, el delirio y el coma preceden á la muerte. Cuando la inflamacion está limitada á los mediastinos (*pulmonía mediastina*) es difícil de diagnosticar, y solo se la puede sospechar por la existencia de un dolor vivo profundo que se acompaña de opresion y gran calentura. Cuando ocupa la cisura interlobular (*pleuresía interlobular*) se puede sospechar por los mismos signos. Cuando se complica con la pulmonía (*pleuro-neumonía*) es tambien parcial y limitada casi siempre á la parte de la pleura que cubre el pulmon inflamado, y sus síntomas los propios de la pulmonía, á los que se agregan el roce pleurítico y algunas veces la egofonia. Hay otra variedad que depende de la in-

troduccion brusca en la pleura de un líquido irritante (*pleuresía por perforacion*), que está caracterizada por un dolor repentino muy intenso, grande opresion y ansiedad y todos los signos físicos del hidro-neumotórax. Su curso es rápido y su terminacion funesta. Algunos autores han admitido una *pleuresía seca*, que es cuando dejan de manifestarse los fenómenos exudatorios, forma que es bastante rara.

Cuando á la pleuresía se asocia una calentura de carácter distinto del inflamatorio que la corresponde, constituye las variedades catarral, reumática, biliosa. La *pleuresía catarral* se caracteriza por calentura moderada, con exacerbaciones y remisiones notables, quebrantamiento general y dolores vagos, lengua cubierta de una capa blanquecina, diarrea á veces, orina encendida y turbia, y los síntomas locales propios de la pleuresía con tos que produce una espectoracion abundante, ténue, agrisada y sero-mucosa. La *pleuresía reumática* se caracteriza por los síntomas de una fiebre de esta índole y dolores artríticos y en las aponeurosis. La *pleuresía biliosa* aparece con color subictérico de la cara y aun general, gran cefalalgia, calor ácre, orina turbia y oscura, lengua con capa amarillenta, amargor de boca, ansiedad epigástrica, tension en los hipocondrios y los síntomas propios de toda pleuresía con opresion de pecho y espectoracion flúida, sero-mucosa y amarillenta. Se ha admitido por los autores una *pleuresía latente*, que es aquella en que un derrame más ó ménos considerable no da lugar á síntomas que puedan llamar la atencion sobre ella; pero si bien es cierto que esto puede suceder, la percusion y la auscultacion pueden revelar el derrame, y por consiguiente dejar de ser latentes en el sentido riguroso de la palabra.

Complicaciones. Puede complicarse con varias enfermedades agudas ó crónicas, pero principalmente con la pulmonía y la pericarditis.

Anatomía patológica. La pleura se halla roja é inyectada, algo hinchada; de un aspecto mate, cuando de ordinario su superficie es lisa y brillante, y su epitelio se desprende con facilidad en algunas ocasiones. Por poco que dure la pleuresía, hay por punto general un derrame sero-albuminoso más ó ménos copioso, desde algunas onzas hasta dos ó más libras; es de un color amarillo ó verdoso, rara vez rojizo, en el que

se ven nadar concreciones albuminosas y falsas membranas, que otras veces son copos agrisados. Las falsas membranas se hallan en relacion de la intensidad de la flegmasía, y ocupan, ya un punto limitado de la pleura, ya toda ella, formando una especie de saco pseudo-membranoso adherente. Cuando el derrame se reabsorbe quedan al descubierto estas falsas membranas, que organizándose forman las bridas que establecen las adherencias del pulmon con las paredes torácicas. Cuando no se reabsorbe el derrame, el líquido que le constituye puede permanecer seroso y claro, pero lo más general es que se torne puriforme. El pulmon puede ser rechazado de abajo arriba, de delante atrás y de fuera adentro por una gran cantidad de derrame que le aplasta y comprime de modo que impide más ó ménos la entrada del aire y le reduce de volúmen. La pleuresía produce cambios en la conformacion de la cavidad torácica, sobre todo cuando es muy abundante, pues se dilata mucho el lado correspondiente del pecho, son más extensos los espacios intercostales, el diafragma está repelido hácia el vientre, y el mediastino y corazon hácia el lado sano; por el contrario, cuando el derrame se reabsorbe, las costillas se deprimen y aproximan, el esternon tambien se deprime y queda una deformidad del torax. Cuando se encuentran falsas membranas sin que coexista derrame, se dice que la pleuresía es seca. En algunos casos pueden desarrollarse gases en la cavidad de la pleura.

Diagnóstico. La pleuresía y la pulmonía tienen síntomas comunes, pero se distinguen en que la pleuresía casi nunca empieza por un escalofrio intenso y único, que en esta los esputos cuando existen son catarrales y no herrumbrosos, el sonido á macizo es más completo que en la pulmonía, las vibraciones torácicas están más disminuidas, la respiracion bronquial no siempre se nota en la pleuresía, y cuando existe se percibe más lejana y va acompañada de egofonia; muchas veces falta el murmullo respiratorio; el torax está notablemente dilatado; el corazon, el hígado y el bazo se hallan á veces dislocados; hay en algunos casos un ruido de frote, y los signos estetoscópicos y pleximétricos pueden variar de lugar segun la posicion en que se coloque al enfermo; además, en la pleuresía no guardan proporcion con la extension del sonido á macizo, la calentura, la postracion de fuerzas y

la alteracion del rostro, siendo de notar que en ocasiones un gran derrame apenas da intensidad en estos síntomas. La pleuresía sin derrame se distingue de la pleurodinia por el ruido de frote. Las afecciones del hígado pueden confundirse con una pleuresía con derrame del lado derecho; pero cuando por la percusion y palpacion se comprueba que dicho órgano traspasa el reborde de las costillas, se podrá creer en la existencia de un derrame pleurítico si el sonido á macizo está más alto que lo que corresponde normalmente al hígado, ó sube más por la parte posterior que por la anterior, ó, finalmente, no varía ni en la inspiracion ni en la espiracion, cuando por el contrario en la hipertrofia del hígado baja en la inspiracion y sube en la espiracion.

Pronóstico. La pleuresía cuando es simple, sobreviene en un sugeto bien constituido, el derrame es poco abundante ó no existe, es una enfermedad sencilla; pero cuando es doble, el derrame muy abundante ó purulento, ó la pleuresía es diafracmática, es por el contrario de un pronóstico desfavorable. La pleuresía por perforacion, y aquella en que hay desarrollo de gases en la pleura, así como las secundarias, son de pronóstico desfavorable.

Tratamiento. El enfermo guardará una quietud absoluta, una dieta severa, y hará uso de bebidas diluentes. El tratamiento principal de esta enfermedad es el antiflojístico, debiendo emplearse las sangrías generales en proporcion á la extension é intensidad de la inflamacion, juntamente con el estado de las fuerzas del enfermo.

Deben igualmente aplicarse en el lado afecto un número suficiente de sanguijuelas y proporcionado á la extension de la flegmasía. La accion de estos medios se auxiliará con misturas nitradas y opiadas, y unturas con pomadas de mercurio con belladona y ópio si el dolor es muy intenso. Cuando se haya rebajado el estado flojístico, si persiste el dolor, el ruido de roce y la egofonia, se aplicará un vejigatorio en toda la extension de la flegmasía para favorecer su resolucion. Cuando la pleuresía es de forma catarral, reumática ó biliosa, se rebaja el estado inflamatorio con el plan antiflojístico, pero con prudencia y auxiliado de los diaforéticos, los laxantes ó los eméticos, segun la índole del padecimiento, aunque teniendo presente, respecto al último medio, que solo puede

aplicarse cuando el dolor es poco. En el estado agudo, cuando el dolor es intenso y la tos molesta, deberán prescribirse los opiados. Cuando disminuye la calentura y el derrame no se reabsorbe, emplearemos para conseguirlo, ya los diuréticos, como la digital, el nitro, el acetato de potasa, ya los purgantes salinos, ya los sudoríficos y los baños de vapor. Con el fin de obtener la resolucion aconseja tambien Niemeyer las preparaciones iodadas, tanto al interior como al exterior, prescribiendo 8 gramos del jarabe de ioduro de hierro y 60 de jarabe simple, y mandando friccionar la parte enferma con una disolucion compuesta de 2 gramos de iodo puro, 8 de ioduro potásico y 60 de agua destilada. Si existe un estado anémico producido por el enorme derrame y la consuncion febril, se usarán las preparaciones ferruginosas al mismo tiempo que un régimen tónico. Cuando el derrame es tan considerable que amenaza sofocar al enfermo, no se vacilará en recomendar la toracentesis, operacion que se hace más urgente cuando, existiendo el derrame en el lado izquierdo, disloca el corazon y puede arrebatar al paciente en un síncope. Respecto á esta operacion dice el Sr. Trousseau: «Siempre que los signos de auscultacion y percusion demuestren la existencia de un derrame pleurítico muy abundante, cuya cantidad, cualquiera que sea su naturaleza, pueda graduarse en dos litros, que habiendo sobrevenido sin notables síntomas locales ni reactivos, tienda á aumentarse con rapidez, y que despues de algun tiempo, como nueve ó diez dias, de haberse empleado los remedios terapéuticos ordinarios, se haya aumentado, puede fijarse con fundamento la indicacion para punzar el pecho.» Para practicar esta operacion el citado profesor incinde la piel con un bisturí, ó mejor con una lanceta, haciendo una pequeña abertura entre el sexto y sétimo espacio intercostal á 4 ó 5 centímetros por fuera del borde externo del gran pectoral, é introduce por ella un trócar comun como el del hidrocele ó de la paracentesis.

PLEURESÍA CRÓNICA.

Etiología. Es por lo comun consecutiva á la aguda que no se resuelve ó cuyo tratamiento se descuida por presentarse con poca actividad; muchas veces se desarrolla sin causa de-

terminante apreciable, otras se desarrolla en el curso de la tísis pulmonar, de una enfermedad del corazon y en el cáncer del pulmon ó secundariamente al fin de un gran número de enfermedades febriles, agudas ó crónicas, especialmente de la escarlatina y la fiebre puerperal.

Sintomatología. Los síntomas que la dan á conocer son los siguientes: dolor más ó ménos incómodo, que si es primitivamente crónica no existe; tos seca ó con espectoracion ténue, sero-mucosa, á no ser que haya bronquitis, en cuyo caso es mucosa; la respiracion es anhelosa y difícil; los enfermos sienten opresion y no pueden acostarse sobre el lado sano; la percusion da un sonido á macizo completo; por la auscultacion se observa el murmullo respiratorio y se oye casi constantemente, ya en el vértice del pecho, ya á lo largo de la columna vertebral, y aun muchas veces no se percibe; hay resonancia de la voz á manera de eco lejano cuando el derrame es grande, y egofonia cuando es pequeño; por encima de las partes sanas y en el lado opuesto se percibe respiracion pueril y aumento de resonancia á la percusion; en las cercanías del límite superior del derrame existe la respiracion bronquial. En la pleuresía crónica es donde más principalmente se encuentra, á consecuencia del derrame, la dilatacion de uno de los lados del pecho, que está generalmente más abombado que el opuestó é inmóvil durante los movimientos respiratorios, mientras que el sano se dilata como de costumbre. Además de estos síntomas locales hay calentura, al principio moderada y aun nula, que se aumenta por las tardes, siendo sobre todo notable el recargo cuando el derrame es purulento; la cara está pálida, hay anorexia, demacracion, anasarca y edema de las extremidades superiores, principalmente de la del lado afecto. Si la pleuresía depende de la existencia de tubérculos pulmonares, la demacracion es rápida, y sobrevienen pronto los sudores nocturnos y la diarrea. Se observa como en la aguda la dislocacion del corazon, hígado y bazo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es generalmente lento, con algunas exacerbaciones que aceleran, ya la reabsorcion, ya la trasformacion purulenta del derrame. La duracion es larga é indeterminada, pudiendo persistir por espacio de dos, tres, cuatro ó más meses, y aun no es raro que pueda durar uno ó dos años. Puede terminar por la muerte, ya de un modo rápido y en un acceso de sofocacion espontánea, ya lentamente y con todos los síntomas de la fiebre héctica. Cuando la enfermedad termina por la curacion, se mejoran los síntomas generales antes de que los signos estetoscópicos y de percusion nos lo revelen; posteriormente se aclara la sonoridad del pecho, se percibe de arriba abajo, aunque muy debilitado, el murmullo vexicular, sin que vaya precedido de la reaparicion de la egofonia; el derrame se absorbe de un modo lento, y como el pulmon no vuelve á adquirir su volúmen primitivo, resulta un vacío en el torax, que da por resultado un estrechamiento del pecho por acercarse á aquel órgano las costillas y aun adherirse á él. Otras veces el derrame puede abrirse paso al exterior, presentándose préviamente y sobre el cuarto espacio intercostal un tumor de magnitud variable, blando y fluctuante, acompañado de edema y pastosidad en los tejidos inmediatos. En otras ocasiones el líquido derramado se abre paso al exterior al través de los bronquios á consecuencia de un acceso de sofocacion ó fuertes golpes de tos, y se evacua por espectoracion. Algunas veces se ha visto pasar el derrame á la cavidad produciendo una peritonitis intensa. Los dos primeros modos de evacuarse el derrame ocasionan al fin la muerte si la pleuresía es general; pero puede obtenerse la curacion si es parcial.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son: inyeccion intensa, punteada, con estrías ó manchas rojizas; engrosamiento de la membrana, cuya superficie lisa interior está desigual por la existencia en ella de una especie de granulaciones, y cubierta de falsas membranas más gruesas y friables que en el estado agudo. El derrame es muy abundante y está constituido por un líquido sero-purulento más ó ménos espeso, con fragmentos membranosos, puriformes en la parte más declive. El corazon, el mediastino y el diafragma están comprimidos ó desviados, y el pulmon retraido hácia la raiz de los bronquios y en estado de obstruccion ó endurecimiento. Con frecuencia se encuentran adherencias entre la pleura visceral y la parietal y tubérculos pulmonares.

Diagnóstico. Puede confundirse con una pulmonía crónica ó con el desarrollo de un tumor sólido en el pecho; pero aun cuando en estas enfermedades y en la pleuresía son iguales

los signos estetoscópicos y de percusion, como aquellas son raras y no han precedido fenómenos del estado agudo, debemos diagnosticar un derrame pleurítico. Tambien puede confundirse la pleuresía crónica con una inflamacion tuberculosa completa de un pulmon, pero la marcha de la enfermedad y los signos conmmemorativos ilustran la cuestion.

Pronóstico. El pronóstico de la pleuresía crónica es siempre grave, y mucho más si es secundaria y se complica con tubérculos. Es tanto más grave cuanto más abundante es el derrame y más antigua la enfermedad. La demacracion y la fiebre héctica son síntomas de mal agüero.

Tratamiento. Se combatirá la enfermedad haciendo uso del óxido de antimonio ó el kermes, al mismo tiempo que se darán fricciones con la pomada mercurial y aun mejor con la de ioduro potásico mezclada con láudano, y si esto no bastase se aplicará un vejigatorio al lado afecto, un moxa, ó como aconsejaba Laennec, un sedal, que es un resolutivo muy eficaz. Al mismo tiempo se procurará la reabsorcion del derrame con la administracion de los diuréticos y de los purgantes salinos usados de cuando en cuando. Para moderar la tos se darán los calmantes y se sostendrán las fuerzas del enfermo por medio de la alimentacion conveniente, colocando además á los enfermos en las condiciones higiénicas más favorables. Cuando hay debilidad y el líquido purulento pasa á la sangre, están indicados los neurosténicos. Si el derrame seroso ó purulento no desaparece, ó por el contrario aumenta, se le da salida al exterior de un modo artificial por medio de la toracentesis, que solo puede considerarse como un medio paliativo, porque el pulmon comprimido por mucho tiempo se inhabilita para ejercer sus funciones y es difícil restituirle á su ejercicio.

INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DEL APARATO CIRCULATORIO.

PERICARDITIS AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana serosa que envuelve el corazon.

Etiología. Esta enfermedad puede presentarse en todas las edades, por más que sea más comun de los diez y ocho á los treinta años; es más frecuente en el hombre que en la mujer, pero sus causas son muchas veces desconocidas; sin embargo, se ha visto sobrevenir como consecuencia de heridas penetrantes, golpes y contusiones; de la impresion del frio y de la propagacion de la inflamacion de los órganos vecinos, como el pulmon ó la pleura; otras veces se une á diversas afecciones agudas ó crónicas, como el reumatismo, la enfermedad de Bright, la tísis pulmonar, las lesiones crónicas del corazon ó los aneurismas de la aorta.

Sintomatología. Cuando la pericarditis es consecutiva, su invasion puede ser insidiosa y oscura; pero cuando es primitiva pueden presentarse los prodromos de las enfermedades agudas, empezando la invasion por un escalofrio muy intenso, algunas veces por gran disnea, y en casos raros por un síncope. Los enfermos se quejan de un dolor muchas veces intenso, pero con frecuencia moderado y obtuso en la region precordial, que se extiende al brazo, al epigastrio y hasta el hipocondrio izquierdo, y se exacerba con la tos, la inspiracion, las palpitaciones y el decúbito izquierdo. Los pacientes experimentan accesos de palpitaciones, principalmente por la noche. Los latidos del corazon son con frecuencia tumultuosos, irregulares y muchas veces intermitentes en un principio, pero que no tardan en hacerse más profundos y lejanos y estar muchas veces oscurecidos por ruidos anormales, como el de fuelle ó escofina y el de roce: en el mayor número de casos, el segundo movimiento del corazon se verifica en dos tiempos y con una especie de chasquido. Al principio de la enfermedad hay alguna disnea, respiracion acelerada y tos seca sin alteracion del murmullo respiratorio.

Apenas pasan algunos dias, se verifica un derrame más ó ménos considerable en el pericardio, que está caracterizado por un sonido á macizo en la region precordial de forma piramidal, y cuya extension puede variar segun la direccion que se dé al enfermo; un abombamiento de la region precordial que crece y decrece con el derrame; la ausencia del murmullo respiratorio en la dicha region, en la que la auscultacion solo deja percibir los sonidos del corazon lejanos y oscuros, ó bien un ruido de roce más ó ménos intenso y áspero,

segun la densidad y desigualdades de las falsas membranas que puede simular el del cuero nuevo ó el de una escofina. A estos síntomas locales se unen calor febril, pulso acelerado (100 pulsaciones), dilatado algunas veces, pequeño, débil, irregular ó intermitente, mediana cefalalgia, raras veces desvanecimientos, vértigos, zumbido de oidos, sueño interrumpido por sobresaltos, síncopes, y en los casos muy graves agitacion general con descomposicion de la fisonomía, palidez de la cara, convulsiones, delirio y edema de las extremidades inferiores. Respecto al aparato digestivo, hay inapetencia y algun aumento de la sed.

Curso, duracion y terminaciones. Unas veces el curso es rápido, terminando por la muerte en uno ó varios dias; otras, y esto es lo más general, sigue un curso más lento, teniendo su incremento la enfermedad hasta el sexto ó sétimo dia, permaneciendo estacionaria por algunos y decreciendo para entrar en convalecencia del dia quince al veinte. Esta enfermedad puede terminar por la muerte, que va precedida de grande agitacion, palidez y abotagamiento de la cara, descomposicion del semblante, desórden cada vez mayor en los latidos del corazon, movimientos convulsivos y delirio, ó bien sobreviene lentamente y en un estado comatoso. Cuando se le aplica un tratamiento bien dirigido puede terminar por la curacion, la cual se anuncia porque cesa la calentura y la diarrea; se reabsorbe el derrame, desaparece el sonido á macizo y el abombamiento de la region precordial y solo queda un ligero ruido de roce. Pueden quedar como consecuencia de la pericarditis lesiones graves del corazon. En otras oçasiones se establecen adherencias del corazon, que generalmente no producen ningun trastorno general ni local, aunque muchos profesores las han considerado incompatibles con la salud. La pericarditis puede por fin pasar al estado crónico.

Complicaciones. Se han señalado como complicaciones de la pericarditis, la pulmonía, la hipertrofia del corazon, y, segun Virchow la degeneracion aguda del corazon.

Anatomía patológica. La serosa presenta en un principio rubicundez punteada ó en chapas, se desprende con facilidad, conserva su grueso y su superficie está casi seca ó deslustrada. Más avanzada la enfermedad se halla un derrame constituido por un líquido seroso turbio opaco ó rojizo con

copos albuminosos, y en ciertos casos blanco homogéneo y completamente purulento. Este derrame, que puede ser más ó ménos abundante, deprime cuando lo es mucho el diafragma y los pulmones. La exudacion de falsas membranas reviste por lo comun las dos hojas del pericardio y rara vez aparecen lisas en su superficie, pues lo regular es que sea desigual, ya parecida á un panal de miel, ya al segundo estómago de los rumiantes, á la lengua del gato ó á una piña de Indias. En época más adelantada de la enfermedad no suele haber líquido, ó solo algo de serosidad, dando lugar la organizacion de las falsas membranas á adherencias, por lo comun generales, de las dos hojas del péricardio; con más frecuencia quedan simples manchas ó chapas lechosas; el producto de exudacion se hace el asiento de una trasformacion fibrosa, cartilaginosa y aun ósea. El corazon puede conservar su volúmen normal; pero cuando la enfermedad es muy antigua y el derrame muy abundante, está disminuido de volúmen; en otros casos están hipertrofiadas sus paredes, dilatadas sus cavidades. El endocardio conserva á veces vestigios de la inflamacion.

Diagnóstico. Puede confundirse la pericarditis con la endocarditis, pero afortunadamente no presenta esto inconveniente para el tratamiento. Tambien pudiera confundirse con una pleuresía, pero el abombamiento de la region precordial, la forma piriforme del sonido á macizo, los ruidos de roce y de fuelle del corazon, la persistencia del murmullo respiratorio normal y la falta de sonido á macizo en la parte posterior y laterales del torax, nos darán á conocer la existencia de la pericarditis. Con la pleurodínia no puede confundirse porque estas enfermedades solo tienen de comun el dolor. Aun cuando un tumor intratorácico sólido, desarrollado a nivel de la region precordial, daria un sonido á macizo, la forma de éste y el presentarse los ruidos del corazon más claros por ser este órgano rechazado lateralmente ó bien hácia atrás bajo el tumor, nos haria desechar la existencia de un derrame.

Pronóstico. La pericarditis simple que recae en individuos que gozan de buena salud se termina casi constantemente por la curacion; por el contrario, la que sobreviene como complicacion, especialmente en el curso de un reumatismo

articular ó de una enfermedad del corazon, generalmente termina por la muerte.

Tratamiento. Debe combatirse con la dieta, las bebidas demulcentes y nitradas, las emisiones sanguíneas generales, las sanguijuelas á la region precordial repetidas unas y otras. Cuando se haya rebajado el estado inflamatorio se favorece la resolucion con la aplicacion de anchos vejigatorios á la region precordial, y si el derrame es considerable se practica con éxito la puncion del pericardio, seguida ó no de inyecciones iodadas.

PERICARDITIS CRÓNICA.

Etiología. La pericarditis crónica es consecutiva unas veces á la aguda, otras depende de causas desconocidas que la desarrollan con lentitud, y sobreviene tambien en los reumáticos. Complica á veces las lesiones orgánicas del corazon y los tubérculos pulmonares.

Sintomatología. Cuando esta enfermedad sucede al estado agudo ó se desarrolla desde luego bajo el estado crónico, las manifestaciones sintomáticas son las mismas, pero varían en el modo de presentarse; así el dolor precordial falta algunas veces; pero en otras es obtuso y los enfermos le aquejan en la region epigástrica, donde se deja sentir como si les apretara un nudo. Hay palpitacion, por lo general solo apreciable para el enfermo, disnea intensa al menor esfuerzo, tos seca, sueño intranquilo, pulso frecuente, casi siempre muy pequeño y muchas veces irregular; los latidos del corazon son fuertes y los ruidos del mismo ásperos. La cara está abotagada, hay cianosis y anasarca. Se presentan accesos febriles erráticos y fugaces; los signos estetoscópicos y de percusion son los que corresponden al derrame en el pericardio.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es lento y presenta exacerbaciones y remisiones. La duracion es larga, pudiendo prolongarse la enfermedad por meses enteros. La terminacion por la curacion es muy rara, siendo por el contrario muy frecuente la terminacion por la muerte, quedando en casi todos los demás casos enfermedades consecutivas.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son rubicundez punteada ó arborizada de la membrana serosa.

infiltracion del tejido, que aumenta de grosor y permite que pueda separarse la serosa de la superficie del corazon; las falsas membranas que se desarrollan en esta como en la aguda son más consistentes, y á veces se hallan infiltradas de tubérculos; el derrame suele constituirle un líquido purulento. Las paredes del corazon son ménos densas y más descoloridas que en el estado normal, y por la infiltracion aumentan algo de volúmen.

Diagnóstico. La pericarditis crónica puede confundirse con algunas enfermedades en que hay alteracion de la sangre con disminucion de los glóbulos rojos ó predominio relativo de la parte serosa, puesto que en todas ellas hay palpitaciones, disnea, ruidos intensos del corazon é hidropesías; pero en estos casos la apreciacion de las condiciones individuales, la evolucion de la enfermedad y los antecedentes etiológicos nos permitirán fijar el diagnóstico. Tambien es fácil confundir esta enfermedad con la hipertrofia del corazon por coincidir sus causas, síntomas y curso.

Pronóstico. Es grave, pues por lo comun concluye por la muerte.

Tratamiento. No convienen las emisiones sanguíneas locales sino cuando la afeccion tiene cierta agudeza y no se ha verificado el derrame. La sangría solo está indicada cuando un intenso ataque de asma amenaza una sofocacion. El doctor Santero asegura haber obtenido en estos casos ventajas de la mistura amigdalina de la F. E., á dósis de una cucharada con intérvalo de una, dos ó tres horas. Los maniluvios sinapizados son tambien muy útiles en estos accesos. Las hojas de digital en polvo mezcladas con el extracto de belladona son muy útiles para calmar la impulsion del corazon. Al mismo tiempo deben administrarse los diuréticos en bebida, y los purgantes salinos para procurar la reabsorcion del derrame, ayudando esta accion con un ancho vejigatorio sobre la region precordial, que puede reemplazarse por el moxa y aun el sedal.

ENDOCARDITIS.

Definicion. Es la inflamacion de la membrana interna del corazon.

Etiología. Sus causas son las misms que las de la pericarditis.

Sintomatología. Raras veces hay dolor en la region precordial, y solo se quejan los enfermos de opresion y palpitaciones, que se perciben en una gran extension, muchas veces con un estremecimiento vibratorio notable. La percusion manifiesta un aumento más ó ménos notable del corazon, por el sonido á macizo que da en una gran extension; la auscultacion deja percibir un ruido de fuelle, que oscurece los dos ruidos normales del corazon ó uno de ellos solamente; otras veces es un ruido de lima ó escofina, y cuando los latidos del corazon son muy violentos, hay un ruido de tintineo metálico isócrono con el primer tiempo; los latidos del corazon son superficiales y grande la impulsion de este órgano. El pulso es muy frecuente, desigual, irregular, y por lo general desarrollado, aunque algunas veces es pequeño y débil, anunciando la formacion de coágulos en las cavidades del corazon. Además de estos síntomas hay disnea, que puede aumentar hasta la sofocacion, palidez, lipotimias y síncopes, infiltracion de las extremidades y delirio. Hay calentura por lo comun de mediana intensidad, aunque algunas veces es violenta. Los coágulos existentes en las cavidades del corazon pueden ser arrastrados por la sangre é ir á obliterar un vaso principal, produciendo, como consecuencia, una gangrena de las partes situadas debajo del obstáculo.

Curso, duracion y terminacion. Si la enfermedad ha de terminar de un modo fatal los síntomas continúan aumentándose; pero si ha de terminar por resolucion, los fenómenos morbosos desaparecen poco á poco. Otras veces termina pasando al estado crónico. La enfermedad dura ocho dias por término medio.

Anatomía patológica. Rubicundez de la membrana, engrosamiento, tumefaccion y reblandecimiento de la misma. Concreciones fibrinosas ó falsas membranas más ó ménos gruesas, que ocupan especialmente las válvulas y en ocasiones las columnas carnosas. Estas falsas membranas organizándose producen adherencias de las válvulas á las paredes, manchas y placas lechosas en la cara interna del corazon, la induracion y la trasformacion cartilaginosa y aun ósea de las falsas membranas y de la trama fibrosa de las válvulas. En ocasiones se verifica una secrecion purulenta, que es difícil de reconocer, porque el pus pasa á la circulacion á medida que se forma. El endocardio puede ofrecer en ocasiones pequeñas úlceras, y especialmente en las válvulas, que se encuentran á veces perforadas. Tambien se encuentran en el corazon coágulos fibrinosos que se adhieren íntimamente al pericardio. El corazon está más ó ménos aumentado de volúmen.

Diagnóstico. Puede confundirse con una pericarditis sin derrame; pero en esta suele existir un dolor precordial raro en la endocarditis; además en la pericarditis el ruido de roce es más extenso y superficial y se le hace variar de sitio cuando el enfermo cambia de posicion. La pericarditis con derrame no puede confundirse con la endocarditis, porque en aquella se oyen los ruidos á mayor profundidad. Puede sospecharse la existencia de una endocarditis cuando en un individuo que no presentaba síntomas de lesion del corazon sobrevienen opresion, palpitaciones, aumento de volúmen del corazon y la impulsion de este es muy intensa.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad es grave, tanto porque constituye ordinariamente una complicacion, como por las lesiones crónicas valvulares á que puede dar orígen. Sin embargo, no es raro que tenga una terminacion feliz.

Tratamiento. Es el mismo de la pericarditis.

CARDITIS.

Definicion. Es la inflamacion del tejido muscular del corazon.

Etiología. Su etiología se confunde en gran parte con la de la endocarditis, y su causa ocasional más frecuente es el reumatismo articular agudo.

Sintomatología. Esta enfermedad, que es muy rara, puede ser primitiva; pero lo más comunmente, secundaria á una endocarditis ó una pericarditis. Nunca puede diagnosticarse primitivamente durante la vida, y solo puede sospecharse cuando se pone dolorido el corazon, el pulso es muy frecuente y pequeño, la accion del corazon irregular, palpitaciones, gran opresion y lipotimias; pero todos estos síntomas nada tienen de característicos. Tambien puede sospecharse la exis-

tencia de una carditis cuando en el curso de un reumatismo articular se ven aparecer síntomas de una afeccion cardiaca sin que se descubran fenómenos físicos de endocarditis ó pericarditis, y mucho más cuando á los fenómenos observados vienen á agregarse escalofrios, dolores en la region esplénica, tumefaccion del bazo, vómitos ó dolores en la region renal; en una palabra, si se desarrollan metastasis.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son: reblandecimiento de las fibras carnosas, una supuracion difusa, ó la formacion de abscesos enquistados. Las paredes cardiacas pueden romperse, ó perforarse el tabique á consecuencia del adelgazamiento y corrosion de las mismas por los progresos de la inflamacion. Tambien puede sufrir modificaciones el tejido muscular del corazon alterado, como la induracion fibrosa, cartilaginosa y ósea.

Tratamiento. Es el mismo de la endocarditis y pericarditis.

ARTERITIS.

Definicion. Es la inflamacion de las túnicas arteriales.

Etiología. Las causas de la arteritis son oscuras por lo general, aunque se ha dicho que pueden ser la plétora, un régimen excitante, las violencias exteriores, las ligaduras y la propagacion de la enfermedad de los órganos inmediatos.

Sintomatología. Dolores vivos á lo largo de la arteria, que se exacerban por la presion; el tacto percibe una tension en el vaso que se asemeja á un cordon duro, pulsaciones fuertes y aceleradas. Si este se halla obstruido por un derrame albuminoso ó la coagulacion de la sangre, hay sensacion de entorpecimiento en la parte enferma con hinchazon, y más adelante paralísis, frialdad y por último gangrena de las partes situadas por debajo del obstáculo; cuando la obliteracion se verifica gradualmente los vasos colaterales se hacen mayores, las partes siguen recibiendo sangre, y solo se presenta la atrofia de estas. Hay anorexia y una calentura mediana, aun cuando estos síntomas generales son proporcionados á la extension é intensidad de la inflamacion.

Anatomía patológica. Rubicundez con infiltracion sanguínea, engrosamiento, reblandecimiento y friabilidad de la

membrana interna, que está tapizada por falsas membranas ó cubierta por un coágulo fibrinoso. En esta misma cara puede exhalarse pus, que otras veces suele formar pequeñas colecciones purulentas entre las túnicas. En la arteritis crónica se hallan diversas lesiones de nutricion, como son la formacion de placas cretáceas, cartilaginosas y óseas, y tambien ulceraciones y perforaciones.

Diagnóstico. No puede confundirse con el flemon, porque este forma un tumor extenso; los dolores tienen otro carácter, y faltan los signos que indican la obstruccion ú obliteracion de la arteria.

Pronóstico. Es grave, no solo por la gangrena que puede sobrevenir, sino tambien por las lesiones orgánicas que produce en las arterias.

Tratamiento. Consistirá en una ó varias sangrías generales, aplicaciones de sanguijuelas al trayecto del vaso, fricciones mercuriales en la misma direccion, cataplasmas y baños emolientes prolongados.

AORTITIS.

Definicion. Es la inflamacion de las túnicas de la arteria aorta.

Etiología. Sus causas son por lo comun desconocidas, pero en algunas ocasiones se ha visto que procede de la propagacion de la inflamacion de órganos inmediatos, y reconoce las mismas causas que estas. Esta enfermedad se encuentra tambien en los individuos afectados de reumatismo, gota, sífilis y en los bebedores.

Sintomatología. Sus síntomas son dolores sordos y profundos detrás del esternon, y siguiendo la direccion del vaso; agitacion, ansiedad, lipotimias ó síncopes, tos violenta, calentura intensa y anasarca. Puede tambien como en las demás arteritis producirse la obliteracion del vaso, y en su consecuencia haber debilidad, paralísis, atrofia de los miembros inferiores, y aun la gangrena de estas partes. Tambien se pueden presentar síntomas de infeccion purulenta por el paso del pus á la sangre.

Anatomía patológica. Sus lesiones son las mismas de la arteritis en general, solo que en esta inflamacion son más

comunes los abscesos en el espesor de la arteria. La inflamacion rara vez ocupa toda la extension de la aorta, pues en el mayor número de casos está limitada á su cayado y á la aorta torácica ó abdominal.

Diagnóstico. Es bastante difícil porque se presenta en el curso de otras enfermedades, como en la endocarditis grave y la pleuresía y pulmonía graves; sin embargo, podrá sospecharse su existencia cuando en el curso de una enfermedad febril sobreviene un anasarca agudo que el exámen del corazon, del pericardio y de los riñones no lo pueda explicar. La aortitis crónica, que por lo regular no produce ningun desórden ó cuyos síntomas se confunden con los de las lesiones orgánicas del corazon, es tambien difícil de diagnosticar.

Pronóstico Es una afeccion grave.

Tratamiento. Debe combatirse esta enfermedad con los antiflojísticos.

FLEBITIS.

Definicion. Es la inflamacion de las venas y más especialmente de su túnica interna.

Esta enfermedad es más bien correspondiente á la patología quirúrgica, por la cual la estudiaremos muy someramente.

Etiología. Raras veces es espontánea, pues casi siempre depende de contusiones; la rasgadura de la vena, las picaduras de la misma con instrumentos sucios ó impregnados de sustancias sépticas, las heridas que resultan de las grandes operaciones, la extension á la vena de la inflamacion de un órgano inmediato. Tambien se la observa como complicacion de las caquexias tuberculosa y cancerosa, y en la convalecencia de la fiebre tifoidea, en el curso de un reumatismo agudo y á consecuencia de los partos.

Sintomatología. Dolor más ó ménos vivo en la vena inflamada con tension y rubicundez ligera en el trayecto del vaso, formacion de un cordon duro y nudoso cuando es superficial, y si es profunda, resistencia y tension dolorosa, que sigue el trayecto de la vena. Suele existir un edema á veces doloroso, y acompañado de cianosis del miembro cuando la vena inflamada es de las que se distribuyen por estos, y derrame de serosidad en las cavidades torácica y abdominal si las venas que padecen son la cava ó la porta; en la aracnóidea si padecen los senos venosos de la dura madre. A los síntomas locales se agrega sensacion de malestar, cefalalgia, inapetencia, sed y calentura contínua ó remitente. Pasados algunos dias, y cuando el pus producido por la inflamacion se mezcla con la sangre, los enfermos experimentan escalofrios irregulares y periódicos, sudores abundantes, agitacion, ligero trastorno de las ideas y despues delirio contínuo. Hay estupor y atontamiento, fisonomía descompuesta, lengua seca, cubierta de fuliginosidades; á veces diarrea fétida, pulso débil y pequeño y postracion de fuerzas. Al mismo tiempo se forman abscesos metastáticos en varios órganos, que cuando se forman en las articulaciones se dan á conocer por dolores vivos y terebrantes en ellos; cuando en la pleura, por síntomas de pleuresía; cuando en los pulmones, por tos seca, opresion y disnea; cuando en el cerebro, por síntomas de congestion cerebral, y cuando en el hígado, por ictericia.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es continuo; su duracion puede prolongarse hasta la conclusion del tercer setenario. Puede terminar por la curacion, en cuyo caso antes de presentarse los síntomas de infeccion purulenta, disminuyen poco á poco de intensidad los que ya existian. Cuando se declara la infeccion purulenta se termina por la muerte.

Anatomía patológica. Las lesiones que se hallan son las siguientes: mayor ó menor engrosamiento de las paredes de la vena; la membrana interna engrosada, rugosa y desigual, reblandecida, rubicunda, tapizada por las falsas membranas ó adheridos á ella coágulos fibrinosos. Si la inflamacion ha invadido el tejido celular circunyacente, este se encuentra endurecido, infiltrado de pus y adherido á la vena. La vena puede encontrarse permeable, en cuyo caso el pus pasa á la sangre á medida que se forma, pero lo más comunmente se halla obstruida por coágulos ó falsas membranas. El pus segregado puede hallarse circunscrito en la parte superior de un coágulo, ó ir seguida la supuracion de la perforacion de la vena.

Diagnóstico. Si la inflamacion de las venas superficiales se puede diagnosticar con facilidad, no sucede lo mismo con la de las profundas, que no puede diagnosticarse con precision sino por los síntomas de la infeccion purulenta.

Pronóstico. Es grave, y tanto más cuanto más extensa es la inflamacion ú ocupa las cavidades esplácnicas.

Tratamiento. Consistirá en una ó varias sangrías, segun la intensidad de la calentura y la resistencia del pulso; se harán aplicaciones de sanguijuelas al trayecto de los vasos inflamados, cataplasmas y baños emolientes prolongados; se friccionará la parte con pomadas mercuriales; se establecerá, segun quieren algunos, una compresion en el límite de la inflamacion más próximo al corazon para obtener la adhesion de las paredes de la vena, y si se nota supuracion se dará salida al pus por medio de la lanceta. Cuando se declare la infeccion purulenta se combatirá con los tónicos, y especialmente la quina, los purgantes y los vejigatorios, á pesar de que todos estos medios no impiden la terminacion por la muerte.

LINFAGITIS.

Definicion. Es la inflamacion de los vasos linfáticos.

Etiología. Sucede á las heridas de la piel, sobre todo si han sido irritadas, y tambien á las contusiones.

Sintomatología. Cuando la inflamacion es de los linfáticos superficiales se presentan listas ó chapas de un color rojo más ó ménos vivo, que dejan entre sí espacios en que la piel conserva su color normal, los cuales más adelante se borran, haciéndose uniforme la rubicundez, que ofrece el aspecto de una erisipela. En la parte inflamada hay calor aumentado, dolor que se exacerba con la presion y una hinchazon edematosa. Los ganglios en que terminan los vasos inflamados están tumefactos y doloridos. Cuando es de los linfáticos profundos hay dolor profundo, pungitivo y lancinante, induraciones dolorosas perceptibles por el tacto, hinchazon edematosa con piel blanca ó sonrosada, tensa y reluciente ó como erisipelatosa cuando se propaga la inflamacion á los vasos superficiales. Además de estos síntomas hay otros generales, como son: escalofrios, malestar general, sed, inapetencia, vómitos y calentura más ó ménos intensa. Otras veces, aunque raras, se unen á estos síntomas delirio, postracion, pequeñez del pulso, sequedad y estado fuliginoso de la lengua.

Duracion y terminaciones. Puede durar de cuatro á siete ú ocho dias, y algunas veces veinte. Puede terminar por resolucion cuando los vasos inflamados son pocos; por supuracion infiltrándose el pus ó formando abscesos y por la muerte.

Pronóstico. Generalmente es favorable, á no ser que se absorba un principio séptico ó se reabsorba el pus.

Tratamiento. Es el mismo de la flebitis.

ADENITIS.

Definicion. Es la inflamacion de los ganglios linfáticos.

Etiología. Esta inflamacion es generalmente sintomática de una irritacion situada á más ó ménos distancia; en otras ocasiones sobreviene de un modo espontáneo. La presion fuerte ó el roce continuado en un punto en que hay ganglios puede ocasionarla.

Sintomatología. El ganglio inflamado está duro, tumefacto, con dolores contínuos lancinantes, y pronto participa la piel de la inflamacion, formándose un tumor flegmonoso prominente.

Terminaciones. Puede terminar por resolucion, supuracion, induracion y rara vez por gangrena.

Anatomía patológica. Al principio el ganglio está hinchado, rubicundo, friable y aun puede llegar á reblandecerse. Más adelante se encuentra en él pus infiltrado ó formando uno ó muchos focos.

Pronóstico. Es leve cuando la adenitis es simple, no depende de un estado general grave ni es interna.

Tratamiento. El tratamiento debe consistir en emisiones sanguíneas, baños y cataplasmas. Cuando el infarto ganglionar es crónico deben usarse las fricciones con las pomadas ioduradas y mercuriales. Cuando se haya formado absceso hay que dar salida al pus con el bisturí.

INFLAMACIONES DE LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NERVIOSO.

MENINGITIS CEREBRAL SIMPLE AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de las membranas que cubren el cerebro.

Etiología. Esta enfermedad, que es poco frecuente, ataca á todas las edades, pero principalmente á la infancia y á la juventud; á los hombres más que á las mujeres. Las causas ocasionales son las contusiones y fracturas del cráneo, la insolacion, los excesos alcohólicos, las afecciones morales. Tambien se desarrolla en el curso de varias enfermedades, como la pulmonía, la nefritis albuminosa, la peritonitis, la pleuresía, la erisipela de la cara y el reumatismo articular agudo.

Sintomatología. La meningitis empieza generalmente de un modo repentino, pero en otras ocasiones va precedida de malestar general, pesadez de cabeza, vértigos y atontamiento. Empiece de un modo ó de otro se distinguen en ella dos períodos, uno de excitacion y otro de aplanamiento ó colapso.

Primer período ó de excitacion. La enfermedad anuncia su invasion por una cefalalgia intensa, que por lo comun es viva y lancinante; otras veces obtusa y compresiva, que ocupa la frente, sienes y rara vez toda la cabeza, y se exacerba con el menor movimiento, el ruido y la impresion de una luz viva. A esta cefalalgia se agrega pronto agitacion, insomnio, calentura intensa con gran calor de la piel y especialmente de la cabeza; pulso pequeño, vibratil y poco frecuente (rara vez más de 80 pulsaciones); la pupila está por lo general contraida, aunque algunas veces se halla en estado normal y á veces hay extravismo pasajero ó permanente. Desde el principio suele haber extreñimiento y vómitos biliosos: la lengua está natural ó ligeramente blanquecina. La cefalalgia y la agitacion aumentan, sobreviene generalmente delirio contínuo, ora tranquilo, ora furioso, y al propio tiempo suelen existir saltos de tendones, temblor en las extremidades y aun convulsiones, las cuales son más frecuentes en los niños que en los adultos.

El segundo período ó de colapso sobreviene del tercero al cuarto dia y se caracteriza por la persistencia de la cefalalgia; reemplaza al delirio el sopor y aun el verdadero coma, á las convulsiones la relajacion de los miembros y las paralísis que suele alternar con aquellas y las contracturas, y ser uniformes en los miembros ó parciales en una mitad del cuerpo, en la cara, en un miembro. El enfermo está insensible, depone involuntariamente y muchas veces tiene retencion de orina; las pupilas desiguales é irregulares se relajan y aun se dilatan por lo general; la cara está pálida y estuporosa: el pulso muy frecuente é irregular, aunque lo más general es que se halle más lento que en el estado normal; la lengua se seca; la respiracion se hace desigual y acelerada, y por fin sobreviene la muerte lentamente ó en un ataque de convulsion.

Variedades. Algunos nosógrafos han distinguido la meningitis de la convexidad, caracterizada por encendimiento del rostro, agitacion, dolor intenso de cabeza, insomnio, delirio alto, convulsiones y calentura intensa con vómitos simpáticos en ocasiones; y la meningitis de la base del cerebro, caracterizada por cefalalgia viva de las sienes y occipucio, delirio bajo, soñolencia más bien que exaltacion, vómitos generalmente y fiebre ménos intensa. Algunas veces, aunque raras, faltan la cefalalgia y el delirio, empezando la enfermedad por convulsiones, paralísis ó un estado comatoso. En otras ocasiones no pasan los enfermos del período de excitacion, ya termine la enfermedad por resolucion, ya por la muerte. En los viejos reviste una forma latente y se anuncia solo por algun estupor, calor en la cabeza, sequedad de la lengua, delirio tranquilo por la noche, á cuyos síntomas suceden la soñolencia ó el coma.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es el que queda dicho en la sintomatología y las variedades. La enfermedad dura por término medio uno ó dos setenarios; algunas veces se prolonga más allá del tercero, y en otras termina en uno, tres ó cuatro dias. Puede terminar por la curacion, verificándose la resolucion por lo general de un modo completo y rápido y otras veces con lentitud; tambien termina por la muerte y casi nunca pasa al estado crónico.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran son: inyeccion de la pia madre, aracnóides opaca, friable y quebra-

diza; su superficie está desigual y deslustrada, y en su cavidad se suele encontrar una serosidad más ó ménos sucia y oscura, alguna vez purulenta y otras con falsas membranas. La pia madre puede presentar un color rojo vivo; se separa fácilmente del cerebro y está friable. El tejido celular subaracnóideo y la mallas celulares de la pia madre están infiltrados del mismo líquido seroso ó de un pus flegmonoso. Los ventrículos se hallan á veces llenos de serosidad y el cerebro sano, á no haber complicacion.

Diagnóstico. La meningitis simple tiene mucha analogía con la tuberculosa; sin embargo, más adelante veremos que esta se diferencia por sus causas, su invasion y su marcha. Por la calentura y la excitacion del primer período se podrá distinguir de las congestiones y hemorragias cerebrales y varias enfermedades convulsivas. Tambien puede confundirse con las fiebres, pero al tratar de ellas se expusieron los caractéres diferenciales. Para basar el diagnóstico habrá que atenerse al encadenamiento de los síntomas, á la sucesion ordinaria de los períodos de excitacion y de colapso y la persistencia de la cefalgia, puesto que los síntomas de la enfermedad son comunes á otras, y de aquí nace que el diagnóstico sea muy difícil.

Pronóstico. El pronóstico es muy grave, aunque es difícil asegurar cuál es su mortandad. El delirio violento, una grande excitacion, las convulsiones y el coma permanente son signos de una muerte próxima.

Tratamiento. Se debe colocar al enfermo en una habitacion cuya temperatura sea fresca, hacer que su cabeza esté elevada sobre almohadas de crin ó cascarilla de avena, y ponerle á dieta absoluta. Sin perder tiempo se acudirá á un tratamiento antiflojístico muy enérgico, consistente en sangrías del brazo y aplicaciones de sanguijuelas detrás de las orejas, al trayecto de las yugulares y despues á los maleolos ó alrededor del ano. A este tratamiento se asociarán las aplicaciones de hielo á la cabeza, los sinapismos á las extremidades inferiores, la administracion de los purgantes salinos y los calomelanos á la dósis de 10 á 30 centígramos y las fricciones con las pomadas mercuriales á la base de la cabeza y sobre el cráneo. El Sr. Santero asegura haber empleado con éxito en el período de excitacion el baño templado con la

aplicacion de hielo á la cabeza. Cuando la enfermedad ha pasado al segundo período se usarán los purgantes fuertes, los calomelanos interiormente á pequeñas dósis y los vejigatorios aplicados á los miembros inferiores, á la nuca, y si es inminente el peligro á toda la cabeza. En este período debe suspenderse la aplicacion del hielo, pero no de pronto, sino gradualmente.

MENINGITIS CEREBRAL CRÓNICA.

Esta enfermedad hemos dicho ya que es muy rara, bien sea primitiva ó bien consecutiva á la aguda; sus signos son bien poco conocidos, aunque es probable que en su principio vaya acompañada de dolor de cabeza y de desórdenes funcionales del cerebro de carácter irritativo. Más adelante dice Niemeyer que puede diagnosticarse una meningitis crónica cuando un enfermo sometido á las causas de la meningitis, y en el cual se puede excluir las demás enfermedades cerebrales y con particularidad la atrofia simple, se advierte una disminucion sensible de la memoria, una debilidad marcada de la inteligencia y una propension á llorar, y si á esto se añade un temblor general en los miembros, un andar vacilante y otros signos de la paralísis lentamente progresiva.

MENINGITIS RAQUIDIANA AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion de las membranas que envuelve á la médula espinal.

Etiología. Es más frecuente en el hombre que en la mujer; á veces es el resultado de la impresion del frio, de la insolacion, de la desaparicion rápida de un exantema agudo, de contusiones sobre el ráquis ó de los esfuerzos para levantar fardos pesados.

Sintomatología. Esta enfermedad, que raras veces se presenta sola y va casi siempre acompañada de una meningitis cerebral, acomete de un modo brusco ó repentino, ó suele ir precedida de prodromos, como son: escalofrios, cefalalgia, dolores en los miembros, disuria, náuseas y vómitos. De todos modos se da á conocer por un dolor intenso pungitivo á lo largo del ráquis, que se propaga á veces hácia los miembros

y se exacerba con la presion y los movimientos. Al propio tiempo hay rigidez intensa y penosa de los músculos de la parte posterior del tronco y aun verdadera contractura de los mismos, hallándose torcida la cabeza hácia atrás como en el opistotonos, y por último convulsiones parciales y pasajeras. Esta contractura puede afectar tambien á los músculos de otras partes del cuerpo. Hay debilidad y calambres en los miembros, sensibilidad exaltada de la piel, respiracion difícil y frecuente, pulso frecuente y febril, piel ardorosa, extreñimiento, incontinencia de orina ó bien retencion de la misma; la inteligencia permanece intacta. Estos accidentes presentan remisiones y aun intermitencias completas al principio de la enfermedad, pero más tarde son permanentes y se agravan sin cesar. La calentura, por lo general, no presenta remisiones.

Duracion y terminaciones. La duracion de esta enfermedad es variable, pues mientras que bastan algunos dias para que sucumban los enfermos, otras veces no termina hasta del dia quinto al décimoquinto, y algunas veces más tarde. La terminacion más frecuente es por la muerte, aunque raras veces puede terminar por la curacion. Segun algunos casos observados, el derrame puede abrirse paso al exterior.

Anatomía patológica. Las lesiones anatómicas son análogas á las de la meningitis cerebral.

Diagnóstico. Es fácil por lo general. Pudiera confundirse con la mielitis; pero en esta los trastornos son paralíticos, el pulso está por lo comun blando é irregular, y si está duro, es muy pequeño é irregular, al paso que en la meningitis raquidiana el pulso es casi siempre regular, grande, lleno y duro, y los trastornos sensitivos-motores tienen un carácter irritativo. Tambien se ha confundido esta meningitis con el tétanos; pero en este, por lo general, hay apirexia ó el pulso se presenta mucho más frecuente que en la meningitis, al mismo tiempo que es pequeño, deprimido y tambien blando é irregular; además en el tétanos las deformaciones convulsivas del tronco son mucho más pronunciadas.

Pronóstico. Es muy grave.

Tratamiento. Debe consistir en las sangrías y las aplicaciones de sanguijuelas en gran número á lo largo del ráquis, los calomelanos al interior como en la meningitis cerebral,

los baños tibios con afusiones frias, la aplicacion de vejigatorios volantes á lo largo de la columna vertebral. Algunos autores recomiendan el ópio dándole hasta llegar á dósis de 30 ó 40 centígramos.

MENINGITIS RAQUIDIANA CRÓNICA.

Sintomatología. El dolor del ráquis es apenas perceptible y muchas veces pasa desapercibido, pero están doloridas las extremidades; se presentan paralísis que empiezan por las extremidades inferiores, atacan luego al recto y vejiga urinaria y más tarde á las extremidades superiores. Esta paralísis, que unas veces se desarrolla con rapidez y otras con lentitud, coincide con entorpecimiento y hormigueo de las extremidades inferiores. Estos fenómenos se suelen presentar con exacerbaciones y remisiones.

Pronóstico. Es grave.

Tratamiento. Constituirán el tratamiento los vejigatorios volantes, las afusiones y chorros frios, con los que se obtienen excelentes resultados, y especialmente con los baños calientes prolongados.

MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL ESPORÁDICA.

Resulta simplemente de la coincidencia de la meningitis simple cerebral y espinal, y se caracteriza por la simultaneidad de síntomas de estas dos enfermedades y no merece un estudio aparte.

MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL EPIDÉMICA.

Etiología. Esta enfermedad, cuyas causas son generalmente desconocidas, se la ha considerado de naturaleza miasmática, pero no ha podido comprobarse de un modo cierto el contagio, y solo se sabe que el hacinamiento es la única circunstancia que favorece el desarrollo de la enfermedad.

Sintomatología. La enfermedad, segun Tourdes, empieza por cefalalgia muy intensa acompañada de vértigos, náuseas y vómitos; el dolor se propaga á la nuca y al ráquis é invade las extremidades; las ideas se extravían, se pierde el conoci-

miento y el enfermo es presa de una agitacion convulsiva; la cabeza está inclinada hácia atrás; la cara rubicunda ó pálida expresa el dolor, la temperatura de la piel está normal ó disminuida, el pulso natural ó tardo. Este estado dura hasta el tercer dia, época en que se presenta un herpes labial, petequias, manchas lenticulares y epistasis; la orina es abundante y sedimentosa, la constipacion rebelde. El conocimiento vuelve pronto y con él el sentimiento de los dolores. Se manifiesta una mejoría ligera, que hace concebir esperanzas que raras veces se realizan; los fenómenos cerebro-raquidianos vuelven á tomar su agudeza; aumenta la reaccion febril, la lengua está amarilla, encendida y seca; la diarrea reemplaza á la constipacion; los síntomas nerviosos ya conservan su violencia hasta el último momento, ya se calman y persisten tenazmente con mediana intensidad. Su marcha es interrumpida por remisiones y exacerbaciones. La debilidad y demacracion progresan de un modo espantoso; la calentura toma un carácter tifoideo ó héctico y el enfermo espira en el marasmo. Si el resultado ha de ser favorable, los accidentes se calman con lentitud y se entra en una convalecencia larga y penosa.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo, pero con exacerbaciones y remisiones frecuentes. Su duracion de 15 á 25 dias por término medio, aunque puede terminarse en 20 horas por la muerte ó prolongarse más de tres meses.

Diagnóstico. Se distingue de la meningitis simple, no solo por la mayor intensidad de los síntomas, sino tambien por su carácter epidémico. Se diferencia de una fiebre perniciosa cerebral, apoplética ó delirante por la intermitencia bien marcada que existe en esta. El tétanos no se confundirá con esta enfermedad por la marcha gradual de los accidentes convulsivos, por la ausencia ó poca intensidad de los síntomas cerebrales, y algunas veces por el conocimiento de la causa. Se diferenciará de la fiebre tifoidea porque en esta la invasion no es tan rápida ni tan intensa la cefalalgia; se acompaña inmediatamente de calentura y síntomas abdominales más ó ménos graves.

Pronóstico. Es muy grave, pues mueren de esta enfermedad más de la mitad de los atacados. En la infancia, y pasados los cuarenta años, todos los casos son mortales.

Tratamiento. El tratamiento antiflojistico enérgico debe emplearse desde la época más próxima á la invasion. Además parece que ha dado buen resultado el ópio á altas y fraccionadas dósis, y con ménos seguridad el sulfato de quinina. Royet ha recomendado cuando llega el período de colapso hacer con el cauterio al rojo blanco seis ú ocho escaras de una línea de diámetro en los canales vertebrales, al propio tiempo que cubre los miembros de sinapismos y vejigatorios amoniacales.

ENCEFALITIS AGUDA.

Definicion. Es la inflamacion que invade el cerebro, el cerebelo y la protuberancia.

Etiología. Esta enfermedad es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y reconoce por causas las violencias traumáticas de los huesos del cráneo, la insolacion prolongada, un calor demasiado intenso, los excesos alcohólicos, los trabajos intelectuales exagerados, una impresion moral, las enfermedades de los huesos del cráneo, y especialmente la cáries del peñasco. En ocasiones se desarrolla sin causas conocidas.

Sintomatología. El mayor número de veces va precedida de prodromos, como son: cefalalgia ó pesadez de cabeza, vértigos, vahidos, zumbido de oidos y abatimiento. Una vez iniciada la enfermedad, hay cefalalgia, más bien comprensiva que pungitiva; sobrevienen pronto sacudidas convulsivas ó rigidez, calambres ú hormigueos en algunas partes del cuerpo, pero casi siempre en un solo lado; la palabra está entorpecida ó abolida por completo. Agravándose la enfermedad, se afectan las facultades intelectuales; sobreviene insomnio, delirio ó embotamiento de las ideas, ó soñolencia y debilidad de la memoria; todos los miembros experimentan contracciones, y á veces movimientos convulsivos. La sensibilidad puede exaltarse, pero se extingue pronto y la paralísis del movimiento sucede á las convulsiones en las partes afectadas. La inteligencia generalmente se debilita, suele haber extravismo, las pupilas se hallan dilatadas. El pulso unas veces está tranquilo, pero casi siempre se hace frecuente; la temperatura de la piel aumenta; sobrevienen náuseas, vómitos y extreñimiento. Avanzando la enfermedad, suceden á las contrac-

turas los movimientos convulsivos y la exaltacion de la sensibilidad; la paralísis del sentimiento y movimiento, pudiendo esta última ser contínua ó alternar con la rigidez y las convulsiones, y aun presentarse la paralísis en un miembro al mismo tiempo que en otro se presenta la contractura. Cuando se presenta la paralísis suelen coincidir con esta el coma, la disfagia, las evacuaciones involuntarias, ó bien la retencion de orina. Tambien sucede que el delirio desaparece ó reaparece varias veces, así como en ocasiones ocurre que los síntomas desaparecen casi por completo por más ó ménos tiempo, hasta que vuelve el coma, y la enfermedad termina de un modo funesto. El desarrollo de abscesos en el cerebro no se anuncia por ningun síntoma hasta el último momento, en que los enfermos caen en el coma.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad puede considerarse constituido por tres períodos: uno de excitacion, caracterizado por el delirio y los movimientos convulsivos; otro de transicion, caracterizado por hormigueo, rigidez, temblores y coma con delirio; y otro de aplanamiento, caracterizado por coma profundo ó letargo y paralísis. No es sin embargo regular, pues hay remisiones y exacerbaciones alternativas de coma y delirio, de paralísis y contractura. La duracion suele ser de uno ó dos setenarios, aunque algunas veces se prolonga hasta el tercero. La terminacion más frecuente es por la muerte, que se verifica de un modo repentino en un ataque convulsivo, y aun antes que se manifieste ningun signo de paralísis, ó sobreviene lentamente. Hay algunos casos observados que hacen admitir la terminacion de la enfermedad por resolucion, puesto que los enfermos recobran toda la integridad de sus funciones. No se ha observado que los abscesos del cerebro desaparezcan por reabsorcion, ó abriéndose paso el pus al exterior.

Anatomía patológica. Las lesiones son: inyeccion sanguínea y congestion; un corte dado á la sustancia cerebral deja trasudar pequeñas gotas de sangre que le dan un aspecto punteado; otras veces toma la sustancia cerebral un color sonrosado ó carmesí: dicha sustancia está hinchada y aumentada de volúmen, al mismo tiempo que es más consistente y friable, ó bien reblandecida. La sangre que afluye á la parte enferma se estravasa, produciendo pequeñas manchas equimósicas, ó se infiltra en la sustancia cerebral. A estas lesiones sucede el reblandecimiento, que puede estar limitado á veces á un poco de blandura, y llegar otras hasta convertirse la pulpa nerviosa en una papilla espesa y homogénea. La pulpa reblandecida se separa fácilmente por medio de un chorrito de agua. La coloracion rojiza del principio de la enfermedad toma un tinte más oscuro, y hasta cobrizo-negruzco en proporcion á la sangre infiltrada y á su más ó ménos íntima combinacion, cuyo color, pasado cierto tiempo, toma un tinte más ó ménos amarillento por la alteracion que experimenta la sangre infiltrada. Cuando la encefalitis termina por supuracion puede hallarse infiltrado el pus, en cuyo caso la pulpa nerviosa toma un color amarillento verdoso ó blanco gris, ó reunido en uno ó más focos, cuyo volúmen varía desde el de un guisante al de un huevo, conteniendo más ó ménos pus de consistencia variable. Estos abscesos están ó no conquistados, pero rara vez aislados en medio de un tejido sano. Las lesiones que caracterizan la encefalitis aguda son más frecuentes en el cerebro, ménos en el cerebelo, y apenas se han observado en la protuberancia.

Diagnóstico. Es siempre difícil y frecuentemente oscuro; sin embargo, en la encefalitis la cefalalgia es de una intensidad mediana, así como la calentura; desde el principio se observa la rigidez y la contractura, el pulso es lento y más tarde se presenta la paralísis, que es lenta y progresiva, al paso que en la meningitis la cefalalgia, la calentura y el delirio son intensos, la paralísis rara y el pulso es más frecuente. La encefalitis pudiera confundirse con una fiebre tifoidea, pero en aquella faltan los síntomas abdominales que se observan en esta, y la invasion, curso y duracion no son los mismos en ambas afecciones. Una vez establecido el diagnóstico de la encefalitis se ha tratado de averiguar por los síntomas cuáles son las partes inflamadas del cerebro, habiéndose observado generalmente que los síntomas espasmódicos y la paralísis residen en el lado opuesto al afecto, aunque se han observado casos excepcionales á esta regla. Tambien se ha referido el espasmo y paralísis de las extremidades superiores á la lesion de la parte posterior de los tálamos ópticos; las de las inferiores á la mitad anterior del cuerpo estriado; las del globo del ojo y de la pupila á los tubérculos cuadrigéminos

en agua caliente que determina un calor quemante en la parte enferma, al paso que en las sanas solo da la sensacion correspondiente á la temperatura del agua; al mismo tiempo se presentan dolores vagos y sordos en otras partes del cuerpo. No tarda en presentarse una paralísis en los órganos, cuyos nervios propios nacen por debajo del punto inflamado; generalmente empieza por las extremidades inferiores, se extiende de abajo arriba, afecta principalmente la miotilidad, y más raras veces la sensibilidad, que muchas veces se halla normal ó exaltada. Esta paralísis varía segun la altura á que se halla inflamada la médula, así que cuando ocupa la region lumbar ó dorsal hay incontinencia ó retencion de orina, extreñimiento ó deposiciones involuntarias; cuando ocupa la region cervical hay convulsiones, rigidez, paralísis, hormigueo de las extremidades superiores, respiracion corta, acelerada y penosa, y aun á veces una asfixia lenta. Además de estos síntomas se presentan tambien convulsiones, contractura y rigidez en los miembros afectos. Por lo general acompañan á todos los síntomas expuestos, y desde el principio, calentura intensa con paroxismos, sed, inapetencia y muchas veces vómitos. La contractilidad eléctrica está solo en los músculos animados por los nervios que parten directamente del segmento alterado de la médula.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es en ocasiones muy rápido y en otras más lento; los movimientos espasmódicos ó la paralísis, en vez de afectar, como es lo comun, á los miembros de ambos lados, ataca á veces á los de uno solo; la paralísis puede, en contra de la marcha ordinaria, propagarse de arriba abajo ó de un modo repentino. La duracion varía, pues puede prolongarse hasta dos, tres y aun seis setenarios, siendo más corta cuando ocupa la region cervical, y pudiendo prolongarse más cuando la dorsal ó lumbar. La terminacion más frecuente es por la muerte, sobre todo cuando ocupa la parte superior de la médula ó sobrevienen complicaciones, como hemorragia de la misma, del cerebro, gangrena de las extremidades, etc. La curacion completa es muy rara, pues cuando no sucumben los enfermos, es lo más frecuente que persista la paralísis bajo la forma crónica.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran en el tejido de la médula son análogas á las del cerebro en la encefalitis; así hay rubicundez, inyeccion é induracion del tejido; pero como las alteraciones siguen un curso muy rápido, es más frecuente encontrar difluente y reblandecida la médula en una sola region por lo regular, y en la mitad de la misma; este reblandecimiento tiene las mismas variedades de color que en el cerebro. Los focos purulentos son más raros y de menor volúmen que los del cerebro en la encefalitis.

Diagnóstico. El diagnóstico de la mielitis aguda es muy difícil, porque los trastornos funcionales que la caracterizan son comunes á otras enfermedades de la médula; sin embargo, se dice que la congestion de la médula no presenta dolores persistentes en los miembros, contractura, convulsiones parciales, rigidez ni fiebre. La mielitis se distingue de la meningitis raquidiana porque en esta el dolor local es más vivo, las convulsiones son violentas con rigidez tetánica del tronco, hay exaltacion de la sensibilidad cutánea y no predomina la paralísis. La hemorragia de la médula espinal es difícil de distinguir de la mielitis cuando aquella sobreviene de un modo lento. La paralísis saturnina no se confunde con la mielitis si se tienen en cuenta las causas y curso de la dolencia. Los abscesos traumáticos formados alrededor de una vértebra contusa ó fracturada tampoco pueden confundirse con una mielitis si se tienen en cuenta las causas y curso de la enfermedad.

Pronóstico. Es muy grave, pues que termina la mayor parte de las veces por la muerte. Su gravedad es mayor cuanto más se acerca á la cabeza, y si hay complicaciones, sobre todo de gangrena.

Tratamiento. Debe consistir en las sangrías, y sobre todo en las aplicaciones de sanguijuelas en gran número sobre la columna vertebral. Además se administrarán los calomelanos por el método de Law, los baños prolongados, la aplicacion de cauterios ó moxas á las partes laterales de las apófisis espinosas y los chorros salinos ó sulfurosos sobre el ráquis.

MIELITIS CRÓNICA.

Sintomatología. Está caracterizada por un dolor sordo, fijo y muy limitado en el ráquis, hormigueo, sacudimientos mo-

mentáneos ó contracciones dolorosas en las extremidades inferiores, debilidad muscular y despues paralísis gradual, que ocupa casi siempre dichas extremidades, se dirige más bien al movimiento que á la sensibilidad, es incompleta al principio de la enfermedad y se hace más notable despues del descanso que de la marcha. Hay como en la mielitis aguda, aunque más raras veces, rigidez, contractura y convulsiones. Con frecuencia existen contracciones musculares, débiles, involuntarias y graduales. Una ligera dificultad de orinar y de deponer anuncia la paralísis de la vejiga y del recto, que sobreviene lenta y progresivamente y está lejos de ser constante, siendo causa de la retencion ó incontinencia de las materias fecales y de la orina.

Curso, duracion y terminaciones. Laduracion, así como el curso de esta enfermedad, son lentos, y en algunas ocasiones puede quedar estacionaria la enfermedad por más ó ménos tiempo. La terminacion más frecuente es por la muerte, sin que por esto pueda decirse sea completamente imposible la curacion.

Anatomía patológica. Se considera como lesion de la mielitis la induracion de la médula del tejido.

Pronóstico. Es grave como el de la mielitis aguda.

Tratamiento. Debe consistir en una buena alimentacion, los cauterios y moxas á los lados del ráquis, los purgantes repetidos cada seis ú ocho dias, los baños y los chorros como hemos dicho en la mielitis aguda.

NEURITIS.

Definicion. Es la inflamacion de los nervios.

Etiología. Reconoce como causas las heridas, contusiones y dislaceraciones de los nervios, la propagacion al nervio de una inflamacion de los órganos vecinos; algunos pretenden que se presenta como afeccion espontánea.

Sintomatología. Esta enfermedad está caracterizada por dolor vivo contusivo ó dislacerante, que siendo contínuo y aumentando con la presion, ocupa el trayecto del nervio inflamado, hallándose al mismo tiempo disminuida la sensibilidad tactil en el dominio del nervio afecto. Hay además entorpecimiento, sensacion de peso, escozor y hormigueo en el miembro; algunas veces hay una verdadera paralísis del sentimiento y movimiento, ó de uno de los dos. Cuando el nervio inflamado es superficial, forma un cordon muy sensible y resistente al tacto. A estos síntomas se agregan frecuencia del pulso, calor de la piel, escalofrios irregulares, cefalalgia y trastornos digestivos.

Curso, duracion y terminaciones. La marcha de la enfermedad es contínua con exacerbaciones variables del dolor. Su duracion es de algunos dias á muchos meses. Puede terminar por resolucion, supuracion ó gangrena.

Anatomía patológica. Cuando la inflamacion ataca al neurilema está este más ó ménos rubicundo, engrosado, friable y empapado en serosidad, y cuando afecta la pulpa del nervio esta está rubicunda, inyectada y reblandecida; el nervio aumentado de volúmen. A veces hay infiltracion purulenta.

Diagnóstico. No puede confundirse con la neuralgia porque en esta no hay fiebre, ni es contínuo el dolor, ni forma nunca el nervio un cordon voluminoso y doloroso. En la arteritis la gangrena que la acompaña es suficiente para distinguirla de la neuritis, así como el edema consecutivo á la obliteracion venosa la distingue de esta.

Pronóstico. Es una enfermedad poco grave en sí misma.

Tratamiento. Deben aplicarse sanguijuelas al trayecto del nervio inflamado y cubrirle con compresas empapadas en agua fria. Si la afeccion se prolonga se usarán los purgantes como revulsivos internos, las frioiones con las pomadas mercuriales y los baños. Cuando el mal es rebelde ó pasa al estado crónico se usarán los vejigatorios volantes, las moxas ó la cauterizacion superficial de la piel.

FLUXIONES.

Definicion. «Es un estado patológico constituido por una excitacion morbosa de los vasos capilares, en la cual, comunicado el estímulo morbífico desde los filetes nerviosos que le reciben á los expresados capilares por medio de la inervacion vaso-motora, se fija en ellos determinando un aumento de su actividad. Esta accion exagerada produce necesariamente *aflujo* de sangre á la parte que sufre el estímulo, porque el aumento de accion de los vasos ocasiona un impulso más frecuente y enérgico sobre el humor sanguíneo que por ellos circula.» (Dr. Santero.)

Algunas fluxiones han sido consideradas como flegmasías, pero para no confundir estos dos estados morbosos es preciso considerar que para que la última exista, se hace preciso que con la fluxion coincida aumento en la plasticidad y en algunos de los componentes del humor sanguíneo, cosa que no sucede en las simples fluxiones. Tampoco se han de considerar como sinónimas las voces fluxion y congestion, pues mientras la primera consiste, como hemos dicho, en la exaltacion de la actividad de los capilares sanguíneos con el aflujo consiguiente, la segunda no es muchas veces otra cosa que la detencion de la sangre en los citados vasos por no absorberse por los venosos con la misma fuerza con que es impelida hácia los capilares; y decimos muchas veces, porque la congestion se puede tambien determinar por un obstáculo á la circulacion por debilidad de los vasos ó por fluidez de la sangre.

Divisiones. Siguiendo las doctrinas del Dr. Santero, admitiremos cuatro grupos, que son: *fluxiones flojísticas* cuando la excitacion morbosa se determina en la red capilar interesando con ella la inervacion de la parte y revistiendo una forma flojística; *fluxiones sanguíneas ó hiperémicas* cuando la excitacion de la red vascular sanguínea de un órgano determina en él una *hiperemia*; *fluxiones hiperdiacríticas ó hipercrínicas* cuando la actividad morbosa se fija especialmente en los vasos exhalantes ó secretorios de las serosas y las mucosas, ó bien en el tejido celular, produciendo un aumento de secrecion; y en *reumáticas* cuando la fluxion ocupa con especialidad las aponeurosis y membranas sinoviales.

Etiología. Sus causas lo son todas aquellas que, procedentes de agentes externos, determinan sobre las partes ya de un modo directo ó simpático ó de reaccion, una fluxion; la supresion de una secrecion natural ó habitual que determina en otro órgano un movimiento hiperémico ó secretorio que suple á aquella; las fiebres, la plétora, las diatesis y los tumores y producciones morbosas producen tambien fluxiones; igualmente las provocan las afecciones espasmódicas, excitándose los vasos capilares con el eretismo nervioso trasmitido del órgano afecto.

Sintomatología. Los síntomas son: rubicundez, aumento de volúmen y mayor temperatura, fenómenos que dieron lugar en otros tiempos á confundir las fluxiones con las flegmasías, pero hoy es imposible semejante confusion, atendido á que en las últimas hay además alteracion de la plasticidad de la sangre y de la nutricion de la parte en que la inflamacion se fija. Si la fluxion se fija en los vasos exhalantes y secretorios, hay aumento en el producto excretado y los síntomas á que dé lugar su salida ó depósito en su reservorio propio.

Curso. Varía segun la especie; así las *flojísticas* son por lo comun febriles, de tipo contínuo, y no llevan alteraciones de nutricion, á no ser que el estímulo se irradie al tejido celular y ocasione una inflamacion flegmonosa: las *sanguíneas*, tanto congestivas como hemorrágicas, son apiréticas y suelen ser periódicas: las *hiperdiacríticas* no son febriles como no adquieran agudeza; su tipo más comun es contínuo remitente, aumentan la secrecion y cambian la naturaleza de su producto: la *reumática* simple es por lo comun apiréctica, presenta gran movilidad y se reproduce por intérvalos.

Duracion. Las flojísticas tienen su duracion como las flegmasías; en las demás no hay nada de regular.

Pronóstico. Es relativo á la importancia del órgano que afectan, á su intensidad y á las consecuencias que dejen.

Tratamiento. Es distinto, segun sea la fluxion.

FLUXIONES FLOJÍSTICAS Ó ERITEMATOSAS.

Son ocasionadas lo más comunmente por influencias epidémicas de carácter catarral ó por causas excitantes que obran localmente, se limitan á la piel, sobre todo de la cara y cabeza, ó á la mucosa bucal ó faríngea; tienen un curso contínuo, duran de cuatro á siete dias y terminan por resolucion.

ERITEMA.

Definicion. Es un exantema caracterizado por manchas rojas, superficiales, de forma y extension variables, más ó ménos circunscritas y que desaparecen cuando se comprime con el dedo.

Etiología. La producen el frio ó el calor intensos, el contacto de secreciones irritantes, el frote de dos superficies contiguas en las personas obesas; algunas veces es ocasionado por la ingestion de ciertos alimentos; otras ocasiones es sintomático de un trastorno general ó complica á ciertas enfermedades. Parece atacar de preferencia á los sugetos de piel fina y á los linfáticos.

Sintomatología. Generalmente invade sin ser precedido de ningun trastorno; otras veces va precedido de malestar, cansancio, sensacion de calor en los puntos que han de ser atacados y algunas veces una pequeña calentura. El eritema se manifiesta por manchas rojas superficiales, de forma y extension variable, más ó ménos circunscritas, que desaparecen momentáneamente con la presion del dedo y ocupan cualquier parte del cuerpo, aunque más generalmente la cara, pecho y miembros. Esta erupcion se acompaña algunas veces de un ligero dolor, tension y aumento de calor. Los fenómenos generales son más sensibles cuanto más extenso es el eritema.

Curso, duracion y terminaciones. Al cabo de tres ó cuatro dias empiezan á palidecer las manchas del centro á la circunferencia, hasta que desaparecen del todo, de modo que solo tiene la duracion de un setenario, ó cuando más dos. En unos casos desaparece por resolucion, sin dejar vestigio alguno, y otras deja una descamacion ligera.

Variedades. Las más importantes son: el *eritema papuloso*, que está caracterizado por manchas redondeadas, del tamaño de una lenteja hasta el de un realillo, rubicundas primero, violadas despues y ligeramente prominentes como pápulas; este eritema suele ir precedido de malestar y acompañado de calentura: el *eritema nudoso*, que está caracterizado por manchas ovaladas del tamaño de una peseta, prominentes, duras y como nudosas, con dolor más ó ménos vivo á la presion y de un color rojo vivo en su principio; este eritema suele ir precedido y acompañado de malestar, inapetencia y calentura. Además hay otras variedades, que son el *circinado* cuando presenta una forma anular; el *intértrigo*, que es el que aparece en los muslos, nalgas y ombligo de los niños, producido por el roce ó el contacto de materias ácres, y en los sugetos obesos por el roce de superficies contiguas: el *paratrimo*, que es el que se presenta en las enfermedades que exigen prolongada quietud en la cama, sobre las partes que han sufrido el peso del cuerpo.

Pronóstico. No es grave.

Tratamiento. Ante todo es preciso remover las causas que le hayan originado. Por lo demás son suficientes en el mayor número de casos las bebidas acídulas atemperantes, un régimen ténue, los baños tibios y algun purgante minorativo. El eritema nudoso exigirá alguna vez la sangría además de las cataplasmas anodinas, los baños tibios y algun purgante. El intértrigo cede á la limpieza, lociones con agua vegeto-mineral ó espolvorear los puntos afectos con almidon ó polvos de licopodio. El paratrimo cambiar frecuentemente de posicion al enfermo, el aseo y las lociones astringentes.

ERISIPELA.

Definicion. Es una fluxion flojística de la piel caracterizada por rubicundez intensa de la misma y tumefaccion del tejido celular subyacente; termina generalmente por resolucion y descamacion, y algunas veces por supuracion y gangrena.

Etiología. Puede afectar á todas las partes de la piel, aunque su sitio más frecuente para presentarse es en la cara; se observa en todas las edades de la vida; es más comun en la mujer que en el hombre; reina en todas las estaciones, aunque es más frecuente en la primavera y el otoño; á veces adquiere el carácter epidémico bajo la influencia de diversas constituciones epidémicas; otras veces reconoce una predisposicion hereditaria. La mayor parte de las veces se desarrolla sin causa ocasional conocida; otras veces es debida á la insolacion, las irritaciones de la piel, las heridas, los roces, etc.

Sintomatología. La erisipela es precedida casi siempre de síntomas generales, como son: malestar general, laxitud, cefalalgia, anorexia, náuseas y á veces vómitos, calentura, escalofrios ligeros, y tambien infarto de los ganglios linfáticos de los sitios próximos á aquel en que va á aparecer la erisipela. Del segundo al tercer dia, la piel que ha de estar enferma se abulta ligeramente en una extension poco circunscrita, y aparece una rubicundez de la piel, cuyo tinte varía desde el rosa ligero hasta el rojo intenso ó lívido, matizado en ocasiones de amarillo; esta rubicundez desaparece momentáneamente bajo la presion del dedo para volver á reaparecer en cuanto esta cesa. Al nivel de la rubicundez, la piel está tersa, lustrosa y engrosada, notándose además aumento de calor, tension y dolor al más ligero contacto; el tejido celular subcutáneo se infiltra frecuentemente de serosidad; es decir, se pone edematoso, principalmente en los sitios que es muy laxo, como los párpados, el escroto, etc. Si la erisipela tiene cierta extension, se acompaña de calentura de carácter inflamatorio catarral ó inflamatorio solo; hay cefalalgia, sueño intranquilo, algunas veces delirio, escalofrios irregulares, sed, inapetencia, náuseas, vómitos, lengua saburrosa, extreñimiento ó diarrea. La erisipela casi nunca se limita al punto

primitivamente invadido, sino que invade sucesivamente los puntos próximos de la piel (*erisipela sucesiva*), ó cambia de un sitio á otro distante (*erisipela ambulante*). Despues de cuatro ó cinco dias, los síntomas generales y locales empiezan á disminuir, la rubicundez toma un tinte amarillento, la tension é hinchazon disminuyen, la fiebre cesa, la piel se seca y la epidermis se desprende en escamas, quedando un ligero edema del tejido celular subcutáneo.

Curso, duracion y terminaciones. Sigue un curso agudo. y contínuo, ó exacerbante; algunas veces vuelve á reproducirse en el mismo punto despues de haber cesado; en algunos sugetos vuelve á aparecer en una época más ó ménos lejana y de un modo periódico. Su duracion suele ser de un setenario; pero cuando invade sucesivamente nuevas porciones de piel, puede durar hasta catorce, diez y siete y aun veintiun dias. La erisipela termina generalmente por resolucion con descamacion de la epidermis. Tambien puede terminar por supuracion ó por ulceracion de la piel con gangrena, terminaciones que pueden considerarse como accidentales.

Variedades. Cuando la erisipela es muy intensa hay exhalacion de serosidad debajo de la piel y se forman vexículas ó ampollas, constituyendo las variedades *eczematosa* ó *miliar*, *flictenóides*, *penfigóides*, *pustulosa*. En otras ocasiones se produce al mismo tiempo la inflamacion del tejido celular subcutáneo y toma el nombre de *flegmonosa*. Cuando no se acompaña de calentura se la denomina *erisipela apirética*, y cuando la calentura reviste la forma biliosa ó nerviosa se tienen las variedades de erisipela denominadas *biliosa* y *maligna*. Respecto á la terminacion, la erisipela presenta tambien variedades; así que se ha visto terminar por supuracion, aunque esto es muy raro, como la erisipela no sea flegmonosa. La gangrena de la piel resulta algunas veces en la erisipela por la intensidad de la enfermedad, pero muchas otras por un estado general caquéctico del individuo; esta terminacion es frecuente cuando la piel es delgada, fina y revestida de un tejido celular flojo. Estas dos terminaciones solo constituyen un accidente grave cuando ocupan una gran extension. Entre las variedades relativas al asiento de la erisipela, nos ocuparemos especialmente de la de la cara y cuero cabelludo. Esta erisipela se anuncia por gran cefalalgia é infarto de los

ganglios cervicales; despues aparece empezando por la nariz, la frente ó las mejillas, y se extiende más ó ménos rápidamente á toda la cara, y aun á la piel del cráneo. Los párpados se hinchan y abultan, los ojos se cierran, los labios están hinchados y costrosos, la boca entreabierta, la nariz muy tumefacta y sus aberturas secas y costrosas, la palabra difícil, y si invade las orejas y conducto auditivo externo, hay sordera y zumbido de oidos; además de estos síntomas la lengua está seca, cubierta de una capa espesa y amarillenta, y hay calentura. De la cara puede pasar la erisipela al *cuero cabelludo*, en donde falta la rubicundez, y solo se demuestra por dolor tensivo más ó ménos vivo, que aumenta con la presion, y la infiltracion edematosa del tejido celular, que se conoce por el hundimiento que se produce en la parte comprimiéndola con el dedo. Esta variedad de erisipela es grave, pues suele complicarse con delirio, que la mayor parte de veces es simpático, y otras, aunque raras, síntoma de una flegmasía de la meninges. Hay otra variedad de erisipela, que es la de los *recien nacidos*; empieza generalmente por el ombligo, aunque tambien puede presentarse en otras partes, y se caracteriza por rubicundez intensa, dureza y resistencia del tejido celular subyacente, dolor, agitacion extrema, vómitos y convulsiones. Se propaga rápidamente á las partes inmediatas, y aun á todo el cuerpo; se aumenta la fiebre que ya existia; hay agitacion, y se termina por supuracion, gangrena, flebitis de la vena umbilical ó la porta, peritonitis, etc., que determinan la muerte.

Anatomía patológica. Las lesiones son: color grisáceo de la piel, que reemplaza á la rubicudez primitiva de la erisipela; la epidermis se desprende fácilmente, el dermis tiene un cierto grado de reblandecimiento apreciable por el tacto, el tejido celular subcutáneo está edematoso en ciertos casos y se ven en él focos purulentos ó infiltraciones de pus; tambien se hallan gangrenados en algunos casos la piel y el tejido celular.

Diagnóstico. El diagnóstico de la erisipela es fácil y no puede confundirse con el sarampion y la escarlatina por los síntomas generales que á estas afecciones acompañan; tambien se diferencia del eritema porque en este no hay dolor, ni tumefaccion de las partes enfermas; la flebitis y linfagitis

se diferencian tambien de la erisipela, la primera por el dolor y el cordon nudoso que sigue el trayecto del vaso, y la segunda por la rubicundez en forma de líneas sinuosas que dejan entre sí espacios de piel sana.

Pronóstico. Cuando se desarrolla en individuos de buena constitucion es muy raro que termine de un modo funesto; la de la cara es de alguna consideracion y la de la cabeza es grave por las complicaciones á que puede dar lugar; la ambulante es más rebelde; la flegmonosa por su terminacion en supuracion es muy grave, así como la que termina por gangrena y la que se acompaña de síntomas adinámicos y atáxicos; la que aparece en los viejos y en los niños es tambien grave, así como la que sobreviene al principio y al fin de una enfermedad aguda.

Tratamiento. Cuando la erisipela es benigna es curable por los solos esfuerzos de la naturaleza, así que nos limitaremos á un plan espectante consistente en colocar al enfermo en una temperatura suave, dar á la parte erisipelada una posicion que favorezca la circulacion venosa, usar una dieta ténue, recomendar la quietud, hacer uso del agua cremorizada ó el cocimiento de cebada nitrado, aplicar revulsivos como sinapismos y pediluvios y poner la parte al abrigo de los agentes exteriores cubriendo la parte erisipelada con polvos de almidon ó de harina de arroz. Cuando ataca á un sugeto robusto, se acompaña de fuerte calentura ó se propaga á las meninges hay que hacer uso de la sangría ó las aplicaciones de sanguijuelas, segun las circunstancias, pero siempre con moderacion, porque en este caso no se trata de un estado inflamatorio. Cuando hay una complicacion saburral ó biliosa están indicados los eméticos y los purgantes salinos, así como lo están los remedios tónicos y antiespasmódicos cuando se acompaña de un estado ataxo-adinámico. Si se trata de una erisipela que haya producido abscesos se da salida al pus, y si ha producido gangrena se favorece la caida de las escaras con las cataplasmas emolientes y los tópicos excitantes, como el estoraque, la quina ó el cloro. Una práctica racional condena el uso de los tópicos en la erisipela y con más razon si son repercusivos. Tambien están condenados por la experiencia los vejigatorios y el uso del nitrato de plata para fijar la erisipela.

URTICARIA.

Definicion. Es un exantema no contagioso, caracterizado por elevaciones irregulares más blancas ó más rojas que el resto de la piel, fugaces y acompañadas de un prurito más ó ménos intenso, pero siempre incómodo.

Sinonimia. Fiebre urticada, *porcellena*, *uredo*, *essera*, *purpura urticata*.

Etiología. Se halla frecuentemente esta enfermedad en los niños, en los jóvenes, en las mujeres, y sobre todo cuando su piel es fina, en cuyos individuos bastan una simple rozadura ó una picadura de pulga ó chinche para producirla. La primavera, el estío y los países cálidos favorecen su aparicion. La ocasionan especialmente la ingestion de ciertos alimentos, como las almejas, los cangrejos y otras sustancias, que deben esta propiedad á una predisposicion especial del sugeto afecto, las emociones morales vivas y el contacto de las hojas de ortigas y de ciertas orugas.

Sintomatología. Esta enfermedad unas veces presenta prodromos, como malestar, laxitudes, escalofrios, anorexia, dolores epigástricos, náuseas, vómitos y lipotimias; otras veces aparece la erupcion sin ningun trastorno en la salud; los enfermos se quejan de un prurito más ó ménos intenso en diversos puntos de la piel, en los que aparece una erupcion de chapas salientes, irregulares, redondeadas ú ovaladas, duras y bien limitadas, de extension variable y de un color ya sonrosado ó rojo, ya más blanco que la piel circunvecina. Estas chapas, aisladas ó confluentes, ocupan diversas partes del cuerpo ó casi toda la piel, y muchas veces la mucosa bucal. En algunas ocasiones hay al nivel de las articulaciones una hinchazon que impide los movimientos.

Duracion. La erupcion no dura muchas veces más que algunos minutos; otras persiste una, dos ó tres horas; otras, uno, dos ó tres setenarios.

Variedades. Las tres admitidas por Biett y otros, son las siguientes: la *urticaria febril*, que generalmente va precedida y siempre acompañada de calentura y síntomas generales notables, depende frecuentemente de un trastorno en las vias digestivas y dura unos siete dias; esta variedad toma á veces

un tipo intermitente: la *urticarid fugaz*, que no va acompañada de fiebre ni síntomas generales, desaparece al cabo de algunas horas y se reproduce con intérvalos más ó ménos largos; y la *urticaria tuberosa*, en la cual la erupcion está constituida por nudosidades duras, profundas, dolorosas, que ocasionan impedimento y una tension considerable con fuerte calentura y abatimiento; á estas induraciones se juntan en casos raros, equimosis, hinchazon enorme, agitacion y sofocacion. Esta variedad es rara y su duracion nunca es menor de dos ó tres meses.

Diagnóstico. La urticaria se diferencia de las demás enfermedades de la piel con las que pudiera confundirse por la forma, color y elevacion de las placas, el prurito incómodo y el carácter fugaz de la misma.

Pronóstico. Es leve. La forma aguda, efímera y benigna solo incomoda por el prurito, y las formas crónicas son más incómodas por su persistencia y los accidentes á que pueden dar lugar.

Tratamiento. Cuando es producida por causas locales se cura por sí sola, ó á lo más con el uso de baños simples, limonadas ligeras, y si el prurito es muy incómodo, se lociona con agua blanca ó emplean baños alcalinos con 60 á 90 gramos de subcarbonato de potasa. A la urticaria febril se opone un régimen ténue, bebidas atemperantes, baños tibios, ligeros laxantes y las sangrías, si el sugeto es pletórico. Si es producida por la ingestion deciertos alimentos se administrarán los vomitivos ó los purgantes segun que estén en el estómago ó hayan pasado á los intestinos. En la urticaria crónica, que es muy rebelde, se cambiarán los manjares y bebidas de los pacientes si dependen de su género de vida; se usarán los purgantes repetidos, las bebidas acídulas y las sustancias amargas; se usarán baños y lociones alcalinas. Cuando es muy rebelde se administran las preparaciones arsenicales. Si la intermitencia está bien marcada se administrarán los antiperiódicos.

ECZEMA AGUDO.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por una erupcion de vexículas pequeñas, aplastadas, aglomeradas, que generalmente ocupan superficies extensas, y cuyas vexículas des-

aparecen unas por la reabsorcion del líquido y otras van seguidas de escoriaciones y exhalacion de un líquido seroso ó sero-purulento que se seca y concreta en escamas más ó ménos espesas.

Etiología. Puede desarrollarse por la insolacion, por el contacto de tópicos irritantes, por el uso de ciertas fricciones, como la del aceite de laurel, de croton, mercuriales, etc., por manejar ciertas sustancias irritantes, como sucede á los droguеros; por el contacto de vestidos de lana; por la falta de limpieza y la irritacion que producen en la piel los flujos crónicos. Tambien se une con frecuencia á trastornos de las funciones digestivas, y coincide con las afecciones catarrales, con la gastro-enteritis crónica y otras. En otras ocasiones reconoce como causas que favorecen su desarrollo, las impresiones morales, la primavera y el otoño, las vicisitudes atmosféricas. Es más frecuente en la mujer y en los individuos de piel fina. No es nunca contagioso.

Sintomatología. El eczema presenta tres variedadas principales que vamos á dar á conocer. El *eczema simplex* no es precedido ni acompañado sino de síntomas generales, poco notables, á no ser que tenga mucha extension, en cuyo caso hay calentura, sed, agitacion, insomnio y diversos trastornos digestivos. La calentura se da á conocer por calor y prurito de la piel, que conserva su color natural, y sobre la que aparecen vexiculitas, indolentes, aproximadas y como confluentes, que ocupan superficies más ó ménos extensas, irregularmente circunscritas. Estas vexiculitas contienen una serosidad clara que las da un aspecto brillante, la cual se pone lechosa del quinto al sexto dia de erupcion, y unas veces se reabsorbe descamándose en su consecuencia el epidermis, ó se derrama por la rotura de las vexículas, concretándose y formando escamas poco adherentes y blanquecinas. Este eczema dura un setenario, pero como se presentan erupciones sucesivas, puede durar tambien dos ó tres.

El *eczema rubrum* es precedido de síntomas más intensos, como fiebre, agitacion y gran sed y otros generales. Localmente se anuncia la erupcion por calor intenso, sensacion de tension incómoda y aun por hinchazon manifiesta. En los puntos en que se notan estos fenómenos hay rubicundez más ó ménos intensa y prurito, y desde el segundo al tercer dia

aparecen vexiculitas miliares, brillantes y como plateadas, que al cabo de dos ó tres dias se hacen lactescentes, y al poco tiempo, ó se reabsorbe la serosidad esfoliándose la epidermis y conservando la piel un tinte rojizo que desaparece poco á poco, ó se rompen las vexículas, se forman escoriaciones en la piel y se exhala un flúido sero-purulento que se concreta en forma de láminas delgadas, blandas y poco adherentes. Este eczema dura dos ó tres setenarios ó pasa al estado crónico.

El *eczema impectiginodes* no va acompañado de trastornos generales á no ser que sea muy extenso, en cuyo caso hay malestar, celentura, anorexia, sed y diarrea. Localmente se caracteriza por rubicundez y tumefaccion de la piel, vexículas confluentes, cuyo contenido sero-purulento se enturbia pronto tomando un tinte amarillento puriforme, secándose despues y formando escamas ó costras amarillas húmedas y blandas, que al caerse dejan una superficie escoriada de la que fluye una serosidad rojiza. Este eczema dura de 25 á 30 dias ó pasa al estado crónico. Además de estas variedades se admiten otras, como son: el *eczema del cuero cabelludo*, que se presenta con viva comezon, secrecion sero-purulenta abundante, de olor nauseabundo, que cuando se concreta forma escamas que se adhieren á los cabellos, se secan despues tomando un color purpúreo ó blanco reluciente como el amianto: el *eczema* de la *cara*, que se presenta con más frecuencia en las orejas, siendo á veces tan considerable la tumefaccion que determina, que obstruye el conducto auditivo y disminuye ó imposibilita la audicion; puede presentarse tambien en los párpados, lábios y alas de la nariz poniéndolas tumefactas: el *eczema de los órganos genitales*, que ocasiona un prurito intenso y puede producir en el hombre el priapismo y en la mujer la ninfomanía.

Diagnóstico. Podria confundirse con el herpes, la miliar y la sarna; pero para hacer el diagnóstico es necesario tener presente que en el herpes las vexículas son globulosas y más grandes, y están agrupadas en superficies siempre bien limitadas. Se distinguirá el eczema de la miliar en que en esta las vexículas están diseminadas, y es además una fiebre eruptiva acompañada de síntomas generales frecuentemente graves. Se distinguirá de la sarna porque en esta las vexículas no es-

tán aglomeradas, son salientes, sin areola inflamada, ocupan con predileccion ciertos sitios como los espacios interdigitales, las muñecas y el vientre, y se acompañan de un surco.

Pronóstico. Es una enfermedad leve, aunque el eczema rubrum y el impectiginodes son de más consideracion. Si llegase á ocupar toda la superficie del cuerpo ó se complicase con una lesion visceral, se haria grave el pronóstico.

Tratamiento. Ante todo es necesario satisfacer las indicaciones relativas á las causas que le han producido, y al mismo tiempo prescribir al interior las bebidas refrigerantes acídulas; aplicar con prudencia las lociones emolientes y narcóticas, dar baños tíbios, que se harán alcalinos, sobre todo cuando haya disminuido el estado de agudeza. Cuando la erupcion ocupe mucha extension ó haya calentura, puede ser útil la sangría general. Debe proscribirse del tratamiento de esta afeccion las preparaciones sulfurosas y las pomadas mercuriales, y emplear con gran reserva los tópicos emolientes.

Del *eczema crónico* nos ocuparemos al tratar de las enfermedades diatésicas.

ANGINA SIMPLE.

Esta enfermedad, que hemos estudiado ya con el nombre de *angina gutural* al tratar de las flegmasías por reunir todas las especies de anginas, tiene sin embargo su colocacion nosológica natural en la clase de las fluxiones.

FLUXIONES SANGUÍNEAS.

En estas fluxiones solo hay la excitacion morbosa de los vasos capilares de un órgano, determinando en él una hiperemia; así que solo se ven en ellas los síntomas propios de la actividad vascular, como son: rubicundez, que desaparece con facilidad; aumento suave de temperatura en la parte y sensacion de opresion sin estado febril y entorpecimiento consiguiente en las funciones del órgano afecto. Estas fluxiones producen dos grupos de lesiones distintas, pues «si el eretismo vascular no excede de cierto grado, solo hay acumulacion

de sangre en los capilares, ingurgitándolos y produciendo un *estado congestivo;* pero si la congestion es fuerte, si los vasos resentidos ya de ataques anteriores no ofrecen condiciones para resistir la compresion excéntrica que en su interior ocasiona la sangre acumulada, y si el órgano atacado es flojo por constitucion ó se halla reblandecido ó deteriorado, en todos estos casos el humor sanguíneo se estravasa y aparece en seguida la *hemorragia.*» (Dr. Santero). De este modo de conducirse las fluxiones sanguíneas nacen dos grupos de estas, que son las *congestiones* y las *hemorragias,* que estudiaremos por separado.

CONGESTIONES.

Definicion. Es la acumulacion más ó ménos prolongada de sangre en los capilares de una parte ó de un órgano, condicion que Andral ha denominado hiperemia.

Division. Las congestiones se han dividido en activas y pasivas. La *activa ó esténica* es aquella en que habiendo un aumento de vitalidad en los capilares, la sangre que á ellos acude se detiene porque los absorbentes no la absorben en la misma proporcion que afluye á ellos. La *pasiva ó asténica* es aquella en que el éxtasis sanguíneo depende de una relajacion ó atonía de los vasos, ya se efectúe espontáneamente la congestion, ya dependa de algun obstáculo en la circulacion venosa.

Etiología. Las congestiones son propias de todos los órganos, pero están tanto más expuestos á padecerlas cuanto más vasculares son; igualmente están predispuestas á padecerlas todas las edades y tanto los sugetos débiles como los fuertes, pero el estado pletórico y una gran irritabilidad nerviosa predisponen á ellas más particularmente. Unas veces se declaran sin causa apreciable y otras reconocen por causa una excitacion local, el frio intenso y continuado, el excesivo calor, las variaciones bruscas de temperatura ó de densidad del aire, las emociones morales vivas, la supresion de flujos habituales y ciertos estados patológicos, como los cambios en la masa ó composicion de la sangre.

Sintomatología. Las congestiones pueden formarse de repente ó con lentitud, y la diversidad de fenómenos que resul-

tan como signos de las congestiones de cada órgano no permite presentar un cuadro sintomatológico satisfactorio; sin embargo, todas tienen ciertos fenómenos comunes, que son: dolor más ó ménos intenso, segun el sitio de la congestion, limitado al órgano que la padece ó que se irradia más ó ménos lejos, ó una sensacion de adormecimiento; aumento de calor en la parte hiperemiada, la que si es exterior se la ve enrojecerse; aumento de volúmen y compacidad de la misma; las funciones del órgano se pervierten más ó ménos desde un ligero trastorno hasta la suspension completa de la funcion. Algunas veces pueden ir precedidas ó acompañadas de síntomas generales.

Curso, duracion y terminaciones. Unas veces los síntomas adquieren de pronto su máximum de intensidad, otras siguen un curso ascendente, pero generalmente su marcha es rápida. La duracion de los accidentes congestivos es por lo general corta, no pasando de tres ó cuatro dias; pero en otras ocasiones pueden subsistir por mucho tiempo, presentando entonces algunas veces remisiones y exacerbaciones pasajeras que deben tenerse en cuenta. Las congestiones pueden desaparecer de un punto y presentarse en otro, dejar este y manifestarse en otro distinto. La congestion se termina el mayor número de veces por delitescencia ó resolucion, acompañada ó no de un movimiento crítico á la piel ó al tubo digestivo; otras veces se termina por hemorragia ó por una inflamacion. Las congestiones, así como las hemorragias, son las fluxiones que más tendencia presentan á reproducirse de un modo periódico más ó ménos regular y de intérvalos más ó ménos aproximados. Cuando se repiten con frecuencia producen en los órganos una vascularidad mayor, y más tarde un aumento de volúmen ó hipertrofia.

Anatomía patológica. Hay mayor cantidad de sangre que en el estado normal en el órgano congestionado, el cual se halla aumentado de volúmen y su tejido de color de rosa, rojo ó negruzco. Hay tambien infiltracion de serosidad en el tejido celular; los vasos de la parte se hallan más dilatados y la congestion puede ocupar todo el órgano ó ser parcial. Estas lesiones suelen disiparse con rapidez en los últimos instantes de la vida.

Diagnóstico. En ocasiones presenta dificultades el diagnóstico de una congestion, abrigándose especialmente dudas de si existe ó no una hemorragia intersticial, así que no se pueden establecer reglas generales acerca de este diagnóstico.

Pronóstico. Es variable segun la forma, intensidad y persistencia de la congestion, así como tambien segun la importancia del órgano que la padece.

Tratamiento. Este debe consistir en la dieta, el reposo, una posicion que facilite la circulacion de la sangre, así como quitar todo vestido que pueda entorpecerla y una buena temperatura de la estancia. Cuando es activa se usarán las sangrías generales, los derivativos, como los pediluvios, los sinapismos y los laxantes suaves. Algunas veces se acude á las aplicaciones de sanguijuelas, pero en este caso deben aplicarse en gran número. En las congestiones pasivas rara vez se hace uso de las evacuaciones de sangre, debiendo más bien combatirse con los estimulantes y los tónicos administrados al interior, ó al ménos como tópicos, y cuando dependen de un obstáculo al curso de la sangre procurar destruirle si es posible.

CONGESTION CEREBRAL.

Etiología Son causa de la congestion *activa*, la insolacion, los trabajos intelectuales excesivos, las emociones de ánimo repentinas, el abuso de las bebidas alcohólicas, la intensidad del calor ó el frio, los cambios bruscos de temperatura, la accion retropulsa de un flujo habitual suprimido, la plétora, la existencia de un estado hipertrófico del corazon, el influjo de la diatesis herpética y gotosa. Son causa de la congestion *pasiva*, los esfuerzos violentos, las ligaduras y todas las compresiones ejercidas en el cuello, y en su consecuencia sobre las venas yugulares y la cava superior; los movimientos enérgicos de espiracion estando estrechada la glotis, las enfermedades del corazon, que debilitan la energía de este órgano, la compresion ú obliteracion extensa de los vasos del pulmon, la asfixia por el ácido carbónico. Hay tambien otras causas cuyo modo de obrar es desconocido, como las que ocurren en los individuos cuyas digestiones son penosas ó están atormentados de constipacion.

Sintomatología. Unas veces aparece de repente, otras veces acomete por grados; tanto en uno como en otro caso, hay rubicundez ó coloracion violada de la cara, aumento de volúmen de las venas subcutáneas; inyeccion de los ojos, cefalalgia, ineptitud para el trabajo, vértigos, alucinaciones y zumbidos de oidos, oscurecimiento de la vista, facultades intelectuales obtusas, tendencia al sueño, llamaradas de calor á la cara; algunos enfermos experimentan entorpecimientos, hormigueo, pesadez de los miembros; las arterias temporales laten con fuerza y la palabra está entorpecida. Si la congestion es más fuerte, hay pérdida completa ó incompleta del conocimiento, el sentimiento y movimiento, y la respiracion es estertorosa. Algunas veces hay delirio, debilidad y entorpecimiento de todos los músculos, sobre todo en los miembros inferiores, y aun paralísis de una ó de las dos extremidades, ó convulsiones y contractura.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es rápido, pues á veces bastan algunas horas para que se restablezca el enfermo; otras veces dura más, y sobre todo cuando ha habido pérdida del conocimiento ó paralísis, siendo sin embargo raro que los síntomas graves de la congestion duren más de tres ó cuatro dias. Puede producir la congestion cerebral una muerte repentina. Esta enfermedad es una de las que con mayor facilidad recidivan, y cuando se reproduce á cortos intérvalos deja entorpecimiento de las facultades intelectuales y debilidad muscular.

Anatomía patológica. Las lesiones que se notan en la autopsia son: consistencia normal de la masa cerebral; punteado rojo en el corte de la sustancia blanca del cerebro, principalmente en los lóbulos anteriores, en la convexidad de los hemisferios y en los tálamos ópticos. Igual punteado hay en la sustancia gris, aunque lo más comunmente se presenta en esta la hiperemia con una coloracion encarnada uniforme, y si se la comprime sale más ó ménos cantidad de sangre. Las membranas están con frecuencia inyectadas y se separan fácilmente. Tambien suele haber derrames serosos. Cuando la hiperemia se ha repetido con frecuencia, los vasos se dilatan, y dejando abiertas sus boquillas cuando se hace un corte en la masa cerebral, dan á esta un aspecto particular, que Durand Fardel ha denominado estado *criboso* del cerebro.

Diagnóstico. Es difícil reconocer la congestion cerebral por los síntomas que quedan expresados, siendo además tan varia su expresion sintomática, que segun el predominio de tal ó tal síntoma, se han admitido hasta ocho formas distintas. Las enfermedades con que más fácilmente puede confundirse la congestion cerebral son: las hemorragias, el reblandecimiento cerebral y la meningitis. Tanto en las hemorragias como en el reblandecimiento del cerebro, el diagnóstico es imposible en los primeros momentos, pero la marcha rápida de los síntomas y la prontitud con que se disipan en la congestion cerebral la distinguen de las citadas enfermedades. El delirio, y muchas veces las convulsiones que acompañan á las congestiones cerebrales, podrian hacerla confundir con la meningitis, pero la marcha de la afeccion nos ilustrará respecto al diagnóstico.

Pronóstico. Es favorable cuando es primitiva y ligera, por la facilidad con que desaparecen los fenómenos congestivos; pero es más grave cuando es tan fuerte que produce el delirio, el coma, la paralísis ó las convulsiones, ó cuando es secundaria á condiciones patológicas graves. Es tambien más grave en los viejos que en los adultos.

Tratamiento. El tratamiento de la congestion cerebral consiste en la sangría y aplicaciones de sanguijuelas, ya detrás de las orejas y en gran número para obtener una fuerte deplecion, ya en la márgen del ano, con el objeto de hacer una derivacion; al mismo tiempo se aplicarán sinapismos á las extremidades inferiores, tópicos frios á la cabeza, y se establecerá una revulsion sobre el tubo digestivo por medio de los laxantes. Cuando reconoce por causa un obstáculo á la circulacion, se procurará, si es posible, hacerle desaparecer ó favorecer el curso de la sangre. Cuando es resultado del abuso de los alcohólicos ó sustancias narcóticas no está indicada la sangría, y se aplicarán compresas á la cabeza empapadas en agua fria, se darán pediluvios irritantes, vejigatorios en la nuca y una fuerte revulsion al tuvo digestivo con los purgantes drásticos. Si fuese debida á la supresion de algun flujo habitual se procurará hacerle reaparecer. Cuando dependa de excesos en la comida, se combatirá con la sangría y despues se recomendará un régimen severo. El tratamiento paliativo consistirá en evitar recibir las impresiones de las tem-

peraturas extremas, usar con moderacion de los placeres venéreos, seguir un buen y sóbrio régimen alimenticio, mantener siempre el vientre libre. La cama que usen estos enfermos debe hallarse en plano inclinado de la cabeza á los piés y tener la cabeza sobre almohadas de crin ó paja de avena.

CONGESTION DE LA MÉDULA ESPINAL.

Etiología. Se han citado como causas de esta congestion la supresion de ciertos flujos, la desaparicion de un sudor habitual de piés. Tambien se ha dicho que se presenta durante la irregularidad de la menstruacion, en la convalecencia de las fiebres tifoideas, y segun Frank en el curso del reumatismo.

Sintomatología. Se citan como síntomas de esta congestion un dolor vago, limitado por lo comun á la region sacro lumbar, sensacion de entorpecimiento y hormigueo en las extremidades inferiores, movimientos convulsivos y una paralísis ordinariamente incompleta de las mismas, sobre todo cuando estos síntomas acometen de un modo repentino y desaparecen al cabo de algunas horas ó dias, sin dejar vestigio alguno. Se dice tambien que cuando ataca un punto alto de la médula hay paralísis de los miembros superiores y cierta dificultad en la respiracion. Estos síntomas son tan poco característicos, que solo podrá sospecharse la existencia de una hiperemia de la médula, cuando sea posible excluir otras afecciones de este órgano, razon por la cual el diagnóstico es bastante difícil.

Anatomía patológica. Las lesiones son engruesamiento y relajacion de la médula y equimosis pequeños en la misma. Las membranas se hallan tambien inyectadas de sangre.

Pronóstico. Es comunmente favorable, aunque basta una congestion algo extensa y prolongada para causar la muerte, sobre todo si la respiracion está dificultada.

Tratamiento. Debe ante todo llenarse la indicacion causal siempre que sea posible descubrir las causas. Despues se aplicarán sanguijuelas en gran número á lo largo de la columna vertebral ó al ano, sobre todo si hay plétora abdominal. La revulsion al tubo digestivo por medio de los purgantes ayudará la accion de las emisiones sanguíneas.

CONGESTION PULMONAR ACTIVA.

Etiología. Se la observa de preferencia en los jóvenes, en los sanguíneos y pletóricos, cuando se halla aumentada la actividad del corazon, cuando se abusa de los alcoholes, se hacen esfuerzos exagerados del cuerpo; tambien las producen las emociones morales vivas, los ímpetus de furor, las temperaturas extremas, la respiracion de un aire mezclado con sustancias ácres; tambien sobreviene en el curso de ciertas enfermedades, como los tubérculos pulmonares y las enfermedades del corazon.

Sintomatología. Cuando la congestion es ligera, apenas si presenta otro síntoma que una ligera frecuencia en la respiracion; pero cuando es más graduada, hay opresion de pecho, disnea, generalmente poco notable, ausencia de tos, y si existe, es seca y muy raras veces con espectoracion espumosa blanca, mezclada en ocasiones con algunas estrías sanguinolentas; por lo general no hay dolores en el pecho. La percusion no presenta nada anormal cuando la congestion es ligera; pero si es más intensa y afecta la superficie del pulmon, da un sonido oscuro. La auscultacion hace notar una debilitacion mayor ó menor del murmullo respiratorio, y más raras veces se perciben estertores mucosos ó subcrepitantes, ó una respiracion sibilante ó de ronquido. Cuando la congestion depende de una exageracion de la actividad del corazon, todos los síntomas adquieren mayor intensidad. Esta enfermedad desarrolla pocos fenómenos simpáticos, y cuando se acompaña de fiebre es siempre moderada y efímera.

Curso, duracion y terminaciones. Generalmente empieza la congestion de un modo lento, dura raras veces más de tres ó cuatro dias, y se termina ordinariamente por resolucion. No es absolutamente raro que se produzca de un modo repentino, en cuyo caso, y cuando es muy intensa, puede producir instantáneamente la muerte.

Anatomía patológica. Los pulmones están más pesados, ménos crepitantes y de un color violado, destilando de la incision que en ellos se haga una abundante cantidad de sangre negra, flúida y mezclada con una serosidad espumosa.

Diagnóstico. Los síntomas descritos tienen pocos puntos de

contacto con los de las demás enfermedades pulmonares, razon por lo que es fácil el diagnóstico de esta enfermedad. Lo que hay que dilucidar en este punto es si la congestion es idiopática ó sintomática de alguna lesion orgánica del pulmon ó del corazon, lo que se obtendrá examinando detenidamente los síntomas de estas enfermedades.

Pronóstico. Cuando la congestion es sencilla y poco intensa no ofrece gravedad; pero cuando es muy intensa ó está ligada á una lesion orgánica no es tan favorable el pronóstico.

Tratamiento. Para instituir el tratamiento deben tenerse en cuenta las causas que hayan producido la congestion, y oponerse en lo posible y por los medios conocidos á la accion de estas causas. Al mismo tiempo que se llena la indicacion causal se recurre á la sangría, que es el mejor medio para combatirlas, ayudando su accion con los revulsivos al tubo digestivo, como son los laxantes, y si se resiste á estos medios se aplican uno ó varios vejigatorios volantes á las paredes del pecho.

CONGESTION PULMONAR PASIVA.

Etiología. Esta congestion reconoce por causas todas las debilitantes, así que se la observa con más especialidad en los viejos y en los sugetos debilitados por enfermedades graves. Tambien reconoce por causa una estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo é insuficiencia de la válvula mitral, así como tambien toda debilidad en la accion cardiaca y la permanencia en cama por mucho tiempo.

Sintomatología. Se desarrolla con más lentitud que la activa, la disnea no existe ó es variable, no hay dolores torácicos ni están acelerados los movimientos respiratorios; cuando hay tos se expelen esputos serosos teñidos de sangre; la percusion da un sonido más ó ménos oscuro; la auscultacion manifiesta la disminucion del murmullo respiratorio y aun su completa ausencia, y en la mayor parte de los casos se percibe un estertor mucoso ó subcrepitante más ó ménos considerable.

Duracion y terminaciones. La duracion suele ser larga, permaneciendo estacionado el padecimiento por varias semanas. Esta congestion termina unas veces por resolucion; pero en

muchísimas otras la sangre detenida obra como un cuerpo extraño y concluye por inflamar los pulmones.

Anatomía patológica. Las lesiones que presentan los pulmones son las mismas que dejamos dichas en la congestion activa; además el pulmon está friable y quebradizo. La estancacion sanguínea es tanto más considerable cuanto más declives son las partes, ya en la colocacion normal de los órganos, ya con relacion al decúbito que adopta el enfermo.

Pronóstico. Como las causas que producen estas congestiones son más difíciles de separar que las de la congestion activa, es de más gravedad el pronóstico.

Tratamiento. El tratamiento, además de otros medios, consistirá en hacer cambiar con frecuencia la postura del enfermo para evitar las estancaciones de sangre. Raras veces se podrán emplear las sangrías por la debilidad de los sugetos, pero serán de utilidad en los casos de obstáculo á la circulacion por una enfermedad orgánica del corazon. Tambien es útil la revulsion sobre el tubo digestivo por medio de los purgantes y á la piel con los vejigatorios. Si la debilidad de los enfermos es grande, se usarán los estimulantes y los tónicos, á no ser que estén contraindicados por la enfermedad que coincide con la congestion.

CONGESTION DEL HÍGADO.

Etiología. Son causas de la congestion activa los excesos en la comida y en la bebida y la irritacion hepática, que determina el abuso de los alcohólicos; tambien puede desarrollarse por un estado pletórico. Son causas de la pasiva los obstáculos á la circulacion, como se verifica en las enfermedades del corazon, y sobre todo en las estrecheces de los orificios ó las cavidades, así como tambien la debilidad en la actividad cardiaca.

Sintomatología. Cuando la hiperemia del hígado no alcanza un grado muy alto, y por consiguiente el órgano no ha adquirido un aumento notable de volúmen, la enfermedad no se revela por ningun síntoma; pero si la congestion ha llegado á un grado más alto, se notan los fenómenos siguientes: dolor sordo en la region del hígado, ya espontáneo, ya provocado por los movimientos y la tos; sensacion de plenitud

en el hipocondrio derecho; aumento del volúmen del hígado, que se reconoce á simple vista por la prominencia del hipocondrio dicho, por la percusion que da un sonido oscuro, de más extension que la normal, y por la palpacion que deja percibir un reborde cortante, angular y oblícuo en el hipocondrio derecho, que excede uno ó más dedos por debajo de las costillas. En algunos casos raros sobreviene ictericia.

Curso, duracion y terminacion. El curso de esta enfermedad es contínuo y tiene propension á las recidivas. La duracion es muy irregular, pues puede disiparse la congestion en algunas horas ó dias ó durar más tiempo. Su terminacion más frecuente es por resolucion.

Anatomía patológica. El hígado es más pesado y voluminoso que en el estado normal, su color rojo, uniforme ó ligeramente mezclado de amarillo; al corte deja salir una gran cantidad de sangre.

Diagnóstico La congestion del hígado no puede confundirse con la hepatitis porque sus síntomas son bien diferentes. Más difícil es distinguirla de una hipertrofia del mismo órgano, á no ser que el aumento de volúmen de este haya sido repentino ó muy rápido y una sangría le disminuya notablemente, en cuyo caso existe congestion.

Pronóstico. La congestion hepática no es grave por sí misma, á no ser que esté ligada á una afeccion orgánica del corazon.

Tratamiento. Para llenar la indicacion causal se harán desaparecer las condiciones que favorecen la fluxion hácia el hígado, ó la estancacion sanguínea en el mismo órgano. Si es producida por excesos en el régimen se arreglará este, y si lo es al abuso de los alcohólicos se prohibirá su uso. Para desingurgitar el órgano se aplicarán sanguijuelas en las márgenes del ano, porque en este sitio hacen la deplecion en el sistema venoso de la vena porta. Con los laxantes se obtiene tambien un medio depletorio del hígado. Los enfermos que tienen una congestion constante del hígado se aliviarán tomando las aguas minerales cloruradas de Arnedillo, Caldas de Montbuy, Cestona, Caldas de Besaya.

CONGESTION DEL BAZO.

Etiología. La congestion del bazo se observa en la fiebre tifoidea, en la intermitente, en la puerperal y en el curso de los exantemas agudos; en las anomalías de la menstruacion, en las lesiones traumáticas del bazo, en las estrecheces y oclusiones de la vena porta producidas por varias enfermedades, y muy raras veces en las enfermedades del corazon y de los pulmones.

Sintomatología. Los síntomas son algo oscuros; en ocasiones hay un dolor sordo en la region esplénica, que por lo demás no es constante, pero solo puede juzgarse existe una congestion esplénica cuando la palpacion y percusion demuestren un aumento de volúmen del órgano; tambien se nota en ocasiones opresion en el hipocondrio izquierdo. La palidez de la piel es, segun Niemeyer, uno de los síntomas que acompañan á la congestion del bazo.

Anatomía patológica. Bazo más voluminoso y pesado que en el estado normal; conserva generalmente su consistencia normal, aunque en la congestion que coincide con la fiebre tifoidea y puerperal está más blando. Su color es tanto más oscuro cuanto más reciente y considerable es la congestion.

Pronóstico. Es análogo al de la congestion del hígado y está ligado al de la enfermedad que le origina.

Tratamiento. Esteconsiste en el tratamiento de las enfermedades que están ligadas con ella. Contra el aumento de volúmen del bazo desarrollado bajo la influencia palúdica es de mucha utilidad el uso de los preparados de quina. Tambien parece que es muy útil la aplicacion de chorros frios á la region esplénica.

HEMORRAGIAS.

Definicion. Consiste en la salida de la sangre fuera de los vasos que la contienen, ya se derrame este líquido al exterior, ya al interior en un órgano ó en la trama de un tejido. En este último caso suele recibir el nombre de apoplegía.

Divisiones. Las hemorragias se han dividido en *espontáneas* y *traumáticas*, segun son del dominio de la medicina ó de la cirujía. Las hemorragias espontáneas se han distingui-

do en *esenciales* cuando tienen una existencia propia é independiente de otra enfermedad, y en *sintomáticas* cuando son un síntoma de afecciones muy diversas. Segun su naturaleza y modo de presentarse, se han dividido en *activas ó esténicas* cuando van asociadas á un exceso de accion orgánica ó á una hiperemia pletórica, y en *pasivas ó asténicas* cuando se presentan en opuestas circunstancias y bajo la influencia de una debilidad general. Tambien se han admitido otras divisiones, como son: *externas*, cuando la sangre sale al exterior; *internas*, cuando quedan retenidas en la cavidad donde se ha derramado; *intersticiales* ó *apoplegía*, cuando se verifican en el mismo parenquima de los órganos. Se las distingue tambien con otros nombres, como son: *constitucionales*, cuando depende de una disposicion especial de la constitucion; *suplementarias*, cuando reemplazan un flujo fisiológico de sangre ó morboso habitual, y *críticas*, cuando se presentan en el curso ó declinacion de una enfermedad asociándose á un cambio favorable en los síntomas. Monneret las divide del modo siguiente: 1.° Hemorragias por alteracion de la sangre, en cuya division coloca las producidas por la desfibrinacion, las por alteracion probable de los glóbulos sanguíneos y las hemorragias por la pretendida accion de los alcalinos. 2.° Hemorragias por enfermedad del sólido, en las que coloca las producidas por lesiones traumáticas, la flegmasía, el tubérculo pulmonar, la gangrena, etc. 3.° Hemorragias por alteracion dinámica del sólido ó protopáticas, esenciales cuya causa ignoramos; á estas las subdivide en *suplementarias*, *críticas*, y por último todas las que no reconociendo alteracion del sólido ni del líquido aparecen bajo el más ligero influjo, siendo desconocida su causa, y las da el nombre de *hemorrafilia*.

Etiología. Se presentan en todos los tejidos de la economía, aunque son más frecuentes en los más vasculares; son tambien comunes á todas las edades, aunque más en la juventud y la edad crítica; afectan más á las mujeres que á los hombres. Los sanguíneos, pletóricos nerviosos é irritables están más predispuestos á ellas. Tambien reconocen por causa las violencias exteriores, las variaciones de presion atmosférica, las temperaturas extremas, la preñez, la herencia, ciertas afecciones constitucionales, diatésicas y caquécticas y otras disposiciones orgánicas.

Sintomatología. Los síntomas varían segun el órgano donde se verifican y la cantidad de sangre que sale. Este derrame se anuncia por signos más ó ménos marcados de plétora ó congestion, y de fluxion en el órgano en que ha de verificarse la hemorragia (*molimen hemorragicum*), y se efectúan con más ó ménos violencia al exterior ó al interior. Tanto en uno como en otro caso, la gravedad de los síntomas está en relacion de la cantidad del flujo sanguíneo: así, si es algo considerable hay horripilaciones, palidez, principalmente de la cara, frialdad en las extremidades, debilidad general, pulso pequeño y acelerado, tendencia á las lipotimias, á cuyos síntomas se agregan cuando la hemorragia es más abundante náuseas, vómitos, evacuaciones alvinas involuntarias, convulsiones, delirio ó coma vigil, el síncope y aun la muerte instantánea si la hemorragia es muy excesiva. Cuando sobreviene el síncope, y despues de él vuelve en sí el enfermo, se desarrolla una reaccion que cede por lo general á las doce ó treinta y seis horas, y se caracteriza por calor de la piel, cefalalgia pulsativa, pulso lleno, vértigos, palpitaciones, ruido de fuelle en las arterias, respiracion frecuente, sed y orina escasa y encendida. Si la hemorragia no se reproduce, los enfermos entran en convalecencia, pero les queda siempre una debilidad más ó ménos prolongada, á no ser que el flujo hubiera sido poco considerable, en cuyo caso apenas hay convalecencia. La cantidad de sangre varía desde una pequeña á otra excesiva; es arterial ó venosa, segun el vaso de que procede; su coágulo generalmente blando y sin costra. La composicion de este líquido está alterada, habiendo un aumento absoluto de los glóbulos en la hemorragia activa, y una disminucion relativa de la fibrina en las pasivas, de donde resulta que en ambos casos hay disminucion relativa de la fibrina. Las pérdidas de sangre determinan otra alteracion secundaria, que es la disminucion progresiva del peso de los glóbulos y el exceso de la parte acuosa del suero.

Curso y duracion. Unas veces persiste la hemorragia por varios dias ó semanas sin interrupcion; otras es periódica, como en las constitucionales y supletorias, y otras es fulminante; pero siempre ofrecen gran tendencia á las recidivas.

Anatomía patológica. El órgano ó tejido que ha sido asiento de la hemorragia está unas veces pálido y descolorido, y

otras más rojo, húmedo y equimosado, y á la compresion da sangre ó serosidad rojiza; los vasos están ingurgitados hasta cierta distancia. Si la muerte se ha verificado por el exceso de la hemorragia hay decoloracion de los tejidos, vacuidad de las cavidades del corazon y del sistema circulatorio, y la poca sangre que este contiene es pálida y serosa.

Diagnóstico. Es fácil cuando se trata de una hemorragia externa; pudiendo diagnosticar la interna por los escalofrios, la palidez, la frialdad, las lipotimias y los demás síntomas de las hemorragias algo considerables.

Pronóstico. Es más ó ménos grave, segun el órgano que la produce, su cantidad y su causa.

Tratamiento. Respecto á este, nos limitaremos á decir de un modo general que las hemorragias activas exigen la quietud, una temperatura suave, la dieta, las bebidas atemperantes, frias ó heladas; los revulsivos, las sangrías, ya depletorias, ya derivativas; la compresion, y á veces el taponamiento. Las hemorragias pasivas exigen los astringentes al interior y al exterior y los tónicos. Las hemorragias constitucionales se respetarán, pero moderándolas si son muy abundantes, y desviándolas del órgano por donde se verifican si este es importante. En las supletorias se debe procurar restablecer la primitiva. Si hay alguna complicacion, como un estado saburral, debe combatirse este, y si toma la forma de una intermitente larvada, administrar el sulfato de quinina. El tratamiento profiláctico es evacuante y revulsivo en las activas, y tónico y analéptico en las pasivas.

HEMORRAGIAS DE LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NERVIOSO.

APOPLEGÍA CEREBRAL.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por un derrame de sangre en la sustancia cerebral y la abolicion repentina ó la suspension completa ó incompleta del sentimiento y movimiento.

Etiología. Esta enfermedad es más frecuente pasados los

cincuenta años y en la vejez que en las demás edades, siendo sobre todo rara en los niños de pecho, y por lo comun latente; es más comun en los hombres que en las mujeres; no respeta ninguna constitucion, pero aunque algunos autores lo hayan puesto en duda, están más especialmente predispuestos á padecerla los que tienen lo que se ha llamado constitucion apoplética (cuello corto, gordura, cara colorada, aspecto robusto y pletórico); se presenta en todas las épocas del año, aunque es más comun en el invierno y la primavera y cuando hay fuertes cambios de temperatura ó en la presion atmosférica; tambien puede ser causada por el estado congestivo que puede determinar la insolacion, los trabajos intelectuales excesivos, el trabajo de digestion de una comida copiosa, el uso de los alcohólicos y el extreñimiento habitual; tambien predispone á la apoplegía la hipertrofia del ventrículo izquierdo, el uso de vestidos que comprimiendo el cuello estancan la sangre en la cabeza. La herencia es tambien una de las más abonadas causas predisponentes. Casi todas las hemorragias cerebrales sobrevienen de un modo espontáneo, aunque tambien pueden determinarlas las emociones morales, los esfuerzos, un baño muy caliente ó muy frio, la accion retropulsa de un flujo habitual suprimido. Respecto á la etiología de esta enfermedad, dice el Dr. Santero «que la verdadera apoplegía ó derrame intersticial es raro se verifique en sugetos que no hayan sufrido ya ataques anteriores, congestivos ó flegmásicos, en pos de los cuales haya quedado resentida la firmeza de la masa encefálica y de sus vasos, y dispuestos por lo tanto á ceder al empuje de una congestion que sobrevenga,» aunque tambien admite que un fuerte impulso de sangre sea capaz de determinar la apoplegía.

Sintomatología. La apoplegía se presenta á veces de un modo repentino en personas que hasta entonces habian permanecido sanas, y en otras va precedida de síntomas de congestion, como cefalalgia ó pesadez de cabeza, aturdimiento, vértigos, soñolencia, torpeza de los sentidos y facultades intelectuales, hormigueo y entorpecimiento de los miembros. La apoplegía puede ser muy intensa ó fulminante, de mediana intensidad y ligera. En efecto, cuando el derrame de sangre es muy extenso é instantáneo, el enfermo puede morir repentinamente como herido por un rayo (*apoplegía fulmi-*

nante), y si la muerte no es tan instantánea quedan completamente abolidos la inteligencia, el movimiento y la sensibilidad, con respiracion rara ó frecuente, difícil, estertórea y de ronquido; pulso lento, cara bultuosa, roja ó violada, aunque algunas veces se presenta pálida; salida de saliva espumosa por entre los labios, evacuaciones involuntarias de la orina y materias fecales. Cuando el derrame es menor (*apoplegía de mediana intensidad*) tambien acomete de repente, hay pérdida del conocimiento, del movimiento y la sensibilidad, pero la pérdida del conocimiento es solo de algunas horas ó de dos ó tres dias, al cabo de los cuales le recobran los enfermos; la pérdida de movimiento tampoco llega á una resolucion completa de ambos miembros, sino que se limita la paralísis á una mitad longitudinal del cuerpo ó á uno de los miembros, y por fin la pérdida de sensibilidad tampoco es completa. Con estos síntomas coincide el estar la boca retraida hácia uno ú otro lado, la respiracion lenta, profunda y de ronquido, el pulso lento, lleno, duro, á veces irregular, y en otras más ó ménos frecuente, y muchas veces paralísis de la vejiga que produce la iscuria ó la incontinencia de orina. En otros casos (*apoplegía leve*) el enfermo, despues de lipotimias y de insomnio, experimenta náuseas y vómitos y una especie de aturdimiento ó de vértigo que le hace caer si está de pié, y permaneciendo intacto el conocimiento, queda privado de uno de sus sentidos, como la vista ó el oido; de una de sus facultades, como la memoria de las cosas ó de las palabras, y paralizada una mitad del cuerpo ó de uno solo de sus miembros, ó bien no hay más que una ligera paralísis de la cara, de la voz ó de la deglucion.

Los síntomas descritos se presentan sin embargo con mucha variedad; así respecto á las alteraciones del movimiento hay paralísis más ó ménos completa de una mitad vertical del cuerpo, aunque generalmente es más completa en el miembro superior que en el inferior, que suele conservar algun movimiento; á veces se limita la paralísis á los músculos de un lado de la cara; la comisura de los labios está retraida y algo más baja en el lado sano. Tambien suele fijarse la paralísis en la lengua, conociéndose solo por el entorpecimiento de la palabra y rara vez por una deviacion del órgano que al sacarlo inclina su punta hácia el lado paraliza-

do, y en otras ocasiones está completamente inmóvil; con ménos frecuencia hay paralísis de los párpados y músculos motores del ojo, y más raras veces afonía por la de los músculos de la laringe. En las apoplegías intensas hay disfagia por paralísis de los músculos de la faringe y retencion de orina ó la excreciones involuntarias por la de la vejiga y el recto. La sensibilidad se halla abolida ménos veces que el movimiento, y casi siempre en menor grado, con raras excepciones, habiendo hormigueo y entorpecimiento en los miembros paralizados; algunas veces falta la vision en uno de los dos ojos, ya en el del lado de la paralísis de la cara, ya en el opuesto; otras veces se pierde el oido, el olfato y aun el gusto en una mitad de la lengua.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es á veces muy rápido y los enfermos mueren instantáneamente ó á las pocas horas de iniciado el ataque; otras veces sigue un curso más lento y la terminacion puede ser por la curacion ó por la muerte. Cuando ha de ser la terminacion favorable, despues de llegar la enfermedad á su apogeo, bien de pronto, bien poco á poco, permanece estacionaria por más ó ménos tiempo la paralísis y la pérdida de la sensibilidad por espacio de algunas semanas ó meses; pero la pérdida del conocimiento dura poco, recobrándose á los dos ó cuatro dias; los enfermos empiezan á moverse, se hace expedita la palabra, disminuye la paralísis de la cara, vuelve el apetito y el pulso se hace normal, la paralísis de las extremidades desaparece poco á poco empezando por las superiores y despues las inferiores, completándose la curacion despues de tres, cuatro ó seis meses, principalmente en los jóvenes. Cuando los individuos pasan de los 40 años la paralísis no desaparece del todo, quedando gran debilidad en las extremid des, de modo que andan arrastrando la pierna; la extremidad superior está fija contra el pecho; el antebrazo en semiflexion y los dedos contraídos contra la palma de la mano; los miembros paralizados se atrofian y anquilosan, pierden de temperatura, están violados y se ponen edematosos. Tambien se debilita la inteligencia, se borra la memoria, que solo se conserva respecto á los acontecimientos anteriores al ataque; muchos enfermos lloran y rien sin motivo; otros no pueden expresar sus ideas sino con ciertas y determinadas palabras, perdiendo

por completo el uso de los sustantivos, los adjetivos ó los verbos (*afasia* ó *alalia*), y otros caen en un verdadero estado de demencia. Cuando la enfermedad ha de terminar por la muerte ocurre esto del tercero al octavo dia, unas veces sin que se recobre el conocimiento, otras despues de haberlo recobrado por poco tiempo y vuelto á caer en el coma, y despues de haberse aumentado la paralísis, haberse hecho difícil y estertorosa la respiracion, vuéltose el pulso frecuente, pequeño é irregular, cubrirse la piel de un sudor frio y viscoso y presentarse á veces temblores y contracturas. Los sugetos que han padecido una apoplegía quedan expuestos á recidivas más ó ménos frecuentes, y al fin perecen á consecuencia de una nueva hemorragia cerebral.

Complicaciones. Las más frecuentes son el reblandecimiento del foco sanguíneo, que se caracteriza por cefalalgia, rigidez, movimientos convulsivos, contracturas y calentura. Tambien complican la enfermedad derrames en los ventrículos ó en las meninges, la diarrea, la neumonía adinámica y las úlceras gangrenosas por decúbito.

Anatomía patológica. Esta enfermedad está anatómicamente caracterizada por un derrame de sangre en el cerebro, que se presenta en el estado de infiltracion difusa, ya en pequeños focos, ya en núcleos aislados y bien circunscritos, aunque lo más comun es que haya un solo foco más ó ménos abundante, siendo los sitios más frecuentemente ocupados por el foco el cuerpo estriado, el tálamo óptico y el centro oval de Vieussens y ménos á menudo la sustancia cortical del cerebro, cerebelo y puente de Varolio; tambien son muy raros en la superficie de las circumvoluciones. Puesto al descubierto el foco sanguíneo se encuentra en los tres ó cuatro primeros dias del mal, que la sangre derramada forma un coágulo negruzco, blando, difluente y mezclado con sustancia cerebral reblandecida. A los pocos dias la sangre derramada se separa en dos partes, una líquida que se absorbe, y un coágulo que, blando y friable al principio, se hace cada vez más denso, de modo que se convierte en una sustancia muy espesa, negra al principio, roja despues y á veces pálida y amarillenta, que desaparecen más ó ménos completamente dentro de un término indeterminado para dar lugar á una serosidad amarillenta é incolora más tarde. En el mayor número de

casos la parte fibrinosa de la sangre se convierte en un núcleo duro rodeado de serosidad, dentro de la cual se reabsorbe gradualmente, pero en otras la sangre permanece indefinidamente en el tejido cerebral, del cual la aisla un quiste. Las paredes del foco, que es de distintas dimensiones, sufren las siguientes trasformaciones: cuando es reciente están desiguales, desgarradas, tomentosas é impregnadas de sangre, y las partes próximas muy congestionadas, rojizas y reblandecidas en el espesor de 3 á 4 milímetros, tornándose hácia el tercer dia el color rojizo en amarillo más ó ménos pálido. Bien pronto se regulariza la cavidad del foco, desaparecen sus desigualdades y se tapiza de una falsa membrana más ó ménos resistente, más ó ménos densa, que tiene algunos caractéres del tejido seroso, está bañada de una serosidad rojiza que, reblandeciendo y disolviendo el coágulo, facilita su absorcion. Despues que se ha absorbido la sangre quedan ó anchas cavidades llenas de serosidad, ó estrechas, ya vacías, ya humedecidas por serosidades ó cicatrices debidas á la adherencia de las paredes del foco, que son fibrosas, fruncidas y acompañadas de induracion de la sustancia cerebral próxima. En los sugetos que han fallecido de hemorragia cerebral se encuentran á veces osificadas las arterias cerebrales, y casi siempre existe serosidad pura ó sanguinolenta en los ventrículos.

Diagnóstico. La apoplegía puede confundirse con la congestion, pues se acompaña de los mismos síntomas que la hemorragia cerebral, con la sola diferencia de que estos son pasajeros en la congestion. Tambien puede confundirse con el reblandecimiento cerebral, porque sus prodromos, sus síntomas y su curso son iguales; sin embargo, parece que los prodromos faltan más veces en el reblandecimiento; la juventud y la edad adulta inclinará más bien á admitir la hemorragia; además, cuando haya una contraccion de la pupila con ligeros síntomas apopléticos, podrá diagnosticarse un reblandecimiento; por algunos se ha creido que la integridad de la inteligencia en el momento del ataque iba unida á un reblandecimiento, pero hay numerosas excepciones. La hemorragia meníngea podrá tambien confundirse con la apoplegía; sin embargo, se ha indicado como distintivos de la primera el desarrollo gradual de los fenómenos, la contractura, las con-

vulsiones y la intermitencia de los síntomas. Una vez establecida la existencia de la apoplegía no se puede asegurar nada cierto sobre el sitio del derrame, sino que ocupa el hemisferio opuesto al lado paralítico, pues las relaciones que han querido establecerse entre la existencia de ciertos síntomas y los distintos puntos del cerebro en que existe el derrame no son seguras.

Pronóstico. Es una enfermedad grave, no solo porque suele matar en el primer ataquè, sino por las lesiones y enfermedades que deja en pos de sí y la predisposicion á las recidivas, siendo tanto más grave el pronóstico, cuantas más veces se reproduce. Cuando el coma persiste y no se recobra el conocimiento á los tres ó cuatro dias; cuando progresando rápidamente los síntomas sobreviene la paralísis de los músculos respiratorios y de la faringe, las contracturas, el delirio y la aceleracion febril del pulso, el pronóstico se agrava. Esta enfermedad es más grave en los sanguíneos y pletóricos. Exceptuando la infancia, en que siempre es mortal la enfermedad, el pronóstico es más grave á medida que el enfermo tiene más edad, pudiendo decirse que en los viejos demacrados, pálidos y con los caractéres de una caquexia senil es más difícil evitar una terminacion funesta que en los gruesos y sanguíneos.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad debe ser enérgico, procurando combatir los síntomas de congestion por medio de las sangrías del brazo, más ó ménos copiosas y repetidas, segun la fuerza, edad, constitucion y estado del pulso del enfermo. A las sangrías generales se asocian con ventaja las aplicaciones de sanguijuelas á las yugulares, las apófisis mastóides, la márgen del ano ó en los tobillos, sin embargo de que estas aplicaciones son más útiles cerca del cerebro. Aun cuando el tratamiento antiflojístico está indicado por punto general, sin embargo, hay casos en que el pulso es pequeño é irregular, la piel está fria y la resolucion es general, y entonces debemos usar bebidas estimulantes aromáticas, dar fricciones secas y estimulantes y aplicar sinapismos y vejigatorios; y si de este modo logramos que el pulso y el calor se desarrollen, entonces podremos practicar las emisiones sanguíneas con prudencia, haciendo, tanto en este caso como en los dudosos, una sangría exploradora que nos indique si se ha de seguir practicando ó no. Al mismo tiempo que se emplea el tratamiento antiflojistico directo, se aplica el frio á la cabeza, ya por medio de compresas empapadas en agua vinagrada fria, ya por medio de vejigas llenas de terroncitos de hielo, ya usando en vez de almohada un pellejo lleno de agua fria. Tambien deben emplearse como medios auxiliares de las evacuaciones sanguíneas los sinapismos ambulantes á las extremidades inferiores y los purgantes medianos, como las limonadas laxantes y la tisana laxante, ó la pocion angélica de la Farmacopea Española. Igualmente son útiles las lavativas laxantes, y si el ataque sobreviene despues de la comida ó hay complicacion cerebral, el vomitivo. Si despues de rebajado el estado fluxionario persisten aun los síntomas, es muy conveniente un vejigatorio á la region cervical. Cuando se presenten los síntomas que indican la inflamacion en los alrededores del foco, se vuelve á insistir en las emisiones sanguíneas, las aplicaciones de hielo á la cabeza y los purgantes; y cuando haya cedido el orgasmo flojístico, los vejigatorios á las extremidades inferiores ó á la nuca. Para obtener la reabsorcion del foco se deben separar todos los estímulos directos ó indirectos del cerebro, usar los purgantes medianos, las sanguijuelas en la márgen del ano y los vejigatorios. Cuando se juzga que está adelantada la resolucion, se combaten las paralísis consecutivas con los baños termales de no mucha temperatura, los chorros, las corrientes eléctricas, las fricciones aromáticas, los revulsivos y las preparaciones de nuez vómica. En cuanto á las condiciones higiénicas, se prescribirá dieta severa, bebidas atemperantes y acídulas, quietud absoluta y separacion de toda causa excitante; se colocará el enfermo en una habitacion cuya temperatura sea fresca, con la cabeza elevada y que descanse sobre almohada de crin ó cascarilla de avena. Durante la convalecencia se tendrá al enfermo sometido á un buen régimen higiénico, se mantendrá libre el vientre y se obrará en sentido opuesto á las causas predisponentes de la hemorragia.

De la *apoplegía serosa* nos ocuparemos al tratar de las hidropesías, y de la *nerviosa* en las neuroses.

HEMORRAGIA DE LA MÉDULA ESPINAL.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de hematomielia y apoplegía de la médula.

Etiología. Las causas de esta enfermedad son poco conocidas, la cual, segun Niemeyer, parece depender por lo comun de procesos destructores crónicos de la médula, y rarísimas veces de alguna herida de la columna vertebral.

Sintomatología. Cuando la hemorragia ataca al bulbo no se presenta más síntoma que la muerte repentina. Cuando ataca á las demás partes invade casi siempre de un modo repentino y sin prodromos, y cuando los hay consisten en dolores vivos en un punto de la columna vertebral, hormigueos dolorosos y entumecimiento de los miembros. Empieza por una paralísis instantánea de los dos lados del cuerpo; pero muchas veces la paralísis es progresiva, cayendo los enfermos en el momento del ataque sin poder conservar el equilibrio, pero conservando la inteligencia. La paralísis del sentimiento, y sobre todo la del movimiento, ocupa solo los miembros inferiores, la vejiga y el recto cuando el derrame ocupa la region umbar, una parte del tronco si ocupa la region dorsal, y la paralísis de las extremidades superiores y una disnea sofocante si ocupa la region cervical. La paralísis puede afectar una mitad del cuerpo si el derrame no existe más que en la mitad de la médula. La gangrena puede presentarse en los puntos que descansa el cuerpo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es rápido, la duracion corta y la terminacion por la muerte, pues solo se cita un caso de curacion.

Diagnóstico. Puede confundirse con un reblandecimiento de la médula, aunque este no se presenta de un modo repentino; tambien pudiera tomarse por una congestion, aunque en esta no persiste la paralísis despues de los primeros accidentes. La falta de paralísis de la cara y de la lengua y la integridad constante de la inteligencia bastan para diferenciar una hemorragia de la médula de la del cerebro.

Anatomía patológica. Hay uno ó muchos focos sanguíneos en el centro de la médula. Este derrame, que puede circunscribirse á una mitad del órgano, presenta en todas las fases

de su evolucion las mismas trasformaciones que el del cerebro.

Pronóstico. Es muy grave.

Tratamiento. Debe ajustarse á las mismas reglas que hemos expuesto en el de la apoplegía cerebral, evitando con los cuidados higiénicos la formacion de escaras sobre el sacro.

HEMORRAGIAS DE LOS ÓRGANOS DE LA RESPIRACION.

APOPLEGÍA PULMONAR.

Definicion. Se llama así un derrame de sangre en el tejido pulmonar, que perturba profundamente ó hace cesar de pronto la funcion respiratoria.

Etiología. Son causas de esta enfermedad: la plétora, la herencia, la supresion de un flujo habitual, la impresion del frio, las contusiones sobre el pecho, la embriaguez, la debilidad de la accion del corazon, la estrechez del orificio aurículo ventricular izquierdo, la insuficiencia de la válvula nitral y la asfixia por la falta de aire respirable ó por envenenamiento.

Sintomatología. La apoplegía pulmonar puede producir una muerte repentina, pero estos casos son muy raros; en los demás, la hemorragia puede ir precedida de opresion, molestia y plenitud en el pecho, y acompañada de esputos de sangre, ó invadir de un modo repentino, con gran opresion y sofocacion, dolores agudos en el pecho, tos más ó ménos viva, muchas veces respiracion traqueal, expectoracion de sangre. que muchas veces falta, ya escasa, ya tan abundante que parece sale por vómito, en cuyo último caso no está completamente mezclada con los esputos. Esta sangre, segun Grisolle, es negra ó muy oscura, sin que la haya observado roja como en las hemoptísis. El pulso está dilatado y frecuente, y presenta cierta vibracion aun cuando esté blando y débil; no hay calentura, la piel está de color natural y la fisonomía descompuesta. La exploracion del pecho da los resultados siguientes: cuando los focos apopléticos son muy pequeños, están diseminados ú ocupan las partes centrales del pulmon, la percusion da signos negativos; pero si son extensos ó se hallan

en la superficie del pulmon, se percibe un sonido más ó ménos completamente oscuro al nivel de los puntos afectos; al mismo tiempo la auscultacion nos revela la falta del murmullo respiratorio, y un estertor crepitante en los puntos próximos á la ausencia de este murmullo; otras veces se oye un estertor húmedo de grandes burbujas cuando ha habido hemoptísis y si los núcleos están indurados; una respiracion bronquial perceptible en los dos tiempos de esta funcion si la induracion es superficial, y solo en la espiracion si es más profunda.

Curso, duracion y terminaciones. El curso puede ser más ó ménos rápido, y en su consecuencia la duracion mayor ó menor, sin poder fijar el tiempo que necesita la sangre derramada para absorberse. Cuando la terminacion ha de ser por la muerte, se agravan todos los síntomas, sobrevienen los accidentes que acompañan á las hemorragias graves, y se determina la muerte por síncope ó por asfixia cuando la sangre introducida en los bronquios impide la entrada del aire. Cuando la pleura se rompe y se vierte la sangre en su cavidad, se presentan los síntomas de un hidro-neumotorax. Algunas veces se desarrolla calentura, los esputos toman un tinte herrumbroso y se observan los demás signos de pulmonía, enfermedad que por lo demás es bastante rara en el curso de la apoplegía pulmonar. El reblandecimiento del foco se da á conocer por un gorgoteo en los sitios que ocupa el derrame. Cuando la terminacion ha de ser favorable, la cantidad de sangre expelida disminuye de dia en dia hasta que llega á desaparecer, y se nota la aparicion del murmullo respiratorio, precedida raras veces de la vuelta del estertor crepitante, lo cual indica la reabsorcion de la sangre infiltrada.

Anatomía patológica. La lesion que caracteriza esta enfermedad la describe del siguiente modo el Dr. Santero: «Consiste en durezas circunscritas, en número de 1 á 3 (1), de un tamaño que varía desde el de una avellana hasta el de una nuez gruesa, que se presentan en el centro del lóbulo inferior del pulmon ó hácia la raiz de los bronquios, afectando á veces los dos pulmones. Estas durezas ó chapas son debidas á la sangre estancada en parte en las vexículas y coagulada en los

(1) Grisolle dice que varia de 1 á 30.

intersticios del parenquima, constituyendo un infarto duro, de aspecto granuloso al corte por las vexículas obstruidas que aparecen comprendidas en el mismo infarto hemorrágico, de un color rojo oscuro y que raspándolas con el escalpelo dejan desprender en el centro un líquido espeso negruzco y grumoso. El tejido pulmonar que rodea estas masas sanguíneas endurecidas se halla permeable, pálido é ingurgitado, permitiendo distinguir muy bien los contornos circunscritos de las referidas chapas, en lo cual se diferencia principalmente esta lesion de la que constituye el infarto inflamatorio llamado hepatizacion, cuyos límites se van perdiendo en el parenquima por grados de endurecimiento, desde la parte hepatizada hasta la circunferencia, además de tener un color más claro y uniforme. Debe, sin embargo, advertirse que cuando sobreviene inflamacion alrededor de estos infartos circunscritos no se encuentra ya el límite expresado, porque la zona del tejido hepatizado se confunde con el infarto hemotóico.» En algunos casos raros la sangre puede romper la pleura y derramarse en su cavidad; en otros se ha encontrado alrededor del foco sanguíneo un detritus grangrenoso. Nada se sabe sobre las modificaciones sucesivas que experimenta la induracion cuando se resuelve.

Diagnóstico. Es muy difícil el diagnóstico de la apoplegía, sin embargo, se distingue de la pulmonía porque ésta, aunque tiene algunos síntomas comunes con aquella, es distinta su invasion, su curso, la existencia de fenómenos flojísticos, la calentura, los esputos herrumbrosos, etc.; tampoco puede confundirse con la hemoptísis por los signos que indican la presencia de focos en el pulmon.

Pronóstico. Es una enfermedad siempre grave, que puede determinar una muerte repentina, y lo es tanto más cuanto mayor sea la abundancia de la hemorragia. Tambien son signos pronósticos graves el reblandecimiento del coágulo, la rotura de la pleura y la pulmonía.

Tratamiento. Debe consistir en las sangrías repetidas segun las fuerzas del enfermo, las limonadas vegetal ó mineral para bebida usual, los sinapismos ambulantes á las extremidades inferiores, y los sedantes como la digital y el nitro, y algun calmante como la pocion sedante de la Farmacopea Española. Algunos aconsejan el uso de las bebidas frias, entre

ellos Niemeyer, que recomienda tambien aplicar al pecho compresas en agua fria y aun helada; pero este medio es bastante expuesto. Tambien se han aconsejado los purgantes medianos que obran á título de revulsivos. Despues de contenido el esfuerzo hemorrágico se usarán los opiados asociados á los astringentes, insistiendo tanto más en los opiados cuanto el enfermo esté más agitado y la tos sea más intensa. Para favorecer la resolucion del infarto hemorrágico es conveniente el uso del óxido blanco de antimonio asociado á los opiados. Si se presentan síntomas de pulmonía se insiste en las sangrías, en el preparado antimonial dicho y se aplican vejigatorios á los brazos ó sobre la region afecta.

EPISTASIS.

Definicion. Es la hemorragia de la membrana pituitaria.

Sinonimia. Flujo de sangre, hemorragia nasal, rinorragia.

Etiología. Es frecuente en los jóvenes en la época de la pubertad, en el sexo masculino más que en el femenino, en los pletóricos, sanguíneos ó sanguíneo-linfáticos. Son tambien causas predisponentes la herencia, la influencia del calor, la carrera y los juegos excesivos, los trabajos intelectuales. Tambien es producida por las contusiones sobre la nariz, los estornudos violentos y los accesos de tos ferina. La epistasis es un síntoma de varias enfermedades locales ó generales; aparece en el principio de las fiebres, principalmente la tifoidea, y tambien se la ve presentarse en la declinacion de otras.

Sintomatología. Puede anunciarse por prodromos, como son: cefalalgia, pesadez de cabeza, calor y rubicundez de la cara, tension sobre los senos frontales, sequedad y prurito en la nariz y á veces malestar general, cuyos fenómenos tienen una duracion variable. Otras veces empieza de pronto la hemorragia saliendo la sangre á gotas más ó ménos seguidas, ó á chorro por la abertura exterior de las fosas nasales si el enfermo está de pié y por la posterior si se halla acostado, cayendo en la cámara posterior de la boca. La sangre, que por lo general es roja y muy plástica, puede variar en cantidad hasta una ó dos onzas y algunas veces hasta diez y ocho cuartillos. La hemorragia cesa poco á poco y se detiene por sí misma coagulándose en las narices pero basta que se suenen los enfermos ó estornuden para que se reproduzca; otras veces tambien se reproduce espontáneamente. Las recidivas de la epistasis pueden constituir accesos de calentura larvada, como hemos tenido ocasion de observar. Si la epistasis es excesiva se ven sobrevenir la palidez, el enfriamiento de las extremidades, hacerse el pulso pequeño, etc.; todos los síntomas de las grandes pérdidas de sangre. La epistasis es propensa á las recidivas.

Duracion y terminaciones. La duracion de esta hemorragia varía desde algunos minutos hasta veinticuatro y aun treinta y seis horas. Su terminacion más frecuente es favorable, aunque algunas veces son tan rebeldes que producen la muerte despues de consumir las fuerzas del enfermo.

Diagnóstico. Solo ofrece dificultad cuando pasando la sangre á la garganta se arroja despues por espuicion si es en pequeña cantidad, ó por vómito si es más abundante; pero examinando la faringe se ve correr la sangre desde la abertura posterior de las fosas nasales, así como tambien haciendo inclinar la cabeza hácia adelante fluye por las ventanas de la nariz.

Pronóstico. La epistasis no es grave sino cuando es muy abundante ó se presenta en individuos muy debilitados. Cuando es crítica ó suplementaria debe respetarse.

Tratamiento. Cuando es ligera se contiene generalmente por sí misma; sin embargo, si se prolonga deben hacerse, sorprendiendo á los enfermos, aplicaciones de compresas frias en la frente, la nuca ó el escroto, hacer sorbitorios de líquidos astringentes, y si aun esto no fuese suficiente, inyecciones de un líquido estíptico en las fosas nasales, como el agua estíptica, disoluciones de sulfato de cobre, zinc, de acetato de plomo, de percloruro de hierro ó de un cocimiento de astringentes vegetales. Si todos estos medios fuesen inútiles, se recurrirá al doble taponamiento de las fosas nasales. El levantar bruscamente el brazo correspondiente á la abertura por donde fluye la sangre es un medio que, aunque se ha propuesto como útil, es bastante infiel.

HEMOPTÍSIS.

Definicion. Es la hemorragia de la membrana mucosa que reviste la laringe y los bronquios; muchas veces es sintomática, aunque algunas es esencial.

Etiología. Son causas de la hemoptísis: la herencia, cierta disposicion particular ó diatesis hemorrágica, la juventud y edad media, principalmente desde los quince á los treinta y seis años, el temperamento sanguíneo y pletórico, una constitucion débil é irritable, el sexo femenino, ciertas profesiones que, como la del sastre, zapatero, etc., obligan á tener el pecho doblado sobre el vientre, las enfermedades del corazon y los grandes vasos y los tubérculos pulmonares. Son causas ocasionales: el ejercicio forzado de la voz, las contusiones y heridas penetrantes del pecho, la respiracion de vapores irritantes y la disminucion rápida de la presion atmosférica. Tambien es producida por la deviacion de un flujo natural ó habitual.

Sintomatología. Las hemoptísis van precedidas, durante algunas horas ó dias, de malestar, opresion y calor del pecho, tosecilla seca, sabor salado á sangre, horripilaciones y enfriamiento de las extremidades. Otras veces, y esto es más raro, se presenta la hemorragia despues de un esfuerzo de tos; la sangre, por lo general, roja, rutilante y espumosa, es arrojada con golpes de tos en pequeña cantidad ó en grandes oleadas, saliendo por boca y narices, ó con esfuerzos de vómitos, en cuyo caso no es espumosa y se acompaña de una sensacion de hervidero en el pecho; otras veces sale por simple espuicion cuando se exhala lentamente y en corta cantidad. La sangre de la hemoptísis no siempre es roja, pues cuando se detiene en los bronquios adquiere un color negruzco. La cantidad de sangre es variable desde dos ó tres esputos hasta varios cuartillos. Al mismo tiempo que se verifica la hemorragia permanece el pecho con su sonoridad normal, pero se perciben por la auscultacion numerosos estertores húmedos de grandes burbujas, diseminados en las divisiones bronquiales.

Curso, duracion y terminaciones. Lo más general es que despues de varias horas de hemorragia disminuya poco á poco la espectoracion sanguinolenta y por fin desaparezca del todo; otras veces ocurre que la hemarragia cesa pronto, y otras se reproduce con cortos intérvalos, y así se sostiene por semanas y meses. La hemoptísis esencial no termina por la muerte, á no ser que la abundancia de sangre produzca la asfixia obstruyendo los bronquios é impidiendo la entrada del aire. Las recidivas son frecuentes á no ser accidental la hemorragia.

La hemoptísis puede ser activa y pasiva. Tambien se presenta, aunque excepcionalmente, como supletoria de un flujo hemorroidal, y más frecuentemente como supletoria de la menstruacion, en cuyo caso se anuncia por dolores vagos en la matriz y region lumbar y laxitudes en los miembros. Tambien se la ha visto ser una forma de calentura larvada.

Diagnóstico. No puede confundirse con una hemorragia de la boca porque la inspeccion de esta nos indica que sale de las encías, además de que la sangre no es roja ni espumosa. Tampoco puede confundirse con una epistasis porque en esta la sangre no es espumosa, es negruzca, se ve salir por las aberturas anteriores ó posteriores de las fosas nasales y faltan los signos de auscultacion. Tampoco podrá confundirse con una hematemesis, porque en esta faltan la tos, la disnea y los fenómenos estetoscópicos, al paso que hay ansiedad y dolor en el epigastrio. Ocurre á veces que una sanguijuela tragada al beber se agarre á la laringe ó faringe, y produzca ansiedad, sofocacion y esputos de sangre; pero la inspeccion de la faringe donde se ve el anélide, y sobre todo la ausencia de fenómenos estetoscópicos nos harán desechar la idea de una hemoptísis. Los síntomas concomitantes aclararán si es sintomática ó idiopática.

Pronóstico. Es grave cuando la hemorragia es sintomática de afecciones orgánicas incurables, pero no ofrece por lo regular gravedad cuando es producto de una violencia exterior, es supletoria ó crítica de una enfermedad grave.

Tratamiento. Ante todo hay que tranquilizar el ánimo siempre agitado del enfermo, colocarle en una habitacion de temperatura fresca, darle en la cama una posicion medio sentada, é imponerle la más completa quietud y el silencio absoluto. Al mismo tiempo se hará uso de las bebidas acídulas frias y se pondrá á dieta al enfermo. Cuando la hemoptísis

recaiga en un sugeto robusto, por poco abundante que sea la pérdida de sangre se practicarán sangrías del brazo, y si la hemorragia fuese supletoria de la menstruacion se preferirá la sangría del pié. Cuando recaiga en un sugeto endeble se reemplazará la sangría por aplicaciones de sanguijuelas en el ano. A estos medios se añadirá la revulsion por medio de sinapismos á las extremidades inferiores, ó como aconseja Mertenus, por medio de un ancho vejigatorio entre las escápulas. Algunos, y entre ellos Niemeyer, aconseja la aplicacion al pecho de compresas empapadas en agua fria y aun helada, pero este medio tiene los inconvenientes que dejamos expuestos. Es muy conveniente en la hemoptísis moderar ó impedir los abscesos de tos, y esto se consigue por medio de píldoras formadas con los preparados opiados. Cuando estos medios no son suficientes se han recomendado los astringentes, y principalmente el tanino, el alumbre y la goma quino. Tambien son muy útiles, segun hemos observado, unas píldoras muy usadas en el hospital de Venecia y compuestas de 1 gramo de polvo de digital, 4 de polvo de centeno cornezuelo y cantidad suficiente de jarabe para hacer veintiocho píldoras, de las que se dan seis al dia. En estos últimos tiempos se han recomendado las inhalaciones con una solucion de percloruro de hierro á la dósis de 1 á 4 gramos en 200 de agua.

HEMORRAGIAS DE LOS ÓRGANOS DE LA DIGESTION.

HEMATEMESIS Ó GASTRORRAGIA.

Definicion. Es la hemorragia de la membrana mucosa del estómago.

Etiología. La gastrorragia esencial es debida á un estado pletórico, una hiperemia de la mucosa gástrica, la ingestion de bebidas frias estando el cuerpo acalorado, el uso de sustancias estimulantes, las impresiones morales vivas y un desarreglo de la inervacion del estómago. Tambien depende de la supresion de la menstruacion y más rara vez de las hemorróides. Cuando es sintomática depende del cáncer del estómago, de la úlcera simple del mismo, los infartos del hígado y

del bazo, la fiebre amarilla y el escorbuto y el envenenamiento por los venenos corrosivos.

Sintomatología. Cuando la hemorragia es corta y la sangre no se arroja por el vómito puede pasar desapercibida. Esta enfermedad va generalmente precedida de sensacion de peso ó constriccion en el estómago, calor y dolor en el epigastrio, sed y náuseas. Estos síntomas van seguidos de vómitos de sangre, que pocas veces es roja y pura, más frecuentemente negruzca y en parte coagulada; en otras ocasiones toma el aspecto de posos de café ú hollin. Esta sangre sale mezclada con los productos de excrecion que se vierten en el estómago, y á veces con restos de bebidas y alimentos. La cantidad de sangre arrojada es por lo general considerable y á veces muy copiosa; sin embargo, no toda es arrojada por el vómito, pues parte pasa á los intestinos, y al cabo de seis á cuarenta y ocho horas se expelen por el ano coágulos negruzcos mezclados ó no con las materias fecales. Al mismo tiempo que se verifica la expulsion de la sangre, los enfermos sienten ansiedad y gran debilidad y el pulso está frecuente; si la hemorragia es de gran consideracion hay mareos, abatimiento, frialdad de la piel, concentracion del pulso y aun hasta síncopes. Es raro que la sangre sea expelida en un solo vómito, pues por lo general se repite. A veces falta el vómito aunque haya gastrorragia, y los enfermos solo experimentan dolor en el epigastrio, escalofrios, síncopes y á veces náuseas, y la sangre se encuentra en las deposiciones.

Curso, duracion y terminaciones. La hematemesis sigue con frecuencia un curso periódico, aun cuando á veces es tan intensa la hemorragia que perecen los enfermos sin que se haya evacuado la sangre por arriba ó por abajo; otros mueren tambien repentinamente despues de uno ó muchos vómitos. En otros casos se disipan poco á poco los accidentes y en breve se verifica la curacion; pero la convalecencia es larga y penosa por la debilidad que queda y los trastornos más ó ménos considerables de la digestion consecutivos al padecimiento.

Anatomía patológica. Cuando la gastrorragia es esencial la membrana mucosa se halla generalmente intacta, y solo se encuentra una mayor ó menor cantidad de sangre en el estómago, ya en un solo coágulo, ya en varios grumosos.

Diagnóstico. Es algunas veces difícil, pues cuando la san-

gre no es expelida por vómito podria desconocerse, aunque sospecharemos la existencia de la gastrorragia, si al mismo tiempo que notamos palidez de la cara, frialdad de las extremidades y lipotimias hallamos los síntomas gástricos que hemos dicho acompañan á la hematemesis. Pudiera confundirse cuando hay tos simpática con una hemoptísis, pero ya dijimos al hablar de esta las diferencias que hay entre una y otra, tanto en los síntomas concomitantes como en los caractéres de la sangre, debiendo añadir ahora que, segun Niemeyer, la sangre da reaccion ácida en la gastrorragia y alcalina en la hemoptísis. Tampoco puede dar lugar á error la sangre de una estomatorragia ó de una epistasis que se arroja por vómito despues de tragada, pues la inspeccion de la boca ó de las fáuces y fosas nasales nos aclara las dudas. En cuanto á la distincion de si es esencial ó sintomática, sospecharemos lo primero si sobreviene en un sugeto completamente sano, si se repone fácilmente y por completo y si es supletoria.

Pronóstico. Es grave por lo que abate las fuerzas, su tendencia á reproducirse y los trastornos que induce en la nutricion; sin embargo, la enfermedad no es de gran compromiso para la vida, cuando es esencial ó supletoria, á no ser que la hemorragia sea muy intensa. Cuando es sintomática es grave.

Tratamiento. Debe seguirse el tratamiento general de las hemorragias, y además usar los siguientes medios especiales: quietud, dieta absoluta, bebidas frias y acídulas dadas á cucharadas ó en cortas cantidades y sinapismos á las extremidades inferiores. Si la hemorragia es muy intensa y el pulso lo permite, se aplacará el orgasmo fluxionario por medio de las sangrías ó las aplicaciones de sanguijuelas y la excitacion que promueve el vómito con el agua carbónica á la dósis de 60 á 90 gramos de dos en dos horas, terroncitos de nieve ó cucharadas de sorbete de frutas de cuarto en cuarto de hora, y el extracto de ópio en píldoras ó pocion. Si la hemorragia continúa se aplican compresas de agua fria al epigastrio ó el hielo introducido en una vejiga. Para reprimir los vasos capilares se administrarán, despues de contenido el vómito, los astringentes y las bebidas gaseosas frias. Cuando la hematemesis sea secundaria, como entonces el flujo es más bien pasivo que activo, se administrarán los astringentes unidos á los opiados ó solos y la limonada sulfúrica. La dieta debe continuarse por algunos dias despues de cesada la hemorragia, y empezar la alimentacion con los caldos ligeros de pollo y ternera, pasando despues á la sopa de féculas, las gelatinas, hasta llegar lentamente al uso de los alimentos ordinarios. Se restablecerá el apetito y se entonarán las fuerzas generales con el uso de los tónicos y ferruginosos. Si en el estómago quedan indicios de congestion, se aplicarán sanguijuelas en la márgen del ano. El vientre debe mantenerse libre por medio de lavativas.

ENTERORRAGIA.

Definicion. Es la hemorragia que se verifica en la membrana mucosa de los intestinos.

Etiología. Se sabe poco de las causas de la enterorragia, aunque parece la produce una temperatura elevada, ya natural, ya artificial, la respiracion de gases deletéreos, los purgantes drásticos. Tambien parece es producida por la supresion de las reglas. Cuando es sintomática depende de la ulceracion de los intestinos, el escirro y el cáncer de los mismos y los obstáculos á la circulacion en la vena porta por la compresion de tumores del vientre.

Sintomatología. En algunos casos va precedida de incomodidad, dolores en el vientre y lomos, flatuosidades y quebrantamiento de las extremidades inferiores. Por lo general no existen prodromos, y los enfermos sienten de pronto un dolor en la region umbilical seguido de los síntomas que caracterizan las hemorragias internas, y algun tiempo despues de la salida de la sangre por medio de deposiciones repetidas á cortos intérvalos. La sangre sale líquida ó coagulada en parte, mezclada ó no con los excrementos. La enterorragia se complica frecuentemente con la hematemesis.

Duracion y terminaciones. La duracion de la enterorragia es por lo general corta y á veces es efímera, pero otras veces se presentan muchas hemorragias sucesivas más ó ménos abundantes y entonces se prolonga la enfermedad ocho, diez ó más dias. Unas veces se corrige la hemorragia y los individuos se restablecen con prontitud, y otras sucumben á conse-

cuencia de la hemorragia cuando esta es muy abundante. La enterorragia es muy propensa á las recidivas.

Anatomía patológica. La membrana mucosa intestinal unas veces está fuertemente congestionada y otras pálida y exangue, y dentro de los intestinos se encuentra sangre en mayor ó menor cantidad. Cuando la enterorragia es sintomática se encuentran las diversas alteraciones que la originan.

Diagnóstico. Cuando la sangre no se ha excretado aun, no bastan los síntomas generales para afirmar que existe la hemorragia, pero cuando sale al exterior no puede haber más duda que si procede del estómago, de las fosas nasales ó del interior de la boca, dudas que se esclarecen si faltan los fenómenos gástricos ó si la inspeccion de las fosas nasales y la boca no nos demuestran la salida de la sangre por estos órganos, pues entonces no hay duda que se trata de una enterorragia.

Pronóstico. Es siempre grave, á no ser que la hemorragia sea supletoria.

Tratamiento. Es el mismo que el de la gastrorragia.

HEMORROIDES Y FLUJO HEMORROIDAL.

Definicion. Esta enfermedad está constituida por una congestion ó hemorragia que tiene su asiento en la extremidad inferior del recto, y va frecuentemente acompañada de dilatacion y de tumores varicosos de las venas de esta region.

Etiología. Son más raras en los niños que en los adultos, pero su mayor frecuencia es de los 30 á los 40 años; se observan en ambos sexos, aunque son más comunes en el hombre; son tambien más frecuentes en los climas cálidos que en los templados y dependen generalmente de una disposicion constitucional, las más veces hereditaria. Sus causas ocasionales son: una alimentacion animal y excitante, la vida sedentaria, el hábito de montar á caballo, el extreñimiento habitual, los tumores de la pélvis, el estado de embarazo, los obstáculos á la circulacion en el sistema de la vena porta, los purgantes drásticos, especialmente el aloes, los oxiuros, etcétera.

Sintomatología. Pueden presentarse en esta enfermedad

tres órdenes de fenómenos, que son: la congestion hemorroidal, los tumores hemorroidales y el flujo hemorroidal. La congestion hemorroidal generalmente precede ó acompaña á los tumores hemorroidales y se caracteriza por peso incómodo en la region del ano, calor y prurito en el mismo, dolores más ó ménos violentos hácia el recto, extreñimiento, ganas frecuentes de defecar, deposiciones difíciles y dolorosas, á veces lumbago, disuria, dolores abdominales, anorexia, náuseas y una sensacion de malestar. Estos síntomas, que pueden durar hasta más de un setenario, generalmente terminan en el espacio de uno á tres dias, ya por exudacion sanguínea, ya sin ella.

Despues de varias congestiones hemorroidales, al mismo tiempo ó antes pueden presentarse los tumores hemorroidales que son exteriores ó interiores. Cuando son exteriores se reconocen á la simple inspeccion y forman un tumor ó varios que rodean al ano en forma de un rodete irregular y abollado, de volúmen variable desde el de un guisante al de un huevo de gallina y aun más, de consistencia igualmente variable desde la flacidez completa hasta una dureza pronunciada y de una coloracion azulada ó violada rojiza. Estos tumores son el asiento de dolores lancinantes, que se aumentan con la presion, la estacion, la posicion de estar sentado y la marcha, y se extienden á los riñones, al vientre, á la vejiga y los órganos de la generacion. Si se practica el tacto rectal, que siempre es doloroso y con frecuencia difícil, se notan en el recto tumores análogos á los descritos. Entonces sienten los enfermos peso, dolores cólicos y renales, á veces retencion de orina, conatos á defecar; la defecacion es casi imposible y solo se verifica despues de violentos esfuerzos y los más atroces dolores, sucediendo á veces que á causa de estos esfuerzos salen al exterior estos tumores y una porcion de la membrana mucosa, pudiendo hacerse irreducibles y extrangularse y aun gangrenarse por la compresion que el esfínter ejerce sobre estas partes, en cuyo caso los tumores se ponen violados, aumentan de volúmen y se hacen más tensos, experimentando los enfermos los fenómenos de la hernia extrangulada.

Los tumores hemorroidales se deprimen y marchitan al cabo de más ó ménos tiempo sin producir exudacion sanguí-

nea (*hemorróides secas*), ó más comunmente despues de un flujo sanguíneo (*hemorróides fluentes*), que de ordinario es de una abundancia mediana, pero en otras ocasiones bastante abundante para temer por la vida del enfermo. La sangre es negra al principio, despues roja más ó ménos oscura, sale en poca cantidad y como arrastrándose ó en mayor cantidad y á chorro.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es el que queda expuesto en la descripcion de los síntomas, y el flujo se reproduce por intérvalos más ó ménos próximos, unas veces irregulares, otras periódicos, y algunas veces se presenta todos los meses simulando en el hombre la época menstrual de la mujer. La duracion de las hemorróides es muy variable. La terminacion de los tumores hemorroidales es, como hemos dicho, por la resolucion ó por la deplecion mediante el flujo de sangre. Este puede desaparecer en una edad más ó ménos avanzada despues de haber disminuido gradualmente; tambien puede desaparecer de un modo repentino, lo que produce por lo general ciertos accidentes, y sobre todo hemorragias supletorias, ó producir un flujo sanguíneo habitual que da orígen al enflaquecimiento, la debilidad gradual y la alteracion de las digestiones.

Complicaciones. Las hemorróides pueden complicarse, además de la gangrena que hemos dicho, con la inflamacion de los tumores que se propaga al tejido celular de las partes inmediatas, viniendo en su consecuencia abscesos, denudaciones del recto y fístulas. Se han indicado tambien como complicaciones la flebitis, la caida del recto, las fisuras, las ulceraciones, la degeneracion cancerosa, dolores neurálgicos y constipacion.

Anatomía patológica. Cuando solo existe el flujo se encuentran las mismas lesiones que en la enterorragia. Cuando hay simple congestion no queda vestigio y cuando existen tumores están formados por una dilatacion de las venas de la parte inferior del recto que sufren las mismas trasformaciones que las propias de las verdaderas varices.

Diagnóstico. Los tumores hemorroidales marchitos no pueden confundirse con las excrescencias del ano, porque en estas faltan los antecedentes de congestiones y hemorragias hemorroidales. Tampoco podrá confundirse con el cáncer rectal, que se extiende más profundamente y tiene una dureza escirrosa. Igualmente no se los confundirá con el flegmon de la márgen del ano, que presenta un punto doloroso, reniten-

te y profundo por fuera de la márgen del ano. Los tumores hemorroidales no se confundirán con los pólipos del recto, porque estos son más consistentes y no presentan alternativas de congestion y descongestion.

Pronóstico. Casi nunca ofrece gravedad, sobre todo en los casos recientes y en aquellos en que el flujo es supletorio; sin embargo, es más reservado cuando el flujo es muy abundante, sobreviene inflamacion, gangrena y otras complicaciones.

Tratamiento. Lo primero que debe hacerse es recomendar al enfermo la posicion horizontal, y despues obrar segun los fenómenos que se presenten; así, si hay síntomas de congestion, deben evacuarse las materias fecales por medio de enemas ó un laxante suave, y oponerse á la congestion con las lavativas y baños de asiento frios, las bebidas atemperantes y la dieta. Cuando existen tumores hemorroidales se favorece su resolucion con los mismos medios, los baños generales ó locales templados, y si estos tumores están inflamados, con la aplicacion de cataplasmas emolientes, con las fricciones de la pomada de belladona ó de ungüento populeon, y aun con la aplicacion de sanguijuelas; si los tumores hemorroidales están muy doloridos, se los unta con los calmantes dichos, y si fuese producido el dolor por las fisuras ó ulceraciones, se cauterizarán estas con el nitrato de plata; si los tumores se extrangulan se procurará reducirlos, y si esto no pudiese conseguirse, se hará su excision. Cuando haya calentura se pondrá á dieta absoluta al enfermo, se mantendrá libre el vientre, se darán bebidas atemperantes y aun se practicará la sangría. Cuando el flujo es muy excesivo se cohibirá con el uso de las bebidas y lociones frias, y aun con las lavativas heladas y los astringentes. Cuando de la supresion de las hemorróides á que la naturaleza estaba habituada pueden sobrevenir ó han sobrevenido trastornos, se debe restablecer el flujo suprimido, lo que se consigue aplicando sanguijuelas en corto número á la márgen del ano, los baños calientes, las fumigaciones, el uso de aloes continuado por mucho tiempo, y la introduccion en el recto de calas irritantes estibiadas, segun recomendaba Trousseau. Para evitar la reproduccion de

las hemorróides observará el enfermo un régimen suave, se pondrá enemas para deponer sin esfuerzos, y neutralizará con una buena y apropiada higiene las causas que hayan influido en su produccion.

HEMORRAGIAS DE LOS ÓRGANOS GÉNITO-URINARIOS.

HEMATURIA.

Definicion. Es la hemorragia que se verifica en la membrana mucosa de la vejiga urinaria.

Etiología. Cuando la hematuria es esencial, las más de las veces se presenta sin causa conocida; otras es efecto de las fatigas, la equitacion, los grandes esfuerzos, el uso de los purgantes drásticos, la ingestion de sustancias irritantes, y especialmente de las cantáridas y bálsamo de Tolú. Es propia de los climas cálidos. Cuando es sintomática puede ser producida por los cálculos, los cuerpos extraños introducidos en la vejiga, las ulceraciones, las varices, el cáncer.

Sintomatología. La hemorragia va precedida de dolor sordo en el hipogastrio, sensacion de peso en el ano y el periné ó dolor pungitivo, sobre todo en la extremidad del pene. Despues de estos síntomas sienten los enfermos ganas de orinar y excretan una cantidad de sangre que ya sale con facilidad y á chorro, ya con dolores, poco á poco, y aun en ocasiones gota á gota. Hay á veces retencion de orina, porque se opone á su salida la sangre que se coagula en el conducto de la uretra ó en el cuello de la vejiga. Esta sangre sale unas veces sin mezcla de orina, otras mezclada con ella dándola un color negruzco, rojo ó rosa pálido, segun la cantidad de sangre que contiene la orina. Cada emision de esta está desigualmente cargada de sangre, y en el fondo del vaso se ven coágulos pequeños de sangre y los glóbulos de la misma por medio de microscopio. A veces sale la sangre bajo la forma de concreciones fibrinosas simulando vermes. Cuando la hematuria resulta de la accion de las cantáridas, hay ardor en las vías urinarias, tenesmo vexical, escalofrios y malestar.

Duracion y terminaciones. La hematuria esencial despues de haber durado cuatro, cinco, seis dias ó más, cesa gradualmente, la sangre desaparece poco á poco y la orina se presenta natural. Cuando es sintomática puede continuar durante varios meses. Tanto la esencial como la sintomática pueden reproducirse muchas veces y alternar con otras hemorragias. Cuando la hemorragia es muy excesiva puede terminar por la muerte, pero esto es muy raro.

Anatomía patológica. Cuando es esencial la hematuria no se advierte ninguna lesion, pero cuando es sintomática se perciben las propias de las lesiones que las producen.

Diagnóstico. Se diagnostica la presencia de la sangre en la orina por el aspecto de esta, los coágulos que en ella se encuentran y en los casos dudosos por el exámen microscópico, que nos demuestra la existencia de los glóbulos. En cuanto á saber de qué punto de las vias urinarias procede la sangre, solo puede sospecharse por el sitio donde se marcan los síntomas locales. La hematuria es tan rara vez esencial, que se debe investigar si hay síntomas de alguna enfermedad de las vias urinarias que la hagan sintomática.

Pronóstico. La hematuria esencial no ofrece gravedad, á no ser que su abundancia ó la debilidad de la constitucion del enfermo comprometan la vida de este. Cuando es sintomática tiene gravedad.

Tratamiento. Debe consistir en la quietud, la dieta severa, las bebidas aciduladas frias, las aplicaciones de agua fria ó hielo al vientre, muslo y periné, las lavativas de agua fria y aun las inyecciones en la vejiga de agua fria, ó las astringentes. Si hay retencion de orina por haberse coagulado la sangre se procura extraer los coágulos por medio de una sonda de goma de corvadura fija. Cuando la hematuria reconoce por causa la ingestion de las cantáridas se dan bebidas demulcentes y píldoras de alcanfor y ópio.

NEFRORRAGIA.

Definicion. Es la hemorragia de los riñones.

Etiología. Pueden originar la nefrorragia, la nefritis simple, la calculosa y la pielitis de la misma índole; la enfermedad de Bright aguda, los cálculos, el cáncer del riñon, las le-

siones traumáticas de estos órganos, la rotura de los capilares por una congestion excesiva, la ingestion de ciertas sustancias medicamentosas y á veces la copáiba, el bálsamo del Perú y la trementina.

Sintomatología. Los enfermos sienten dolor obtuso, contusivo ó calor en la region lumbar. La sangre sale mezclada con la orina, y esta presenta, cuando es corta la cantidad de sangre, un color rojo sucio cuando se la mira directamente, y encarnado limpio más ó ménos intenso cuando se la observa por trasparencia, dejando aposar un sedimento grumoso y oscuro, en el que se ven á simple vista coágulos en forma de cilindros y con el microscopio glóbulos sanguíneos. Cuando la hemorragia es muy abundante, la orina es de un color rojo subido y se forma por el reposo en el fondo de la vasija un cuajaron. Si parte de la sangre se cuaja en la vejiga, los cuajarones se expulsan con gran dificultad, y si se cuaja en los úteres pueden presentarse los síntomas del cólico nefrítico.

Curso, duracion y terminaciones. Todas estas circunstancias de la enfermedad están subordinadas á la enfermedad principal de que depende, así que algunas de estas hemorragias son muy pertinaces y abundantes y otras no lo son tanto.

Pronóstico. Está en proporcion á la gravedad de la enfermedad que determina la hemorragia, á la cantidad de sangre y á su coagulacion ó no en puntos donde no es fácil expulsar los coágulos.

Tratamiento. Deben combatirse las causas siempre que sea posible, y cuando esto no sea asequible, hacer aplicaciones de agua fria á la region renal, aplicar enemas de agua á la misma temperatura y administrar al interior los astringentes, especialmente el tanino, que es excretado por los riñones bajo la forma de ácido agállico.

URETRORRAGIA.

Definicion. Es la hemorragia que se verifica en la membrana mucosa de la uretra.

Etiología. Es casi exclusiva del hombre y consecutiva á

la blenorragia ó á una lesion traumática de la uretra, y rara vez es debida á una congestion de la mucosa.

Sintomatología. Dolor gravativo en el trayecto de la uretra, donde se percibe calor y comezon; la expulsion de la orina es á veces difícil é incompleta. La sangre sale pura gota á gota, y sin esfuerzo de emision, á no ser que se exhale hácia la region prostática y refluya á la vejiga, en cuyo caso se espulsa con la orina. Si se hace orinar á un sugeto que tenga esta hemorragia, solo sale sanguinolenta la primera porcion de orina, pues el resto sale cada vez más clara y produce dolor en la uretra.

Curso, duracion y terminaciones. La uretrorragia, que es poco considerable por lo comun, solo dura algunos instantes ú horas.

Pronóstico. Nunca es grave.

Tratamiento. El enfermo debe permanecer quieto, en posicion horizontal, evitando toda causa de excitacion. Igualmente se debe colocar el pene sobre el abdómen y rodearle de tópicos resolutivos frios. Cuando es producida por una fuerte blenorragia se usarán los antiflojísticos.

FLUXIONES HIPERDIACRÍTICAS.

Definicion. Son aquellas en que la excitacion morbosa de los vasos se fija especialmente en los vasos exhalantes ó secretorios de las membranas serosas ó mucosas ó en el tejido celular. Estas fluxiones han sido llamadas por algunos irritaciones secretorias.

Etiología. Las causas productoras de estas fluxiones son las dichas en las generalidades, y más principalmente los cambios atmosféricos, la supresion del sudor ó de otra secrecion y las fuertes emociones de ánimo. Tambien son dependientes ó consecutivas á otros estados patológicos, como las fiebres, las diatesis, las neuralgias, la existencia de enfermedades en órganos próximos á los que segregan ó relacionados con ellos. Tambien son fenómenos críticos.

Sintomatología. Los síntomas más comunes son: dolor gravativo, calor aumentado, rubicundez y tumefaccion poco

notables, aumento de la actividad exhalante ó secretoria del órgano afecto, que se demuestra por el aumento mayor ó menor del producto que se excreta. Estos productos segregados sufren al mismo tiempo cambios en sus cualidades, observándose que por lo general son ténues y abundantes en serosidad, y que su composicion sufre variacion en sus proporciones por aumento ó disminucion de los ácidos ó de los álcalis, de la albúmina ó de las grasas, no observándose en ellas ningun principio extraño sino en las hidropesías debidas á alteraciones de la sangre. Cuando la fluxion se fija en las membranas mucosas, á los síntomas que dejamos dicho se unen malestar, ardor y escalofrios, el líquido que fluye de las mucosas es sero-mucoso, ténue y de color blanquecino agrisado, que escoria la superficie por donde pasa, que cuando el órgano va cediendo se hace más espeso y amarillento ó verdoso perdiendo su cualidad irritante.

Curso y duracion. Siguen un curso de tipo contínuo-remitente, y aunque por lo general se presentan bajo la forma aguda, tambien suelen presentarse bajo la crónica. Su duracion suele no extenderse más allá de uno, dos ó tres setenarios, aunque en ocasiones pueden hacerse más persistentes.

Tratamiento. Debe consistir en calmar el orgasmo vascular y desviarle del punto en que existe, llamándole á punto relacionado con él.

HIDROPESÍAS.

Definicion. Son enfermedades caracterizadas por la exhalacion y aumento de un líquido seroso derramado en las mallas del tejido celular ó en las membranas serosas.

Divisiones. Las hidropesías son dependientes algunas veces de una fluxion que se desenvuelve por causas que obran sobre el mismo tejido seroso, y se llaman *esenciales*, ó son el resultado de una alteracion en la textura de ciertos órganos, ó de un cambio en la cantidad y composicion de la sangre; pudiendo decirse que no son más que un síntoma de otras enfermedades, por cuya razon se han llamado *sintomáticas*. Tambien se han dividido en *activas* ó *esténicas* cuando sobrevienen con rapidez, siguen un curso agudo y se acompañan de algunos síntomas de excitacion, y en *pasivas* ó *asténicas*

cuando, dependiendo de una disminucion en la absorcion, siguen un curso lento y no van acompañadas de ningun fenómeno de excitacion. Segun su sitio, se han dividido en *hidropesías propiamente dichas* cuando el derrame es en las cavidades serosas, y en *edemas* cuando la infiltracion es del tejido celular. Monneret las ha dividido en tres clases: «1.ª *Hidropesías por alteracion de los sólidos*, de la cual hace cinco órdenes: 1.° Hidropesías determinadas por una afeccion aguda ó crónica de la membrana serosa, en donde se forma el derrame; por ejemplo, todas las sintomáticas de una inflamacion de las serosas, como la pleura, el peritoneo, la aracnóides, el pericardio, etc.: 2.° Hidropesías por obstáculos en la circulacion venosa, cuyo órden, que es el más numeroso, contiene las colecciones serosas determinadas por la obliteracion de las venas y por cuantas lesiones dificultan ó impiden la circulacion en el pulmon, corazon é hígado, comprendiendo todas las enfermedades de dichos órganos: 3.° Hidropesías producidas por una modificacion patológica que sobreviene en la estructura de la piel; tales son las hidropesías del tejido celular que se forman despues del sarampion y la escarlatina: 4.° Hidropesías supletorias producidas por la supresion de una secrecion natural ó patológica; por ejemplo, las hidropesías que son consecutivas á la supresion repentina de la traspiracion ó de algunos flujos oriundos de las membranas serosas ó de otros órganos: 5.° Hidropesías por repeticion simpática de la irritacion.—2.ª clase. *Hidropesías por alteracion de la sangre.* El estado patológico de la sangre determina algunas veces derrames serosos; por ejemplo, las hidropesías producidas por la albuminuria ó enfermedad de Brigth, otras que son el resultado de una mala alimentacion, de la anemia, etc.—3.ª clase. Contiene las hidropesías que no pueden colocarse en las clases anteriores porque el modo como se verifican es muy oscuro.»

Etiología. Son causas de la hidropesía un enfriamiento repentino, la supresion del flujo menstrual, la ingestion de gran cantidad de bebidas acuosas, que hace ménos intensa la absorcion intersticial; la mala é insuficiente alimentacion, que empobrece la sangre; las caquexias, que determinan iguales efectos en ella; un estado particular, casi siempre desconocido, de los órganos donde se verifica la secrecion, que deter-

mina un aumento de esta; un obstáculo al curso de la sangre como el que se produce en las enfermedades orgánicas del corazon, de la aorta, la hipertrofia del hígado y del bazo, la atrofia del hígado, la obstruccion de una vena por concreciones fibrinosas, pseudo-membranosas, ó por la compresion de tumores externos. Las alteraciones en la sangre tambien son causa de la hidropesía; así que estas se presentan cuando la sangre se halla empobrecida y el número de glóbulos disminuye al mismo tiempo que la fibrina, y cuando disminuyen los materiales sólidos de la sangre, especialmente la albúmina, ya se encuentre esta en mayor cantidad en la orina, ya solo se halle disminuida en el suero de la sangre.

Sintomatología. Los síntomas, tanto generales como locales, de las hidropesías, varían segun su forma, sitio y causas, pero en lo general se reducen al acumulo de un líquido en cualqnier parte del cuerpo, de donde resultan aumento de volúmen de las partes, síntomas de compresion en los órganos y modificacion en las funciones de los órganos directa ó indirectamente afectos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de las hidropesías es variable, pero por lo general estas se forman poco á poco, invadiendo el líquido sucesivamente los órganos hasta que se presenta una hidropesía general; en otros casos en que una causa directa obra bruscamente, el derrame ó infiltracion se efectúa rápidamente y casi de una vez. La duracion es tambien variable, pues hay derrames que cesan á los pocos dias; otros que duran meses y aun años, y otros que desaparecen para reaparecer de nuevo, y siempre con mayor gravedad, pudiendo decirse de un modo general, que tanto el curso como la duracion de esta dolencia depende, ya de las afecciones que complican, ya de las causas que las han producido. La terminacion más frecuente de las hidropesías es la muerte, debida, ya á los progresos de la enfermedad de que es síntoma, ya al desarrollo de alguna complicacion y á algun accidente producido por el mismo derrame, como las gangrenas, la erisipela flegmonosa, la asfixia y las alteraciones cerebrales. Tambien puede ser favorable la terminacion, ya porque el derrame disminuya gradualmente y poco á poco, ya porque desaparezca con prontitud, en cuyo caso lo hace á consecuencia de un flujo considerable de orina, de

una diarrea serosa ó de un sudor abundante. Tambien suele cambiar de sitio y dejar un punto para ocupar otro.

Anatomía patológica. El líquido derramado es análogo al suero de la sangre, pues es efectivamente claro, casi incoloro ó de un color ligeramente cetrino, inodoro y de una densidad que varía entre 1006,7 y 1064. Difiere del suero de la sangre bajo el punto de vista de su composicion química, pues contiene más cantidad de agua que él y ménos cantidad de albúmina, pues estando esta en el suero en la proporcion de 69 milésimas, en la hidropesía baja hasta 4 y nunca hay más de 59; respecto á las sales su cantidad es poco más ó ménos la misma que en el suero de la sangre. Ni el sitio de la hidropesía, ni su causa, ejercen por lo comun gran influencia en la mayor ó menor elevacion de la albúmina; sin embargo, cuando hay varios derrames á la vez, los líquidos que los forman pueden diferenciarse entre sí con respecto á la cantidad de albúmina.

Diagnóstico. El diagnóstico de la hidropesía está reducido á determinar primero la existencia de esta, lo cual es fácil teniendo en cuenta las alteraciones funcionales y los signos que suministran la palpacion y la percusion. Una vez reconocida la hidropesía debe determinarse si es esencial ó sintomática, para lo cual debe verse el curso que ha seguido la hidropesía, las partes del cuerpo que fueron invadidas primero, las causas que la precedieron y los síntomas que la acompañan.

Pronóstico. El pronóstico varía segun la causa productora de la hidropesía, su sitio, las recidivas y las complicaciones que se presentan.

Tratamiento. Este se dirige contra la causa productora de la enfermedad; por consiguiente, los medios para combatirla varían segun cada caso especial, debiendo solo advertir que cuando la hidropesía es producida por un estado asténico hay que emplear los tónicos, los ferruginosos y un régimen analéptico, y cuando lo es por un estado esténico hay que recurrir á las sangrías proporcionadas á las fuerzas del enfermo y á la intensidad de los síntomas. Al mismo tiempo que se combate la causa que produce la hidropesía se debe provocar la absorcion del producto derramado, echando mano de los diuréticos más eficaces, como los preparados de cólchico, de escila, de cainca y de digital, alternando con estos medios los

purgantes drásticos siempre que no estén contraindicados por el estado del tubo digestivo, los cuales se emplearán con perseverancia y con intérvalos cortos, es decir, cada dos ó tres dias. El tratamiento se completa aplicando extensos vejigatorios en la region correspondiente al derrame. Tambien se ha recomendado el uso de los sudoríficos; pero su accion es muy dudosa en estos casos. Cuando con estos medios no se consigue la absorcion del derrame, habrá que recurrir siempre que sea posible á la evacuacion del líquido derramado por los medios que suministra la cirujía.

ANASARCA.

Definicion. Se da este nombre á la infiltracion de serosidad en el tejido celular de todo el cuerpo, especialmente del subcutáneo.

Etiología. Puede reconocer el anasarca como causas la supresion repentina de la menstruacion, la ingestion inmoderada de bebidas frias, un enfriamiento repentino estando sudando; la mala alimentacion, la debilidad consecutiva á ciertas enfermedades largas y graves, la enfermedad de Bright, las afecciones del corazon, del hígado y del bazo, la escarlatina, varias alteraciones de la sangre, ciertas retenciones de orina con distension de la vejiga.

Sintomatología. Esta hidropesía puede producirse de un modo rápido ó de un modo lento. Cuando se produce del primer modo es llamada aguda y puede invadir en uno ó dos dias todo el cuerpo ó solo una extension mayor ó menor; la piel ofrece un color natural ó de rosa ó rojo, está caliente y seca, y cuando se la comprime con el dedo se siente dolor y se hace una depresion que se borra por lo general con lentitud; pero que si la piel está muy distendida se borra con prontitud. Cuando la anasarca es crónica, la piel pálida ó de un blanco mate, es indolente á la presion y esta produce hundimiento que se borra con lentitud; las partes infiltradas tienen cierta trasparencia si la piel es fina. Esta infiltracion es considerable en los órganos en que es más flojo el tejido celular, como en los párpados, los grandes lábios en la mujer, el escroto y prepucio en el hombre, haciendo que todas estas partes se hinchen mucho. Cuando la distension de la piel es mucha

disminuye la temperatura y sensibilidad de la misma, se hiende y resquebraja, y así en este caso como en los casos de herida, picadura ú otra irritacion, se declara en la misma una erisipela, que casi siempre termina por gangrena. La anasarca es siempre más pronunciada en las partes declives del cuerpo, porque la serosidad obedece á las leyes de gravedad. Los síntomas generales son variables; pero en la mayoría de casos hay debilidad, sed, diarrea, y en algunos casos aumento de albúmina en la orina.

Curso y terminaciones. El curso unas veces es agudo y otras crónico, como dejamos dicho; tambien puede esta hidropesía presentarse estacionaria ó aumentarse cada vez más. Cuando el mal no termina por la muerte, sino por la curacion, la hidropesía disminuye poco á poco. Las anasarcas se complican por lo general con derrames serosos en diferentes cavidades, especialmente en el peritoneo y la pleura.

Diagnóstico. Es siempre fácil el diagnóstico de esta hidropesía, y respecto á la causa que la produce puede decirse que cuando se desarrolla con lentitud y empieza á manifestarse en las extremidades inferiores, es debida á una lesion del corazon, pues aun cuando tambien se presenta en estas partes cuando depende de una lesion del hígado ó del bazo, va precedida la infiltracion de las extremidades de ascitis. La anasarca, que empieza por la cara, las extremidades superiores ú otros puntos distintos y distantes unos de otros, es debida casi siempre á la nefritis albuminosa. Tambien será fácil asignarles su verdadera causa cuando viene despues de las fiebres eruptivas é intermitentes prolongadas.

Pronóstico. Es poco grave cuando el derrame es esencial y poco extenso, pero lo es más cuando tiene mucha extension, es sintomático de otra afeccion ó se complica con erisipela ó gangrena.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad debe ajustarse á las mismas reglas que se han establecido al hablar de las hidropesías en general.

EDEMA.

Definicion. Se conoce con este nombre una infiltracion serosa parcial del tejido celular subcutáneo.

Etiología. Es debido el edema á un obstáculo á la circulacion venosa, así que si un tumor comprime la vena cava superior ó está obstruida, el edema es de los dos lados superiores del cuerpo; si la compresion es de la vena innominada, es de un solo lado; si es en la vena cava inferior por tumores ó por un riñon flotante, el edema es de la parte inferior del cuerpo. Un tumor intrapelviano y el embarazo causan el de las extremidades inferiores; la obliteracion de la vena principal de un miembro produce la infiltracion de este. Tambien hay edema de una region al nivel de la qué existe una supuracion profunda, una inflamacion sin supuracion ó una gangrena parcial en su principio. Tambien hay edemas que resultan de un obstáculo momentáneo á la circulacion venosa, como el que resulta en las contracturas ediopáticas de las extremidades.

Sintomatología. El edema está caracterizado por los mismos síntomas que la anasarca, y principalmente la palidez de la piel y el hundimiento que queda al comprimirla con el dedo, pues aunque en muchos casos no se pueda apreciar bien este hundimiento á simple vista, pasando ligeramente el dedo por la parte comprimida se distingue una ligera depresion que no tarda en borrarse. El edema como la anasarca puede ser activo ó pasivo y presentar los mismos caractéres que esta.

Tratamiento. Es el mismo que se ha expuesto en la anasarca; sin embargo, á veces basta dar al miembro una posicion que favorezca la circulacion de la sangre para que desaparezca el edema. La compresion por medio de un vendaje circular es uno de los mejores medios para combatir el edema y evitar que aumente con rapidez. Si el edema es doloroso deben cubrirse las partes con fomentos narcóticos.

No nos ocupamos del *edema de los recien nacidos* ni de la *phlgmatia alba dolens* porque corresponden á otra asignatura.

EDEMA DEL PULMON.

Definicion. Es una infiltracion de serosidad en el tejido pulmonar hasta el grado de hacer el órgano mucho ménos permeable al aire.

Etiología. Suelen padecer el edema del pulmon los viejos,

las personas debilitadas y los convalecientes; sobreviene como última complicacion de las enfermedades agudas ó crónicas que han debilitado la economía, y principalmente bajo la influencia de las causas que producen la anasarca, así que coincide generalmente con una hidropesía general.

Sintomatología. Los síntomas del edema del pulmon son muy equívocos; sin embargo, se consideran como de esta afeccion los siguientes: dificultad en la respiracion, tos poco frecuente, espectoracion casi acuosa y más ó ménos abundante, sonido oscuro á la percusion en las partes declives del pulmon, disminucion del murmullo respiratorio á pesar de los grandes esfuerzos respiratorios del enfermo, estertor subcrepitante de burbujas anchas y húmedas. No hay fiebre.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es por lo general lento é indeterminado, aunque, segun Andral, hay un edema que invade repentinamente y con tanta intensidad, que puede causar la muerte. De este curso se deduce que la duracion de la enfermedad debe ser variable. Respecto á su terminacion está subordinado á la enfermedad en cuyo curso se desarrolla.

Anatomía patológica. Las lesiones son: infiltracion de serosidad en el tejido celular intervexicular, que por lo regular se limita á la base ó bordes del órgano. Los puntos infiltrados tienen un color gris pálido ó amarillento leonado claro; los vasos tienen ménos sangre que en el estado normal. El pulmon es más duro y pesado, ménos crepitante y elástico y conserva la impresion del dedo; si se le corta deja salir una cantidad variable de serosidad más ó ménos incolora y algo espumosa.

Diagnóstico. Es difícil; sin embargo, si en un sugeto que padece ya edema ó anasarca sobrevienen los síntomas que dejamos descritos, podemos presumir la presencia del edema del pulmon.

Pronóstico. El del edema repentino que admite Andral es muy grave; el de forma más lenta tambien lo es, y aun parece que acelera el término de las enfermedades que acompaña.

Tratamiento. Como esta enfermedad es casi siempre sintomática, su tratamiento es el de la enfermedad á que se halla subordinada.

APOPLEGÍA SEROSA Ó HIDROCÉFALO AGUDO.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en un derrame de serosidad en el interior del cráneo, que determina la pérdida del sentimiento, el movimiento y la inteligencia.

Etiología. Las causas predisponentes de esta enfermedad son la vejez, la debilidad de la economía por largos padecimientos y la influencia de una hidropesía general, y favorecen su desarrollo el excesivo calor, los golpes sobre la cabeza y el estado puerperal.

Sintomatología. La invasion de la apoplegía serosa es por lo general repentina, y los enfermos pierden de pronto el conocimiento, el sentimiento y el movimiento; las pupilas se presentan inmóviles y dilatadas; la cara indiferente, pálida ó bultuosa; el pulso lento, la respiracion estertorosa. Raras veces sobrevienen convulsiones ó ataques epileptiformes.

Curso duracion y terminaciones. Cuando los enfermos llegan á ese estado de completa resolucion, generalmente se termina la enfermedad por la muerte; otros recobran poco á poco el conocimiento, el movimiento y la sensibilidad, presentando algunos cierta perturbacion en la inteligencia ó una debilidad pasajera de la memoria: su duracion es de pocos dias ó de veinticuatro horas.

Anatomía patológica. La serosidad que se encuentra en el interior del cráneo es generalmente de poca consideracion, y se halla infiltrada en el tejido celular subaracnóideo. Los ventrículos laterales contienen cierta cantidad de serosidad trasparente incolora y poco ó nada albuminosa, y generalmente se hallan en comunicacion uno con otro por la rutura del septo lúcido. El cerebro pálido y casi exangue se encuentra empapado de serosidad y disminuido en algunos puntos en su consistencia.

Diagnóstico. No existe ningun signo sacado de los síntomas que tenga valor positivo para diferenciar la apoplegía serosa de la congestion, de la encefalitis ó de la apoplegía sanguínea; así que solo la edad, el estado de la economía, la presencia de una ó muchas hidropesías anteriores pueden hacer presumir la existencia de la apoplegía serosa.

Pronóstico. Es grave por terminar por la muerte el mayor número de veces.

Tratamiento. Cuando el pulso sea fuerte y duro se harán sangrías moderadas, y en todos los casos convendrá el uso de los diuréticos y los purgantes, como hemos dicho al hablar de las sangrías en general. Tambien son muy útiles los vejigatorios, principalmente á la nuca y extremidades inferiores.

Del *hidrocéfalo crónico* no nos ocupamos por ser exclusivo de la infancia.

HIDRORRÁQUIS.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en el acumulo de serosidad en el canal vertebral. El hidrorráquis puede ser simple ó ir acompañado de la falta ó separacion de una ó más láminas vertebrales, á lo que se ha llamado *espina bífida*. Del primero no se tienen aun datos muy precisos y por esta razoa no nos ocuparemos de él, así como tampoco lo hacemos del segundo, porqe siendo congénito corresponde más bien á la patología de la infancia.

HIDROTORAX.

Definicion. Es la hidropesía de una ó ambas pleuras.

Etiología. Es siempre una enfermedad sintomática que depende de enfermedades del pulmon que dificultan la deplecion del corazon derecho; tambien se desarrolla en el curso de las lesiones de las válvulas y las degeneraciones del corazon; igualmente depende de un empobrecimiento del suero de la sangre en albúmina, como sucede en la nefritis albuminosa, las caquexias graves y las inflamaciones y degeneraciones crónicas de los riñones acompañadas de albuminuria.

Sintomatología. No hay en el hidrotorax dolor ni calentura; cuando el derrame es considerable hay disnea y opresion, que se aumentan con los movimientos del cuerpo y obligan al enfermo á estar sentado en cama. Además se observan signos físicos que tienen mucha semejanza con los de los derrames pleuréticos; así hay dilatacion del torax, pero sin borrarse los espacios intercostales; el hígado aumentado de volú-

men es rechazado hácia abajo si el derrame es considerable, pero el corazon no está dislocado si el líquido ocupa ambas pleuras; por la palpacion se encuentra que es más débil ó falta el estremecimiento pectoral; en los puntos que ocupa el derrame da la percusion un sonido á macizo cuyo límite superior es igual por delante que por detrás, cuando está de pié ó sentado el enfermo, y si cambia de posicion varían los límites y la forma del sonido; por la auscultacion se percibe en todo el sitio del derrame debilitada la respiracion, ó no se nota el murmullo respiratorio; entre el homóplato y la columna vertebral se advierte una ligera respiracion bronquial. Si uno de los lados del pecho está lleno ó casi lleno, no sufren modificacion los resultados de la percusion y auscultacion.

Curso. El curso del hidrotorax depende de la enfermedad principal y permanece generalmente estacionario, aunque algunas veces se observa que se aumenta de un dia á otro ó disminuye considerablemente.

Anatomía patológica. La serosidad se encuentra derramada generalmente en las dos pleuras, pero tambien es lo más comun que una de ellas contenga más cantidad que la otra. La cantidad de líquido derramado varía de 50 á 500 gramos; está libre, aunque algunas veces puede estar enquistado. Este líquido es de un color claro y amarillento, compuesto de agua, albúmina y sales, pero no se encuentran en ella las concreciones fibrinosas ni las modificaciones inflamatorias de la pleura que se presentan en los derrames pleuríticos.

Diagnóstico. Es fácil distingnir el hidrotorax de la pleuresía aguda ó crónica, teniendo en cuenta la falta de calentura y de dolor, la mayor movilidad de los líquidos, las diferencias de las enfermedades concomitantes y los signos conmemorativos.

Pronóstico. Es siempre grave, y si la hidropesía se desarrolla rápidamente en los dos lados del torax puede ocasionar la muerte con prontitud.

Tratamiento. Está subordinado á la enfermedad principal, aunque siempre es conveniente hacer uso de los purgantes y diuréticos, y á la aplicacion de vejigatorios volantes al pecho. Cuando la disnea es intensa y depende en gran parte de la abundancia del derrame, se le da salida por medio de la puncion.

HIDROPERICARDIAS.

Definicion. Es la hidropesía del pericardio.

Etiología. Esta hidropesía es sintomática de alguna de las enfermedades que ocasionan las demás hidropesías, uniéndose con más frecuencia á la enfermedad de Bright.

Sintomatología. Los síntomas del hidropericardias son los mismos de la pericarditis con derrame; así hay sensacion de peso, opresion, disnea que obliga á los enfermos á permanecer sentados; la cara está violada, las yugulares se hinchan y se aumenta la hidropesía por la presion que el líquido ejerce sobre el corazon y los troncos vasculares que á él afluyen; el pulso es frecuente y pequeño. Hay abombamiento de la region precordial, aunque no tan frecuentemente como en los derrames inflamatorios; la impulsion cardiaca es débil y hasta imperceptible; la percusion da un sonido á macizo más ó ménos extenso, que puede variar segun la posicion del enfermo. A la auscultacion se oyen ruidos débiles, lejanos, y aun pueden no existir, y nunca un ruido de roce.

Curso y duracion. Puede el hidropericardias permanecer por más ó ménos tiempo estacionario, ó bien aumentar ó disminuir en poco tiempo. Su duracion puede ser mayor ó menor.

Anatomía patológica. El líquido que constituye el hidropericardias es claro y pobre en albúmina, y su cantidad varía desde 100 gramos á 1 ó 2 kilógramos, pues una cantidad de 60 á 80 gramos no debe considerarse como patológica. Cuando es considerable el derrame el pericardio tiene un color blanco mate, y aun á veces está edematoso el tejido celular que cubre el corazon; en los mismos casos pueden hallarse comprimidos los pulmones, el diafragma, el estómago, el hígado y el bazo.

Diagnóstico. Los antecedentes y el curso de la enfermedad son los únicos que nos pueden hacer distinguir un hidropericardias de una pericarditis con derrame.

Pronóstico. Su gravedad es proporcionada á la abundancia del derrame.

Tratamiento. El más racional es el de combatir la enfermedad principal, pues es muy raro que se consiga disminuir el derrame con el uso de los diuréticos y los purgantes. Al-

gunos autores han propuesto y practicado la paracentesis del pericardio, aunque en el dia no se pueden apreciar las ventajas é inconvenientes de este procedimiento.

ASCITIS.

Definicion. Es la hidropesía del peritoneo.

Etiología. La ascitis puede ser idiopática ó sintomática: cuando es idiopática reconoce como causas un enfriamiento, la ingestion de bebidas heladas estando sudando, la supresion brusca de la menstruacion ó de un flujo habitual, el abuso de los purgantes drásticos y las violencias exteriores. En todos estos casos reviste la hidropesía un carácter por lo general esténico, así como le reviste asténico por la permanencia en lugares bajos y húmedos, mal aireados, y por una alimentacion insuficiente ó mal sana. Igual carácter reviste cuando es sintomática y producida por un obstáculo á la circulacion venosa, como las lesiones cardiacas, la atrofia y cirrosis del hígado, la hipertrofia de este y del bazo, las estrecheces de la vena porta, la peritonitis tuberculosa, ó por una alteracion de la sangre debida á la disminucion de la albúmina, como sucede en la nefritis albuminosa, en ciertos exantemas recientes, á consecuencia de hemorragias múltiples, de una mala higiene y las caquexias.

Sintomatología. El derrame que constituye la ascitis se efectúa lenta y gradualmente, tanto que al principio suele pasar desapercibido para el enfermo, y solo sienten cierta pesadez por el bajo vientre y la opresion que les producen los vestidos. Una vez establecida la ascitis, puede ocurrir que haya mucho ó poco líquido contenido en el peritoneo. Cuando hay una cantidad suficiente de serosidad para distender las paredes del vientre, se nota desde luego el abultamiento del abdómen, que ya presenta una forma esférica considerable que levanta las costillas al nivel de los hipocondrios, formando en ocasiones el ombligo un tumorcito blando y trasparente, ya siendo menor la cantidad de líquido y estando relajadas las paredes del vientre por una causa cualquiera, este, en vez de tener una forma esférica, se presenta aplanado al nivel de la línea media y ensanchado en sus partes laterales cuando está echado el enfermo, prominente en el bajo

vientre si está de pié ó sentado, y abultado en el lado más declive si se echa sobre uno de sus lados. Cuando hay mucha distension, la piel está tersa, resistente, lustrosa, sin color especial si la ascitis ha sido rápida, pero de un color blanco y edematosa cuando la hidropesía es antigua; en ambos casos está surcada por venas dilatadas, bastante voluminosas, presentando algunas veces equimosis y manchas negruzcas. Tanto cuando el derrame es muy considerable, como cuando no lo es tanto, se percibe fluctuacion en el vientre, dando en uno de los lados con los dedos, mientras se tiene aplicada la otra mano en el lado opuesto. La percusion da al nivel del epigastrio un sonido claro, que se extiende tanto más cuanto es menor el derrame y un sonido á macizo en los puntos ocupados por este; de consiguiente, los límites de este sonido á macizo pueden cambiar de sitio, segun la posicion que tome el enfermo, pero siempre se percibe en el hipogastrio. En los casos en que el derrame es muy considerable, se presentan síntomas secundarios que deben tenerse presentes, como son: digestiones laboriosas, algunas veces náuseas, vómitos, extreñimiento pertinaz, sed y desarrollo de gases en los intestinos que aumentan las incomodidades. Por parte de los riñones y los uréteres se presentan tambien trastornos por la compresion que sufren; así, pues, muchas veces disminuye la secrecion urinaria. Las funciones de las vísceras torácicas se alteran asimismo por la compresion que ejerce el diafragma empujado hácia arriba, así que hay disnea más ó ménos pronunciada, opresion y palpitaciones, sobre todo cuando está echado el enfermo. La cara está generalmente pálida, unas veces abotagada y otras demacrada. Cuando la hidropesía es idiopática y esténica, el derrame se verifica con rapidez y va precedido y acompañado de fenómenos inflamatorios, de modo que hay calor halituoso y pulso duro, frecuente y dilatado. Cuando hay poco líquido derramado en el peritoneo puede no dar lugar á signo alguno, si solo ocupa el interior de la pélvis, pero si es más considerable, aunque no cause aumento de volúmen de la parte inferior del vientre, puede demostrarlo la fluctuacion y percusion, solo que para percibir la primera es preciso no producirla de un lado á otro del abdómen, sino aplicando una mano en el sitio que se sospecha el derrame y percutir con un dedo de la otra mano

á algunos centímetros de distancia. En este caso la percusion es el signo más precioso, pues se nota por ella el sonido á macizo, que cambia segun cambia la posicion del enfermo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la ascitis es muy variable; unas veces es primitiva, otras consecutiva á ciertas hidropesías, como al edema de las extremidades en las enfermedades del corazon, y al de la cara en la nefritis albuminosa. El derrame unas veces aumenta con rapidez, otras con lentitud y otras sufre alternativas en su cantidad. La duracion es siempre de consideracion, pues siendo raro que termine antes de un mes persiste á veces medio, un año ó más. La terminacion más frecuente es por la muerte; sin embargo, puede terminar tambien por la curacion absorbiéndose el derrame poco á poco, ó bien repentinamente por medio de un flujo por los intestinos, la orina ó la piel, habiéndose observado en algunos casos raros que se ha ulcerado el ombligo y el líquido ha salido por él.

Anatomía patológica. El derrame es por lo general muy abundante, pues nunca baja de uno á dos litros y puede elevarse hasta cincuenta y aun ciento. El líquido que forma el derrame es claro ó algo turbio, presenta generalmente un color cetrino ó verdoso, es inodoro y raras veces de olor fétido, presenta al tacto una consistencia oleaginosa, es muy rico en albúmina y sales y puede contener algunos copos albuminosos. El peritoneo está por lo general empañado y algo blanquecino. El hígado, bazo y riñones pueden estar exangues y atrofiados por la compresion que han sufrido con el derrame.

Diagnóstico. El aumento de volúmen del vientre, la fluctuacion y el sonido á macizo son los tres signos que dan á conocer la ascitis juntamente con el cambio de estos fenómenos, segun cambie la posicion del enfermo; sin embargo, hay enfermedades que pueden simular esta hidropesía, y principalmente la hidropesía enquistada del ovario, en la que hay tambien tumefaccion del vientre y fluctuacion; pero en este caso el sonido á macizo que suministra la percusion se presenta del lado del ovario afecto y no cambia con la posicion del enfermo; además dicho sonido describe una línea convexa en vez de una cóncava que describe en la ascitis. Tambien pudiera confundirse la ascitis con el embarazo en los primeros meses de este, pero en el embarazo el tacto da la forma

del globo uterino, el sonido á macizo ocupa solo el epigastrio y describe una línea convexa superior, y la fluctuacion es oscura; más adelantado el embarazo, los movimientos del feto y los latidos de su corazon aclaran el diagnóstico. Las mismas diferencias existen entre la ascitis y la hidrometra ó acumulo de serosidad en la matriz. La distension de la vejiga por la orina puede simular en cierto modo la ascitis; y decimos en cierto modo, porque se puede circunscribir por el tacto el órgano; además de que, introduciendo una sonda en la vejiga, la evacuacion de la orina quita todo error. En los casos de timpanitis en que aumenta de volúmen el vientre basta la percusion para no confundirla con la ascitis. Un quiste hidatídico del hígado muy desarrollado y dirigido hácia el vientre pudiera simular una ascitis, pero la falta de sonido á macizo en la parte inferior del vientre disipa las dudas. Tambien pudiera confundirse con los tumores enquistados de las paredes abdominales llamados hidropesías enquistadas del peritoneo, que á veces ocupan todo el vientre, y en los que hay aumento de volúmen, fluctuacion y sonido á macizo á la percusion; pero este sonido no cambia con la posicion del enfermo y existe en toda la extension del tumor, además de que la enfermedad ha empezado por un tumor circunscrito, que poco á poco ha ido invadiendo el vientre. Una vez establecida la existencia de la ascitis, hay que investigar si es esencial ó sintomática, lo cual conoceremos estudiando con atencion las causas y la marcha de la enfermedad.

Pronóstico. El pronóstico de la ascitis es siempre grave, no porque el derrame determine la muerte, sino por las lesiones que la producen y por la compresion de los órganos abdominales y torácicos, que pueden contribuir tambien á acelerar la muerte. Las ascitis esenciales ofrecen, sin embargo, ménos peligro.

Tratamiento. Es el mismo de las hidropesías en general; sin embargo, la ascitis esténica esencial exigirá el uso de las evacuaciones sanguíneas, así como la asténica la de los tónicos. Tanto en una como en otra forma, la escila y la digital, administradas al interior como diuréticos y aplicadas al exterior, son muy útiles; pero lo son mucho más aun los purgantes drásticos mientras las fuerzas del enfermo y el estado del tubo digestivo permitan emplearlos. Tambien se aconse-

ja como útil, siempre que no haya edema de las paredes abdominales, el barnizamiento del vientre con la tintura de iodo. Cando no han dado resultado todos los medios empleados y la mucha distension del vientre produce disnea y ansiedad considerable, se debe evacuar el líquido por medio de la paracentesis.

PENFIGO.

Definicion. El penfigo, que es una verdadera fluxion serosa de la piel y puede considerarse, segun Cazenave, como una hidropesía de la piel, está caracterizado por la formacion de un número variable de ampollas, á veces muy voluminosas, que se desgarran fácilmente y se secan despues de la salida del líquido, formando escamas, ó bien terminan por una ligera escoriacion.

Etiología. Son desconocidas las causas del penfigo; sin embargo, se ha observado que es más frecuente en el hombre que en la mujer, que el agudo ataca especialmente á los jóvenes, así como tambien á los viejos, las personas debilitadas por enfermedades crónicas, la miseria, los excesos venéreos y las privaciones. Segun Cazenave, el frio húmedo tiene influencia sobre el desarrollo del penfigo. Se presenta á veces como epidémico, pero no es en manera alguna contagioso.

Sintomatología. El penfigo se presenta bajo la forma aguda y la crónica.

El *penfigo agudo* presenta en algunas ocasiones como prodromos, malestar, inapetencia, calentura y prurito. Del segundo al cuarto dia de la existencia de estos síntomas aparecen manchas rojas de diversos diámetros, redondeadas, ligeramente prominentes, acompañadas de sensacion de calor y prurito, y en cuyo centro se forma una ampolla parecida á la que determina la quemadura y la vexicacion. No todas las manchas se suelen cubrir de ampollas, pero nunca deja de elevarse más ó ménos la epidermis, de lo que nos convencemos pasando el dedo ligeramente por cima de las manchas, y entonces se desprende la epidermis y se moja el dedo. Las ampollas son redondeadas, globulosas, trasparentes y contienen un líquido alcalino de color cetrino, que se vuelve despues rojizo, albuminoso, inodoro y en algunos casos fétido.

Del segundo al tercer dia se aplanan las ampollas, se vacian, se seçan y forman costras delgadas y negruzcas que al fin desaparecen, quedando en su lugar una mancha de color de heces de vino ó de un rojo oscuro que puede persistir por mucho tiempo. La erupcion puede ser muy abundante y venir acompañada de fenómenos generales más ó ménos graves.

El *penfigo crónico* está caracterizado por los mismos síntomas que el agudo, solo que al lado de las flictenas que terminan nacen otras, de modo que pueden verificarse erupciones sucesivas durante meses y aun años, ocurriendo que cuando la enfermedad se prolonga se demacran los enfermos, se infiltran los miembros, se establece una diarrea coalicuativa y por fin sobreviene la muerte.

Duracion y terminaciones. El penfigo agudo tiene una duracion que varía de uno á tres setenarios, y el crónico puede durar meses y aun años. La terminacion del penfigo agudo es por la curacion, á ménos de haber complicacion, y el crónico por la muerte á causa del mal estado de la economía y afecciones que se complican.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad es fácil, sin embargo de que puede confundirse con algunas otras erupciones. En la rupia las ampollas son siempre raras, tienen una márcha lenta y son reemplazadas por costras gruesas negruzcas y prominentes que cubren á verdaderas ulceraciones, con cuyos caractéres se distingue del penfigo. Las vexículas voluminosas del zona pudieran confundirse con las ampollas pequeñas del penfigo, pero la existencia de verdaderas vexículas en aquel, su aparicion formando semicírculo y el ser asiento de grandes dolores neurálgicos, establece bien la distincion entre ambas enfermedades. No pueden confundirse las ampollas del penfigo con las elevaciones del epidermis que se presentan en el ectyma, porque el líquido que estas contienen es purulento.

Pronóstico. El del agudo es leve y el del crónico grave.

Tratamiento. En el penfigo agudo se usarán las bebidas diluentes acídulas, la dieta, los baños tibios y las lociones narcóticas. M. Cazenave aconseja por la mañana y la noche una píldora de la composicion siguiente: extracto de acónito un gramo y extracto de taraxacon tres gramos para hacer cuarenta píldoras. La sangría solo está indicada cuando hay

viva reaccion. El penfigo crónico se combate tambien con las bebidas acídulas, los baños alcalinos y se procura reconstituir la economía por medio de los tónicos, los ferruginosos y los analépticos, combatiendo las complicaciones con los medios apropiados.

FLUXIONES CATARRALES Ó CATARROS.

Definicion. Se conocen con este nombre las fluxiones de las membranas mucosas que determinan un aumento de secrecion del flúido que segregan los folículos de las mismas.

Etiología. Las fluxiones catarrales se ven con frecuencia aparecer bajo la influencia de una constitucion atmosférica fria y húmeda ó variable, así como á causa de la supresion repentina del sudor. Están más predispuestos á padecerlas los individuos de temperamento linfático, las mujeres, los niños y las personas debilitadas por cualquier causa.

Sintomatología. Los catarros, que en su período de agudeza se confunden con las fluxiones flojísticas del sistema mucoso, suelen ser comunmente primitivos, pero algunas veces quedan como reliquias de una flegmasía de las mucosas cuando no se resuelven ni supuran. Están caracterizados por el flujo de un líquido sero-mucoso, ténue, incoloro ó blanco, agrisado y viscoso, que escoria las superficies que toca y que á medida que la enfermedad persiste se vuelve más espeso y toma un color amarillento ó verdoso, perdiendo su cualidad irritante. Este producto de secrecion, que tiene un olor fastidioso y rara vez fétido, es casi siempre alcalino y en algunos casos ácido, tomando en ciertas circunstancias un aspecto puriforme. Estos catarros no van generalmente acompañados de dolor, pero sí suele haber en el órgano afecto calor y prurito: tampoco se suele acompañar de calentura ó esta es de poca intensidad. Si el catarro es crónico y con abundante secrecion, los enfermos están descoloridos y débiles, tienen alteradas las digestiones, y en un período más avanzado sobreviene la calentura héctica.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de los catarros es bastante irregular; así que unas veces siguen una marcha aguda y otras crónica, y en ocasiones se observan en ellos exacerbaciones, ya debidas á un enfriamiento, ya sin causa

apreciable. La duracion de los catarros es muy variable; rara vez menor de siete dias cuando es agudo y de una duracion indeterminada cuando es crónico. La terminacion del catarro agudo es generalmente por la curacion; en algunos casos el catarro cuando no va acompañado de una secrecion excesiva es compatible con el estado de salud. Cuando el catarro es crónico su terminacion más frecuente es por la muerte, á causa de ser muchas veces sintomático de otras enfermedades graves, y por la depauperacion que ocasiona en la economía cuando produce una secrecion muy abundante.

Diagnóstico. Los catarros, que cuando son agudos se confunden con las fluxiones flojísticas de las membranas mucosas, no pueden confundirse con las flegmasías por su falta de dolor y de calentura, y además porque el producto segregado no tiene tendencia á organizarse, como sucede con los productos de exudacion en las flegmasías.

Pronóstico. El de las enfermedades catarrales varía segun su asiento, y la intensidad, duracion y abundancia del producto segregado, así que puede ser más ó menos grave.

Tratamiento. Ante todo debe calmarse el orgasmo secretorio con las bebidas demulcentes y atemperantes y desviarle hácia la piel principalmente por medio de los sudoríficos y algunas veces al tubo digestivo por medio de los purgantes, y una vez calmado el orgasmo se aplicarán vejigatorios en la proximidad del órgano afecto si el flujo persiste. Cuando el catarro pierde su primitiva agudeza se administran los balsámicos, ya solos, ya unidos á los calmantes cuando á la hiperdiacrísis acompaña la irritabilidad de los órganos afectos. Tambien son muy útiles para reconstituir la economía los tónicos y los ferruginosos.

CATARRO BRONQUIAL AGUDO.

Definicion. Le definiremos con el Dr. Santero diciendo que es una fluxion mucosa ó catarral que se desenvuelve en la membrana que tapiza la superficie interna de los bronquios, y se distingue de la bronquitis por el carácter inflamatorio que á esta corresponde.

Sinonimia. Se le conoce tambien con los nombres de flu-

xion ó reuma de pecho, catarro pituitoso agudo ó flegmorragia.

Etiología. Los niños y los ancianos son los más predispuestos á esta afeccion, aunque tambien ataca á los adultos; igualmente están expuestos á padecerle los linfáticos y los que hacen una vida sedentaria. Se desarrolla bajo la influencia de una temperatura húmeda y fria y á causa de variaciones atmosféricas.

Sintomatología. El catarro bronquial va precedido generalmente del coriza (1), aunque otras veces invade casi de un modo repentino, quejándose los enfermos de ardor y opresion de pecho, anhelacion, tos frecuente y por golpes, al principio seca y despues acompañada de una espectoracion abundante, compuesta de una serosidad mucosa y espumosa, que más adelante se hace más espesa, amarillenta y suave. Los golpes de tos suelen producir dolores incómodos en las inserciones de los músculos que rodean la cabeza y el torax. Por la percusion se nota una sonoridad perfecta en todo el pecho, y por la auscultacion estertores diseminados en toda la extension del pecho, vibrantes en unos puntos y mucosos ó subcrepitantes en otros. Algunas veces se acompañan estos síntomas de una calentura de tipo contínuo remitente, y otras, cuando se desarrolla bajo la influencia de una constitucion epidémica, se presentan tambien escalofrios frecuentes, dolores vagos en el tronco y en las extremidades y un estado saburral mucoso.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es contínuo con algunas exacerbaciones; suele durar de uno á tres setenarios, desapareciendo pronto el estado febril si se ha presentado, y quedando solo al enfermo disminucion del apetito, tos, opresion y espectoracion amarillenta y algo concreta. Otras veces puede persistir la tos por cuarenta y aun sesenta dias sin comprometer la vida, pero en ocasiones puede extenderse hasta las pequeñas ramificaciones bronquiales y determinar el catarro sofocante que dejamos ya descrito con el nombre de bronquitis capilar, pues esta puede ser producida, tanto por la flegmasía de la mucosa, como por

(1) Enfermedad que hemos descrito entre las inflamaciones aunque tiene más bien carácter fluxionario.

la fluxion de que ahora nos ocupamos. La terminacion del catarro bronquial agudo es por la salud, á ménos que una secrecion excesiva y difícil de expeler determine la asfixia. El catarro bronquial agudo puede tambien pasar al estado crónico, ya porque no se resuelva, ya porque se reproduzca con mucha frecuencia.

Anatomía patológica. La autopsia solo demuestra que la mucosa tiené un color rojo difuso é inyeccion en algunos puntos, así como mayor engrosamiento con blandura de la misma, debido á un estado de infiltracion serosa del tejido celular submucoso; no hay ulceracion ni acceso submucoso, como suele presentarse en la flegmasía legítima. La mucosa está barnizada por el moco que se segrega.

Diagnóstico. Unicamente pudiera confundirse con una bronquitis, pero debe tenerse presente que la inflamacion de la mucosa es ménos frecuentre, más fija, más profunda y más limitada que la fluxion; además la invasion es diferente, el producto segregado ménos considerable y los accidentes no cesan rápidamente.

Pronóstico. Es por lo general de poca consideracion, á no ser que se extienda á los pequeños bronquios ó la espectoracion sea tan difícil que pueda temerse la asfixia.

Tratamiento. Debemos hacer guardar cama al enfermo los primeros dias, administrándole las infusiones teiformes de borraja y violeta, los cocimientos pectorales como el de nuestra Farmacopea, todos templados, con el objeto de favorecer el sudor, y para calmar la tos, la masa pilular de cinoglosa, el looc blanco con el jarabe de meconio, y si esta se hace muy molesta se emplea el extracto de belladona unido al de ópio. A estos medios se añadirán como auxiliares los sinapismos á las extremidades inferiores, las unturas al pecho con la pomada de belladona ó el cerato de esperma de ballena, las cataplasmas emolientes y los vahos emolientes por la boca. Si el orgasmo fluxionario fuese intenso y tenaz, se harán aplicaciones de sanguijuelas en la bifurcacion de los bronquios, y aun se practicará la sangría si fuese grande la disnea y opresion; pero este medio está raras veces indicado á causa de la debilidad constitucional del sugeto ó del estado en que se hallan las fuerzas y el pulso. Cuando despues de rebajada la agudeza del padecimiento subsiste el estado de hipersecre-

cion se usarán para repelerle los purgantes y los revulsivos sostenidos en los brazos; al mismo tiempo se administra el jarabe de bálsamo de Tolú, solo ó unido á los preparados de ópio, y más adelante las inhalaciones de agua de brea. Si el catarro extendiéndose á las vexículas se hace sofocante, se usará, despues de haber empleado las evacuaciones sanguíneas, si se hallan indicadas, el emético para favorecer la espectoracion, aunque en los viejos es preferible la ipecacuana.

CATARRO BRONQUIAL CRÓNICO.

Definicion. Esta enfermedad consiste en la fluxion catarral prolongada y fija en la membrana mucosa bronquial.

Etiología. Es unas veces consecutivo al catarro agudo ó á una bronquitis aguda; otras veces se desarrolla de un modo primitivo en los viejos y en los niños linfáticos, ó por influencias permanentes de clima ó localidad; tambien sobreviene como sintomático en los tubérculos pulmonares, las lesiones del corazon, el reuma crónico, en el herpetismo y en la escrofulosis, siendo algunas veces consecutivo á la tos ferina.

Sintomatología. Laennec admitió tres formas del catarro crónico, que son: el *mucoso*, el *pituitoso* y el *seco*. Los síntomas que caracterizan el mucoso son: mayor ó menor disnea, tos con espectoracion abundante de mucosidades de color amarillento ó verdoso, gris súcio, de aspecto puriforme, inodoras por lo regular, pero de olor fétido otras; los esputos están formados por moco, células epiteliales, glóbulos parecidos á los del pus. Además hay fatiga cuando la marcha es precipitada ó por planos muy inclinados; la auscultacion deja percibir estertores secos en unos puntos y húmedos en otros, agregándose á todos estos síntomas, palidez de la cara, demacracion, disminucion del apetito, frecuencia del pulso y pérdida de fuerzas. Llegado á esta altura el padecimiento pueden desaparecer los síntomas generales, quedando solo los locales, ó agravarse más, determinando la calentura héctica.

El catarro pituitoso ó flegmorragia pulmonar está caracterizado por los síntomas siguientes: tos por la noche al acostarse y por la mañana al levantarse, acompañada de una espectoracion muy abundante compuesta de una sustancia sero-mucoso-puriforme, de consistencia ténue y fétida en

ocasiones. Tambien hay disnea, que suele calmarse al poco rato de cesada la tos; la auscultacion deja percibir estertores vibrantes en unos puntos y mucosos en otros. A medida que se hace más antiguo el catarro, se aumenta la espectoracion y la disnea, la cual llega á hacerse continua con accesos de sofocacion en los golpes de tos (*asma húmedo*). El estado general se altera, los enfermos se ponen amarillos ó pálidos, se demacran y debilitan, tienen calentura por las tardes ó las noches, con ardor en las palmas de las manos, y tambien presentan algunos edema de las extremidades inferiores, muriendo por fin sofocados ó por consecuencia de una enfermedad intercurrente.

El catarro seco está caracterizado por disnea habitual con cansancio al hacer ejercicio y á los golpes de tos, la cual es fuerte y apenas va acompañada de una pequeña cantidad de mucosidad viscosa y grisácea, que forma esputos globulosos ó numulares de un aspecto perlado. La violencia de tos determina obstáculos á la circulacion de la sangre en el aparato respiratorio, y en su consecuencia encendimiento del rostro y hasta color violado de la cara y en algunos casos vómitos simpáticos. La respiracion es ruidosa y se perciben estertores vibrantes secos, graves y sonoros ó agudos ó sibilantes.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del catarro crónico es contínuo, aunque presentándose en ocasiones exacerbaciones; tiene una duracion larga é indeterminada, y aun cuando se le llegue á paliar ó no altere mucho la salud por algun tiempo, por fin termina de un modo funesto. El catarro seco determina el enfisema y la bronquectasia ó dilatacion de los bronquios.

Anatomía patológica. Las lesiones propias del catarro, tanto mucoso como pituitoso, son inyeccion en forma de manchas ó arborizaciones en la membrana mucosa, que además de tener un color violáceo ó pálido se halla engrosada y blanda, hay infiltracion del tejido celular, flacidez del tejido fibroso y muscular de los bronquios y estrechez en unos puntos y dilatacion en otros de estos tubos. En el catarro seco hay infartos con endurecimiento de la membrana mucosa; los vasos están como varicosos, y tanto la mucosa como los tejidos fibroso y muscular de los bronquios están hipertrofiados y al mismo tiempo dilatados.

Diagnóstico. No puede confundirse con la tísis tuberculosa si se tienen en cuenta las circunstancias etiológicas é individuales, la índole de los ruidos que se perciben en el pecho, que son estertor de ronquido y mucoso diseminados, además de observarse en la parte inferior de los pulmones y no en la superior, como en los tubérculos pulmonares.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad es grave, pues aun cuando puede ser compatible con la vida por más ó ménos tiempo, por fin tiene una terminacion funesta.

Tratamiento. Siempre que el catarro crónico se exacerbe con agudeza fluxionaria más ó ménos considerable, aplicaremos el tratamiento del catarro agudo. Pero exceptuando estos casos de agudeza, el tratamiento del catarro crónico será el siguiente: se aconsejará al enfermo, siempre que sea posible, que viva en un clima templado y seco, el uso de vestidos interiores de franela en el invierno y de algodon en el verano, que evite los cambios bruscos de temperatura, se abstenga de los ejercicios violentos de todas clases y se prive del uso de las bebidas espirituosas. En el catarro húmedo, tanto mucoso como flegmorrágico, se administrarán diez centígramos de extracto tebáico disueltos en 90 gramos de agua de violetas, edulcorada con 30 gramos de jarabe balsámico para tomar tres ó cuatro veces al dia, ó en las mismas épocas tres ó cuatro píldoras, compuesta cada una de cinco centígramos de bálsamo de Tolú y uno de extracto tebáico; tambien se aconseja el uso interior del agua de brea, del bálsamo de copáiba y los preparados de azufre unidos á los balsámicos. Es igualmente útil el cocimiento de líquen islándico edulcorado con el jarabe balsámico ó unido con una tercera parte de agua de brea. Tambien son útiles los vahos de brea, benjuí ó bayas de enebro, y mejor las inhalaciones, por medio de un pulverizador, del agua de brea mezclada con la infusion de flor de sauco. Los revulsivos son muy útiles en esta afeccion, ya á la piel por medio de vejigatorios volantes, epitemas rubefacientes como el emplasto de pez de Borgona ó el de Ranque y la pomada estibiada, ya al tubo digestivo por medio de los purgantes, ya excitando la diaforesis con los medios conocidos. Si la expectoracion es difícil y la secrecion de mucosidades muy abundante, se usarán los eméticos y el quermes, y si se produce la fiebre héctica y hay demacracion, se emplearán

los tónicos y los analépticos sin abandonar los balsámicos. Si el catarro mucoso depende de un vicio reumático, herpético ó escrofuloso, se emplearán los medios apropiados para combatirlos. Cuando el catarro es seco, se usarán para reblandecer los tejidos endurecidos y á título de resolutivos, el jabon amigdalino en píldoras, solo ó unido á la goma amoniaco, y los carbonatos de sosa, potasa ó amoniaco en cantidad variable de 50 centígramos á 2 gramos al dia. Un resultado igualmente favorable ofrecen el óxido blanco de antimonio y la goma amoniaco solos ó unidos. Para modificar el estado secretorio de la membrana mucosa bronquial puede recurrirse á las aguas minerales sulfo-nitrogenadas, como las del Molar, Ontaneda, la Puda y Cervera de Rio Alhama. En el catarro seco son muy útiles las aguas salino-azoadas de Panticosa, Caldas de Oviedo y de Alhama de Aragon.

SABURRA.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en una hiperdiacrisis catarral de la membrana mucosa del estómago y el duodeno con depósito del material segregado en la cavidad que reviste.

Etiología. Las causas que la determinan son: las sustancias ó los alimentos difíciles de digerir, las malas digestiones, los excesos en la comida, las constituciones médicas de índole catarral, el abuso de la hortaliza, la fruta y los helados, la influencia del calor húmedo sobre la funcion del hígado, ó del frio húmedo sobre la mucosa del estómago y las afecciones morales tristes. Se presenta en la infancia en los niños que guardan mal régimen en la alimentacion, y en los viejos, principalmente si son glotones. Es más frecuente en la primavera y el otoño á consecuencia de las variaciones atmosféricas de estas estaciones.

Sintomatología. Las causas que determinan la saburra, unas veces se limitan al estómago, y tenemos la saburra *gástrica ó alta,* ó se extienden á los intestinos, y producen la saburra *intestinal ó baja.* Tambien se ha dividido la saburra en *mucosa* y *biliosa,* segun que la actividad secretoria se fija en la mucosa ó en el órgano secretorio de la bílis. La saburra alta mucosa se caracteriza por inapetencia y aun aversion á los

alimentos, sed variable con deseo de bebidas ácidas, no se gustan los alimentos ni las bebidas, hay regurgitaciones alimenticias ó eruptos ácidos ó que huelen á huevos podridos, mal gusto y pastosidad de la boca, aliento ácido, lengua cubierta de una capa gruesa, blanca ó agrisada, náuseas y aun vómitos de sustancias mucosas, sensacion de peso en la region epigástrica, desarrollo de flatuosidades, astriccion de vientre más bien que diarrea, orina turbia y blanquecina; á estos síntomas se agregan palidez, pesadez de cabeza ó cefalalgia supraórbitaria, vahidos y quebrantamiento en las extremidades inferiores. Cuando la saburra alta es biliosa, el gusto de la boca es amargo, la capa que cubre la lengua tiene un color amarillento; hay extreñimiento unas veces y otras diarrea, la orina es de color rojizo oscuro, las alas de la nariz y las conjuntivas adquieren un color subictérico. Cuando la saburra es intestinal no hay tanta inapetencia, ni la capa de la lengua es tan densa; hay algunos dolores intestinales, se marca más el meteorismo, se produce más comunmente la diarrea y el cansancio y los dolores contusivos de las extremidades son más incómodos.

Curso duracion y terminaciones. Esta enfermedad cede al cabo de algunos dias, ya espontáneamente, ya por medio de alguna crísis, como sudores copiosos ó más bien evacuaciones por arriba ó por abajo. La convalecencia generalmente es rápida, aunque en algunos enfermos quedan trastornos nerviosos, como gastralgia, vómitos, vértigos, digestiones más ó ménos difíciles, etc. La saburra graduada, cuando es producida por la indigestion expone á los niños á la eclampsia ó alferecía y en los ancianos suele dar orígen á la fiebre mucosa, que con facilidad se trasforma en lenta nerviosa. Esta enfermedad recidiva con frecuencia.

Complicaciones. La saburra complica muchas enfermedades agudas, como ya hemos visto en las que hasta aquí llevamos descritas, por cuya razon nos excusamos de mencionarlas.

Pronóstico. No presenta gravedad.

Tratamiento. Cuando la saburra no es muy graduada bastan la dieta, las bebidas diluentes y los sudoríficos cuando es mucosa; si es biliosa, las bebidas acídulas. Cuando la saburra es más graduada hay que hacer uso de los vomitivos si es alta, y los purgantes si es baja. Respecto á la eleccion del vomitivo daremos la preferencia á la ipecacuana cuando la saburra es mucosa y al tartaro emético cuando la saburra es biliosa, administrándolos á las dósis y con las precauciones establecidas en la materia médica, debiendo advertir que si la ansiedad y el vómito se prolongan demasiado se debe calmar con cucharadas de la mistura antiespasmódica calmante ó sorbos de agua fria. Cuando la saburra es intestinal se hace uso de los purgantes, dando la preferencia en la mucosa á los salinos unidos á los de sabor amargo, como el sen ó el ruibarbo, siendo muy á propósito para llenar esta indicacion la pocion angélica ó la tisana laxante de la F. E.; si la saburra es biliosa se usarán los purgantes ácidos, como el cremor, y tambien la limonada de citrato de magnesia. Cuando la saburra gástrica está complicada con la intestinal se dará un emeto-catártico (emético 10 centígramos, sulfato de sosa 24 gramos). Si despues de llenar la indicacion evacuante queda perezoso el aparato digestivo, se deben usar los cocimientos de achicorias amargas, ajenjos, centaura menor, genciana, etc.

GASTRORREA.

Definicion. Esta enfermedad consiste en la expulsion por la boca con vómito ó sin él de un líquido mucoso procedente del estómago.

Etiología. Esta enfermedad parece que ataca más á los hombres que á las mujeres, á los que hacen uso de alimentos muy excitantes ó condimentados y á los que abusan de los alcohólicos; otras veces parece ser producida por un trastorno en la inervacion gástrica, pero el mayor número de veces es sintomática de una degeneracion escirrosa ó cancerosa de las paredes del estómago.

Sintomatología. Está caracterizada por la expulsion, ya con vómito, ya sin él, de una cantidad variable de un líquido análogo á la clara de huevo, trasparente é insípido unas veces y otras ácido salado. Esta secrecion sobreviene generalmente por la mañana en ayunas, siendo raro que se verifique á otras horas, ó algunas despues de las comidas, en cuyo caso no se expulsan los alimentos. En la mayor parte de los en-

fermos no producen incomodidad los vómitos, ni se disminuye el apetito, ni se alteran las digestiones.

Curso, duracion y terminaciones. La expulsion de las mucosidades puede efectuarse todos los dias, ó una vez ó varias todas las semanas, ó pasar varios meses entre acceso y acceso. La duracion es larga, pudiendo convertirse en un flujo constitucional. Esta enfermedad puede terminar por la curacion.

Diagnóstico. Para distinguir si una gastrorrea es esencial ó sintomática de una afeccion cancerosa, se debe tener presente que si las digestiones son difíciles, hay anorexia contínua, se demacra el enfermo y toma un color subictérico, se trata de una gastrorrea sintomática.

Pronóstico. No ofrece gravedad cuando es idiopática la gastrorrea, pero siempre es una enfermedad incómoda y á veces rebelde.

Tratamiento. Conviene en esta enfermedad un buen régimen, compuesto de alimentos tónicos sacados del reino animal, el uso moderado de los vinos generosos, el de las aguas gaseosas y las infusiones de café despues de las comidas. Es conveniente mantener el vientre libre y hacer uso de los amargos, como la quina, la genciana, la simarruba, los ferruginosos y los baños de mar. Algunas veces contiene una gastrorrea el uso de un purgante. Si esta enfermedad coincide con una neurosis dolorosa del estómago se administrará algun opiado.

DIARREA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por evacuaciones intestinales más ó ménos abundantes y numerosas.

Etiología. Reconoce las mismas causas que la saburra, y es frecuente observarla en las estaciones en que dominan las intemperies húmedas ó en las que las alternativas de frio y calor, de sequedad y humedad son frecuentes; tambien es la consecuencia natural de una indigestion. En otras ocasiones es sintomática de muchas enfermedades agudas y crónicas; es frecuente en los niños en la época de la denticion ó cuando padecen lombrices. Tambien se presenta en ocasiones como fenómeno crítico.

Sintomatología. Esta enfermedad está constituida por evacuaciones de vientre más ó ménos abundantes y numerosas, líquidas y compuestas de un humor bilioso (*diarrea biliosa*) ó sero-mucoso (*diarrea catarral*). Estas evacuaciones se verifican sin dolor ni pujo ó con una molestia muy ligera. No hay calentura; las funciones digestivas no sufren alteracion, aunque otras veces disminuye el apetito y aumenta la sed, notándose algunos borborigmos en el vientre. La diarrea produce una debilidad proporcionada á la abundancia de las evacuaciones.

Curso y duracion. Puede seguir un curso agudo ó crónico, durar uno ó varios dias ó persistir por varias semanas con alternativas. Recidiva con frecuencia.

Diagnóstico. Se distingue de la enteritis por la ausencia del dolor ó su poquísima intensidad, por la falta de calentura y porque en el mayor número de casos se ejercen bien las funciones del estómago.

Pronóstico. La diarrea esencial aguda no ofrece cuidado alguno.

Tratamiento. El tratamiento de la diarrea es por lo regular sencillo: dieta de caldo ténue, sopa de pan tostado ó de arroz, bebidas mucilaginosas y gomosas y abrigo para facilitar la traspiracion: si esto no bastase se usará el cocimiento blanco de la F. E. Tambien puede usarse con mucha utilidad, con el objeto de obtener un efecto sedante y astringente, el subnitrato de bismuto, á la dósis de 30 á 60 centígramos de tres en tres horas, y mejor el carbonato de bismuto. Si la diarrea es biliosa se empleará para combatirla la dieta y las bebidas acídulas frias. Si la diarrea se acompañase de un estado saburral se empleará la ipecacuana como emético. Cuando la diarrea reconoce por causa la impresion del frio húmedo se dan los sudoríficos y se hace cubrir el vientre del enfermo con una faja de lana, y cuando por la impresion del calor húmedo se ha excitado la secrecion de la bílis, se usará el ruibarbo mezclado con la magnesia á dósis moderada para expeler los materiales biliosos. Tanto en unas condiciones como en otras son muy útiles las aplicaciones al vientre de paños de un cocimiento de simiente de lino, ó bien de oxicrato ó de agua de agraz y las lavativas refrigerantes. Cuando la diarrea se sostiene, no ya por el estímulo fluxionario,

sino más bien por un estado atónico de la membrana, se usarán los astringentes unidos á los opiados, el café de bellotas y las lavativas de agua fria. El pernitrato de hierro ha sido aconsejado por Graves para combatir este estado cuando no cede á los medios comunes, prescribiendo de siete á ocho gotas diarias de la disolucion de pernitrato. Si la diarrea es sintomática no ofrece una indicacion especial; cuando es crítica debe respetarse. Hay muchas diarreas dependientes de un mal régimen ó de una habitacion insalubre que se curan cuando se cambian estas condiciones higiénicas.

DISENTERÍA.

El Dr. Santero coloca la disentería entre las fluxiones; pero nosotros la hemos descrito entre las inflamaciones por considerar que los fenómenos de gran excitacion que la acompañan la dan mejor colocacion en estas últimas.

HIPERSECRECIONES GLANDULARES.

Las glándulas reciben tambien la accion de los estímulos fisiológicos ó el influjo de órganos irritados que están con ellas en relacion por continuidad, por sinergia ó por simpatía, y se determina en ellas un orgasmo fluxionario, que trae en pos de sí el aumento de la secrecion que les es propia. Tambien se determina el flujo como supletorio del trabajo de otros órganos que no llenan su objeto. Al hablar de estas hipersecreciones no nos ocuparemos de la espermatorrea ni la galactorrea, porque corresponden á otras asignaturas.

SIALORREA.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en la secrecion exagerada de la saliva.

Etiología. Sus causas son algo oscuras, pero parece es más frecuente en la mujer y en los sugetos nerviosos; tambien se desarrolla por una viva emocion moral, como consecuencia de la supresion de un flujo habitual, por el abuso de los sialagogos y en ciertos casos de trismo y neuralgias del quinto

par. Acompaña á la estomatitis, la glositis, la faringitis, la odontalgia; es tambien simpática en muchos casos, como sucede en el histerismo, el embarazo y ciertas fiebres contínuas é intermitentes. A veces se presenta sin causa apreciable.

Sintomatología. Esta enfermedad empieza unas ocasiones de un modo repentino, otras se establece poco á poco, y se halla caracterizada por la salida más ó ménos abundante de un líquido incoloro y acuoso, generalmente insípido, de un sabor desagradable, inodoro unas veces, fétido otras; es algo viscoso y da una reaccion alcalina; sale de un modo contínuo ó intermitente, y su cantidad puede elevarse á 4 ó 5 litros en las veinticuatro horas. Esta saliva es en parte tragada y en parte arrojada por una espuicion casi contínua. Las funciones del estómago pueden no perturbarse, pero en el mayor número de casos hay dispepsia, sed, á veces gastralgia, en ocasiones demacracion y disminucion en las demás evacuaciones. Las glándulas salivales no están doloridas ni tumefactas, y en la mucosa bucal tan solo se nota palidez.

Curso duracion y terminaciones. La sialorrea sigue por lo general un curso contínuo, aunque algunas veces se presenta de un modo periódico. La duracion es de uno ó varios setenarios, y aun á veces se prolonga por muchos meses. La sialorrea cede de un modo repentino, coincidiendo esta terminacion rápida con una diarrea abundante, orina copiosa ó sudores excesivos, y otras veces desaparece poco á poco. Parece que nunca ha ocasionado la muerte, sino que esta ha sobrevenido por las complicaciones.

Pronóstico. No es por lo general grave.

Tratamiento. La indicacion principal consiste en derivar la fluxion hácia otros órganos, lo cual se consigue por medio de los purgantes y diuréticos, pues los sudoríficos siempre tienen una accion más incierta. Tambien se emplean los colutorios astringentes de ácidos minerales, miel rosada, alumbre, tanino y otros. Se han recomendado igualmente las preparaciones ferruginosas y los tónicos, y por Graves el ópio á altas dósis.

HEPATIRREA.

Definicion. Se da este nombre á la hipersecrecion hepática.

Etiología. Una de las causas que más á menudo la producen es la constitucion atmosférica caliente y húmeda, así que se la observa de preferencia en el verano y en los paises cálidos; tambien pueden ocasionarla los extravíos del régimen y las afecciones morales, sobre todo el terror y la cólera.

Sintomatología. Fijada en el hígado una excitacion fluxionaria se determina una hipersecrecion biliosa que, ya sobreviene de un modo repentino, ya va precedida de inapetencia y de los síntomas de saburra gastro-intestinal. Los enfermos arrojan, ya por vómito, ya por diarrea, una cantidad mayor ó menor de bilis verde ó amarilla, sin que estas evacuaciones se acompañen de dolores abdominales, antes bien producen la mayor parte de las veces un alivio. En otras ocasiones parte de la bilis segregada es absorbida y trasportada á la sangre, con la que se mezcla y se reparte por toda la economía, produciendo lo que se ha llamado *policolia*, que se da á conocer por coloracion amarilla de la piel y las mucosas, capa biliosa de la lengua y orina de color acafetado.

Curso y duracion. Esta enfermedad, que se reproduce fácilmente y á veces con intérvalos casi regulares, tiene una duracion muy corta.

Pronóstico. No presenta ninguna gravedad.

Tratamiento. En general bastan para moderar el flujo las bebidas frescas, gomosas, acídulas y gaseosas. Cuando llegue á producir una saburra biliosa, se le trata con los mismos medios que dijimos cuando de esta se trató.

POLIURIA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por una emision abundante de orinas acuosas y de poco peso específico, sin que contengan ningun principio azucarado.

Sinonimia. Se la ha llamado tambien hidruria, polidipsia, diabetes insípida ó diabetes falsa.

Etiología. Sus causas son desconocidas por lo general; sin embargo, se sabe que ataca con más frecuencia á los hombres,

á los linfáticos y escrofulosos; tambien se presenta en el curso de ciertas neurosis, y principalmente del histerismo, ó bajo la influencia de afecciones de ánimo. Igualmente se presenta como un fenómeno crítico. Segun algunos, puede ser hereditaria.

Sintomatología. Se caracteriza esta enfermedad por la emision casi contínua de una gran cantidad de orina clara, trasparente, casi incolora é inodora, neutra ó ligeramente ácida, que tiene poco peso específico y no se altera por el calor ni el ácido nítrico. La sed está en proporcion á las orinas expelidas; las digestiones se efectúan bien; el apetito es natural y raras veces aumentado ó disminuido; la boca está pastosa y con sensacion de sequedad; la piel seca y rugosa; hay impresionabilidad al frio y alguna demacracion; las demás funciones se ejecutan bien.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es vario, pues puede empezar en la infancia y aumentarse hasta despues de la pubertad, haciéndose luego estacionaria. Cuando ataca á los adultos adquiere pronto su máximum de intensidad. Esta enfermedad, que puede durar toda la vida, tiene por lo general una duracion larga, se reproduce con frecuencia, y aunque parece que nunca ha ocasionado la muerte, produce en los enfermos un estado habitual de debilidad.

Diagnóstico. No se confundirá con la diabetes por poco que se estudien sus síntomas, su curso, la composicion de la orina y la influencia de la enfermedad sobre la gordura del cuerpo.

Tratamiento. No se ha establecido aun uno seguro.

FLUXIONES REUMÁTICAS.

Las afecciones reumáticas han sido consideradas por los médicos de diversa manera; así que, para unos, el reuma es una enfermedad de índole inflamatoria; para otros, parecida al catarro, y por consiguiente, de índole fluxionaria; otros la consideran como análoga á las neuralgias, algunos como una enfermedad diatésica, varios como una dolencia de índole es-

pecial, y por fin, otros renuncian á clasificarla en vista de ser imposible definirla de una manera precisa. Nosotros, considerando por un lado que carece de las lesiones propias de las flegmasías, que no se acompaña de calentura á no ser que adquiera mucha intensidad ó ataque á muchas articulaciones á la vez, que no puede considerarse como neuralgia por ir acompañada esta afeccion de rubicundez y tumefaccion, y por fin, que tiene una gran movilidad saltando de unos puntos á otros con suma facilidad, considerando por otro lado que las causas que las producen son las mismas que determinan las demás fluxiones, y especialmente las catarrales, que sus síntomas son característicos del estado fluxionario, semejante al erisipelatoso, que tiende más en unos casos al flojístico y en otros al hiperdiacrítico, hemos creido conveniente clasificar las afecciones reumáticas entre las fluxiones, siguiendo las ideas del Dr. Santero.

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.

Definicion. Es una enfermedad fluxionaria caracterizada por dolor más ó ménos intenso en una ó varias articulaciones, acompañado por lo general de tumefaccion y algunas veces de rubicundez en las mismas, y que coexiste ó no con calentura más ó ménos intensa.

Etiología. Es propio el reumatismo de la juventud y de la edad adulta; más frecuente en los hombres y en los sugetos de temperamento sanguíneo ó linfático sanguíneo, aunque ataca tambien á todos los temperamentos; es hereditario, segun muchos observadores, aúnque algunos ponen en duda esta circunstancia. La causa ocasional constante de su desarrollo es la accion prolongada del frio húmedo y la supresion de traspiracion producida por los cambios repentinos de temperatura; así que es más comun en los climas que tienen estas condiciones atmosféricas y en las estaciones de primavera y otoño.

Sintomatología. El reumatismo, segun que ataca una ó varias articulaciones, se le ha denominado *mono-articular* ó *poli-articular*, y segun que se acompañado ó no de fiebre, se le ha distinguido con los nombres de *febril* ó *apirético*. El reumatismo empieza en algunas ocasiones precedido de prodromos,

como son: malestar general, quebrantamiento de los miembros, escalofrios irregulares, inapetencia, sed, unas veces fiebre y otras no, y otras veces se presenta la enfermedad de pronto y sin prodromos; cuando el reuma es apirético se presenta con dolores de mediana intensidad en varias articulaciones, ya á la vez, ya sucesivamente, que se exacerban por la noche y cambian de sitio con facilidad, y se acompañan de poco calor y tumefaccion ó no existen estos fenómenos. Cuando el reumatismo se acompaña de calentura va generalmente precedido de prodromos, aunque no es frecuente que la invasion se inicie por escalofrio violento, por más que en los primeros dias se observen escalofrios ligeros y repetidos. A la vez que se declara la fiebre, antes ó despues, los enfermos se quejan de dolor en una ó varias articulaciones, que, moderado al principio, aumenta rápidamente de intensidad.

Estos dolores, que generalmente son contusivos ó lancinantes, se exacerban desde la postura del sol á su salida, así como con la presion, y sobre todo con los movimientos, que están imposibilitados; las articulaciones están hinchadas moderadamente ó mucho, cuya tumefaccion se extiende á las partes inmediatas; la piel que cubre estas partes conserva su color normal, ó está ligeramente rubicunda, y solo por excepcion de un rojo subido. Sin embargo, ni la tumefaccion ni la rubicundez son perceptibles sino en las articulaciones superficiales, ni están siempre en relacion directa de los dolores. A veces se nota fluctuacion en la articulacion que es debida á haberse verificado un derrame seroso en la membrana sinovial; este derrame constituye en parte la tumefaccion, pues que tambien está esta constituida por el edema de la piel y del tejido celular. El número de articulaciones atacadas es variable, y los dolores desaparecen de unas para fijarse en otras. La calentura, que solo existe cuando el reumatismo tiene cierta intensidad ó hay un gran número de articulaciones invadidas, guarda en general relacion con la violencia y extension de los fenómenos locales. La temperatura del cuerpo está aumentada, aunque por lo comun no excede sino 1 ó 2 grados de la normal, y por excepcion sube hasta 40°. El pulso, que está dilatado, lleno y fuerte, tiene una frecuencia ordinaria de 90 á 100 pulsaciones al minuto, y solo por excepcion llega á 120 ó 130 pulsaciones. A estos síntomas se agregan,

sed intensa, anorexia, algunas veces disfagia, cefalalgia gravativa, insomnio ó sueño agitado; tambien hay extreñimiento, sudores copiosos de olor fuertemente ácido, y que dejan en pos de sí una erupcion miliar ó sudamina; la orina es escasa, oscura, más densa, y por el enfriamiento deja depositar un sedimento rojizo que contiene gran cantidad de uratos.

Formas. En ocasiones, por recaer la enfermedad en un sugeto sanguíneo ó por el influjo de una constitucion atmosférica fria y seca, se asocia al estado reumático otro inflamatorio, y queda de este modo constituido el *reuma inflamatorio*, que se caracteriza por la calentura de la misma índole, por estar la afeccion local más limitada y fija, ser más intensos el dolor, la tumefaccion y la rubicundez, y presentar la sangre cuando se extrae un coágulo más consistente y con costra. En otras ocasiones, y bajo la influencia de una constitucion atmosférica caliente y húmeda, se suele asociar al estado reumático otro bilioso ó policólico, originando lo que los autores han denominado *reumatismo bilioso*. Igualmente puede aparecer el reuma unido á la fiebre accesional, determinando el *reuma intermitente*, cuyos dolores se exacerban por la noche y entre el dia sin regularidad, cediendo con el estadio del sudor.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad, que tiene un período de incremento, otro de estado y otro de declinacion, no tiene, sin embargo, un curso regular; así que unas veces se fija en una ó varias articulaciones para cambiar de sitio al poco tiempo; otras, despues de haber declinado la enfermedad, vuelve á exacerbarse de pronto; y en ocasiones, despues de presentarse leve y benigna, se hace despues tenaz y maligna. Cuando el reuma reviste la forma inflamatoria ofrece un curso más contínuo y regular. La duracion presenta igual irregularidad, aunque en los casos ligeros es de ocho á quince dias y en los graves de muchas semanas, durando cuando el reuma es inflamatorio de dos á cuatro setenarios. La terminacion más constante del reumatismo es por la curacion, tanto en los casos leves como en los graves; pero esta no sobreviene de pronto, sino mediante una disminucion lenta de los síntomas, que tampoco es siempre contínua; otra terminacion muy frecuente es la curacion incompleta del reumatismo, quedando en alguna de las articulaciones un reuma-

tismo crónico que presenta gran tenacidad y que con frecuencia no concluye por desaparecer. En algunas ocasiones puede tener el reumatismo una terminacion funesta, que casi siempre es producida por alguna de las complicaciones. El reumatismo es una enfermedad que recidiva con frecuencia.

Complicaciones. De las complicaciones del reumatismo las más frecuentes son; la pericarditis, la endocarditis y la miocarditis, aunque no tanto como afirma Bouillaud; tambien se observan con más rareza la pleuresía y la pulmonía, y todavía ménos frecuentemente la meningitis cerebral y espinal, la peritonitis y la inflamacion de la cápsula del hígado. Tambien se ha observado como complicacion el corea ó baile de San Vito. En casos excesivamente raros puede haber pioemia en las articulaciones. Todas estas enfermedades se reconocen en el curso del reumatismo por sus fenómenos propios.

Anatomía patológica. Raras veces hay ocasion de hacer la autopsia de sugetos muertos en el curso de un reumatismo; pero cuando se ha podido hacer se ha observado que las modificaciones son insignificantes, limitándose á una ligera hiperemia de la cápsula sinovial y al derrame de una serosidad ténue y de color cetrino, cuya porcion albúmino-grasosa se concreta sobre la superficie de la membrana, formando una capa blanda y desigual sin trazas de organizacion. Por lo general las superfícies articulares se encuentran blandas, lisas, lustrosas y sin tumefaccion.

Diagnóstico. El reumatismo articular agudo se distingue de la fiebre reumática porque esta, además de presentarse con los caractéres de catarral, antecede á los fenómenos locales, al paso que en el reumatismo la fiebre es de carácter inflamatorio ó simple, y es precedida, por lo regular, de los fenómenos locales. En el curso de algunas enfermedades, como en el escorbuto, el muermo, la sífilis constitucional, la escrofulosis, el cólico saturnino y la infeccion purulenta, se presentan dolores reumatóideos, que no deben confundirse con el reumatismo, porque se declaran los dolores muchos dias despues de un estado general más ó ménos grave, y se acompañan de síntomas que indican su naturaleza. Los signos conmemorativos distinguirán perfectamente la artritis y las torceduras de un reumatismo. Los dolores vivos de las articulaciones que se presentan al principio de algunas enfermedades febri-

les no pueden confundirse con el reumatismo por no exacerbarse con la presion ni ir acompañados de tumefaccion ni rubicundez. Tampoco se confundirán con un reumatismo las artropatías que se presentan en la ataxia locomotora progresiva si procuramos comprobar la existencia de la ataxia.

Pronóstico. El pronóstico del reumatismo agudo es siempre de cierta consideracion por los dolores que ocasiona, las complicaciones que sobrevienen en su curso, las consecuencias que deja, su duracion incierta y su tendencia á las recidivas. Su intensidad, las articulaciones que afecta, la viveza de la calentura y la naturaleza de las complicaciones hacen variar la gravedad del pronóstico.

Tratamiento. La divergencia de los médicos respecto á la naturaleza del reumatismo ha hecho que se recomienden contra esta enfermedad las medicaciones más variadas; pero las principales indicaciones que hay que llenar en el tratamiento del reumatismo son calmar el orgasmo fluxionario, desviarle hácia otro tejido, ya sea á la piel, ya á la mucosa gastro-intestinal, y calmar el dolor; así, se debe poner el enfermo á dieta, darle bebidas diluentes ligeramente nitradas, proporcionarle un abrigo moderado, usar los polvos de Dower á la dósis de 30 á 60 centígramos, y si hay extreñimiento se administrará de cuando en cuando un ligero laxante. Para calmar el dolor y procurar el sueño si hay insomnio se administrarán 5 centígramos de extracto de ópio ó uno de morfina por la noche, y si los dolores fuesen muy intensos se dará esta misma dósis cada dos horas hasta que se obtenga el alivio. Los tópicos tienen poca accion sobre una enfermedad que no es local y que tiene una gran movilidad; sin embargo, se pueden usar como medios axilares las aplicaciones sobre las articulaciones enfermas de cataplasmas anodinas, de fricciones con pomadas de belladona ó de alguna preparacion opiada, del cloroformo unido á un aceite calmante ó el gelatinizado, ó, segun Trousseau, las aplicaciones de las sales de morfina por el método endémico. Al mismo tiempo que se emplean estos medios se obtienen muy buenos efectos del baño de inmersion á la temperatura de 28° siempre que se dé con las precauciones debidas para no enfriar al enfermo y la intensidad de los dolores no impidan el moverle, pues en este caso se debe preferir el baño de vapor. El vientre siempre debe estar libre, para lo

cual se usarán lavativas, ó como se ha dicho antes, los purgantes salinos, que tambien son útiles para terminar la curacion. Cuando el reumatismo se complica con un estado inflamatorio es conveniente el uso de las sangrías, más ó ménos repetidas, segun la intensidad de la enfermedad y las fuerzas del enfermo, ayudando la accion de estas con la pocion sedante de la Farmacopea Española, ó una emulsion en que entren de 60 á 120 centígramos de nitrato de potasa y 25 milígramos de extracto acuoso de ópio, no haciendo uso de los sudoríficos sino cuando se haya rebajado la intensidad del estudo inflamatorio. Si este estado se fija en alguna articulacion se harán sobre esta aplicaciones de sanguijuelas y fricciones con pomada mercurial y de belladona, que obran como auxiliares del tratamiento general. Cuando la forma del reumatismo es biliosa se combate el estado policólico con los eméticos y catárticos, atacando despues al reumatismo. Cuando este se asocia á una fiebre accesional es muy útil el uso del sulfato de quinina á las dósis ordinarias, medicamento que presta tambien utilidad como antipirético cuando son muy altas la temperatura de la piel y la frecuencia del pulso; para que influya ventajosamente sobre estas es preciso administrarle á la dósis de uno á dos gramos diarios. Otros varios medicamentos se han aconsejado además de los dichos; así Graves recomienda el cólchico bajo la siguiente fórmula: emulsion comun, 240 gramos; vinagre de cólchico, 15 gramos; acetato de morfina, 5 centígramos; nitrato de potasa, 2 gramos, para hacer una mistura de la que se tomará una cucharada cada dos horas ó cada hora. Tambien se ha recomendado el ioduro de potasio á la dósis de 2 á 4 gramos en disolucion en 120 de agua destilada para tomar en el trascurso del dia.

El guayaco y su resina han sido preconizados por algunos; el acónito lo ha sido por Barthez; el bicarbonato sódico á dósis altas por Garrod; la veratrina por Piedagnel en píldoras de 5 milígramos para empezar por una al dia, dos el segundo, tres el tercero, y continuar así hasta seis ó siete. Todos estos medios, sin ser aplicables á todos los casos, no dejan de ser útiles en ciertas ocasiones, ya como alterantes y resolutivos unos, ya como sudoríficos algunos, ya como diuréticos otros. Se ha recomendado tambien el uso del agua fria por medio de la hidroterapia, pero es un medio cuyo uso trae

cierta exposicion. Para fricciones se ha recomendado como calmante el cloruro de hidrógeno bicarbonado ó licor de los holandeses, así como las hechas con éter. Finalmente, se han recomendado las inyecciones subcutáneas hechas con los calmantes. El reumatismo, cuando ha sido intenso y ha durado algun tiempo, produce una depauperacion de la sangre y las fuerzas, que es necesario reponer usando una alimentacion tónica, la quina y los ferruginosos. Para evitar en lo posible las recidivas se aconseja el uso de abrigos interiores de lana en el invierno, de algodon en el verano, evitar el enfriamiento de la piel, hacer uso de baños comunes y de aguas termales, y las friegas secas generales ó parciales.

REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO.

Etiología. Las causas del reumatismo crónico son las mismas que la del agudo, y solo parece que toma aquel carácter en virtud de disposicion particular de los sugetos; tambien es consecutivo al agudo.

Sintomatología. Este reumatismo se presenta con dolores en una ó varias articulaciones, que se exacerban bastante con los movimientos y no tanto con la compresion, y tambien sufren exacerbacion desde el anochecer al amanecer; generalmente hay tumefaccion, debida en parte al derrame de sinovia en la articulacion y en parte tambien al engrosamiento hipertrófico de los tejidos blancos que forman y rodean las mismas; en otros casos esta hinchazon es aparente y debida á la atrofia de los músculos que rodean la articulacion producida por el contínuo reposo; los movimientos son difíciles y á veces nulos, y si la enfermedad dura mucho, suele sobrevenir la anquilosis completa ó incompleta. En algunas ocasiones el reumatismo crónico consiste en una série de accesos ligeros de reumatismo agudo, con ligera tumefaccion de las articulaciones, dolores que se exacerban á la presion, los movimientos y los cambios del tiempo. La continuidad de los dolores trae consigo debilitacion y demacracion de los enfermos, trastornos en las digestiones y aun la fiebre héctica.

Hay además otra forma especial de reumatismo crónico, que es el denominado por Trousseau reumatismo *nudoso* y por Niemeyer *deformante*, el cual se caracteriza por atacar

las articulaciones de las manos y los piés, al mismo tiempo que otras, ocasionando en ellas un abultamiento á modo de nudos que las desfigura é imposibilita para el ejercio de sus funciones. Esta forma se desarrolla con lentitud y se acompaña de dolores fijos, por lo general poco intensos, pero á veces sumamente fuertes. Estos dolores se exacerban con la presion y más con los movimientos, durante los que, si se aplica la mano sobre las articulaciones afectas, se siente casi siempre una crepitacion áspera; tambien se exacerban espontáneamente por la noche. Estos se presentan por accesos repetidos con intérvalos más ó ménos largos, que dejan siempre una mayor deformidad. Si solo se interesan las articulaciones de las manos ó los piés, se impiden los movimientos en estas partes, y si se extienden á todas las extremidades, produce una absoluta imposibilidad en los movimientos del cuerpo. Si los accesos se repiten con frecuencia, se alteran las funciones generales y sobrevienen dispepsias, gastralgias, anemia y demacracion con abatimiento de fuerzas.

Curso, duracion y terminaciones. El reumatismo crónico se presenta á modo de ataques que dejan libre al enfermo por más ó ménos tiempo, para volver á presentarse con los cambios atmosféricos; otras veces despues de varios ataques queda permanente el padecimiento en alguna articulacion, cediendo á temporadas, pero no desapareciendo por completo. La duracion del reumatismo crónico es larga, pues rara vez dura ménos de tres ó cuatro meses, y muchas veces se prolonga indefinidamente. No termina por sí mismo de una manera fatal, sino á consecuencia de las complicaciones y de los trastornos que á la larga produce en la economía.

Complicaciones. Además de presentarse como en el reumatismo agudo, complicaciones por parte de las cubiertas viscerales de la cabeza, pecho y vientre, como son meningitis, pleuritis, endocarditis, pericarditis, etc., se observan tambien como complicaciones ciertas paralísis, neuralgias, oftalmías y nefritis albuminosa; así como igualmente anquilosis y escaras, por el decúbito prolongado y forzoso sobre una parte.

Anatomía patológica. En algunos casos no se encuentra lesion alguna en las articulaciones; en otros hay infiltracion con engrosamiento de la cápsula sinovial é hipertrofia del

aparato ligamentoso de las articulaciones, la sinovia más ó ménos abundante, pero de aspecto sucio, conteniendo copos ó grumos. En el reumatismo nudoso ó deformante, las articulaciones están hinchadas ó deformes; la cápsula sinovial está engrosada y cubierta de vellosidades; la sinovia es espesa al principio y desaparece despues. Los cartílagos se reblandecen y adelgazan hasta desaparecer poco á poco, hallándose á veces osificados. Las extremidades de los huesos desnudas de sus cartílagos «se atrofian y enrarecen con degeneracion grasosa y produccion de vegetaciones óseas, sin perjuicio de lo cual se entumece la masa presentándose como salpicada de escavaciones. Se desarrollan, por fin, vegetaciones óseas y cartilaginosas en los tejidos que rodean la articulacion.» Hay anquilosis, dislocacion de los músculos que rodean la articulacion, y endurecimiento é infarto del tejido celular periarticular.

Pronóstico. Es de alguna consideracion, no solo por la rebeldía del padecimiento, sino por las consecuencias y complicaciones que trae en pos de sí.

Tratamiento. Se someterá al enfermo á una buena alimentacion con el objeto de sostener sus fuerzas; se le preservará de la accion del frio húmedo, recomendándole vestidos de franela interiormente; se le aconsejará que viva en sitio seco, bien ventilado y que reuna las mejores condiciones higiénicas posibles. Además de este tratamiento higiénico se usarán los baños y chorros de vapor simples, ó aromáticos cuando el padecimiento es bastante crónico y las fuerzas del sugeto están algo debilitadas. El cocimiento de los leños sudoríficos y la resina de guayaco en píldoras ayudan perfectamente la accion de los baños. Para calmar los dolores, cuando estos son muy fuertes, se emplean los preparados de ópio, y cuando no lo son tanto el extracto de acónito en píldoras. Los purgantes salinos son muy convenientes como revulsivos, usados en la temporada en que se suspenden los baños. El ioduro de potasio es de mucha utilidad como alterante y resolutivo cuando el reuma ha dado orígen á infartos, exudaciones ó concreciones. El Sr. Trousseau ha encomiado como de gran eficacia en el tratamiento del reumatismo crónico los baños que contienen de 8 á 15 gramos de sublimado para un baño de adulto, dando uno diario ó cada dos dias, hasta que se inflamen un

poco las encías, en cuyo caso los suspendia. Cuando el reumatismo se fija, es conveniente, además del tratamiento interno, el uso de las fricciones amoniacales, las de bálsamo anodino, las de ioduro potásico con extracto de belladona y cicuta, y segun Niemeyer, de ungüento napolitano con ioduro potásico, en proporcion de 2 gramos de este por 30 de aquel. Cuando con estos medios no se consigue calmar y resolver la enfermedad, se aplican vejigatorios, ventosas secas y aun el moxa sobre la articulacion enferma. Tambien se han recomendado con buen éxito las aguas termales salinas ó sulfurosas; así que cuando el reuma es reciente, no muy doloroso y recae en sugetos excitables y sanguíneos, se recomendarán las más suaves, como las de Sacedon, Trillo, Solares, Viesgo, Alhama de Aragon, Alanje, Caldas de Oviedo y otras. Cuando el reuma es más antiguo, los ataques son más frecuentes é intensos y ha dificultado el movimiento, se recomendarán las de Fitero, Arnedillo, Fuencaliente, Mula, Caldas de Besaya y Caldas de Mombuy. Cuando estas condiciones recaen en sugetos linfáticos ó de constitucion pasiva, son muy convenientes las de Archena ó Ledesma. Cuando el reumatismo afecta la forma de *nudoso* ó *deformante*, son muy útiles, además de los medios empleados contra el crónico simple, los baños termales. El Dr. Gueneau de Mussy recomendaba los baños calientes á 28° con 120 gramos de subcarbonato de sosa para cada uno, ó de 120 á 240 centígramos de arseniato de sosa, usando al mismo tiempo al interior el ioduro de potasio con el extracto de quina. El Sr. Trousseau recomendaba diez gotas de tintura de iodo en un poco de agua azucarada á la hora de las comidas, facilitando los efectos resolutivos de este medicamento con los baños de arena caliente.

REUMATISMO MUSCULAR.

Definicion. Es una enfermedad infebril, la mayor parte de las veces caracterizada por un dolor más ó ménos intenso, fijo ó ambulante de los músculos ó tejidos fibrosos, exceptuando los de las articulaciones.

Etiología. Esta enfermedad es rara en la infancia y más frecuente en los adultos y los viejos; tambien es más frecuen-

te en los hombres, en los pobres y en los que viven en sitios húmedos. La causa más comun del reumatismo muscular son los enfriamientos, ya de todo el cuerpo, ya de la parte enferma; además parece que en algunas ocasiones puede ser causado por una fatiga excesiva ó una posicion forzada de los músculos; la herencia parece ser en otras la causa del padecimiento; muchas se desarrolla espontáneamente y sin causa conocida.

Sintomatología. Esta enfermedad está principalmente caracterizada por un dolor más ó ménos fuerte, vivo ú obtuso, lancinante ó dislacerante, que se exacerba con el movimiento de los órganos afectados y el cambio de posicion de sus fibras, mientras que una presion uniforme suele moderarlos, aunque en esto hay sus excepciones. Los dolores se exacerban generalmente por la noche y se calman por la mañana, y algunas veces se añade á ellos la imposibilidad de contraer los músculos enfermos y hacerlos ejecutar movimientos activos. La piel de las partes afectas no está hinchada, roja ni más caliente que en el estado normal; tampoco hay calentura aunque los dolores sean muy intensos, ni por lo regular ningun trastorno notable de las principales funciones, á no ser que los músculos atacados concurran más ó ménos directamente á su desempeño.

La diferente localizacion del reumatismo hace que se distingan numerosas variedades de él, algunas de las que han recibido nombres particulares. Cuando el reumatismo ocupa los músculos frontal, occipital, temporal, la aponeurosis epicraniana y el pericráneo ha recibido el nombre de *epicraniano*, y el dolor ocupa el occipucio, la frente, el sincipucio y se deja sentir principalmente cuando se imprimen movimientos al cuero cabelludo. Cuando el reumatismo se fija en los músculos del cuello y la nuca, son muy dolorosos los movimientos de la cabeza, y si solo afecta los músculos de un lado, la cabeza inmóvil se inclina hácia el lado enfermo, constituyendo lo que se ha llamado *torticolisreumático*. Si el reumatismo se fija en el músculo pectoral mayor, el dolor se siente principalmente en los movimientos del brazo hácia adelante, y cuando se fija en los músculos intercostales el dolor se exacerba principalmente con las grandes inspiraciones, la tos, el estornudo, el acto de mover el tronco y la

presion sobre los espacios intercostales; en ambos casos recibe el reumatismo el nombre de *pleurodinia*. Cuando se fija en los músculos del hombro, y principalmente del deltoides, recibe el nombre de *omodinia*, y el dolor se manifiesta más particularmente cuando el enfermo quiere elevar el brazo, debiendo advertir que si los músculos se hallan en relajacion pueden imprimirse á la articulacion movimientos más ó ménos extensos y no dolorosos. Cuando el reumatismo afecta los músculos del abdómen, ó sea en el *reumatismo pre-abdominal*, el dolor se exacerba al querer sentarse los enfermos y al recorrer las fibras musculares con las puntas de los dedos, al paso que disminuye cuando se comprime uniformemente, aplicando la mano de plano. Cuando el reumatismo ataca los músculos lumbares ó la aponeurosis dorso-lumbar, en cuyo caso recibe el nombre de *lumbago*, los dolores son por lo comun intensos y se exacerban al querer doblar ó enderezar el tronco ó cuando se quiere levantar un cuerpo pesado, llegando á dejar al enfermo en la mayor inmovilidad cuando el lumbago es muy violento.

El reumatismo ataca tambien á la cubierta fibrosa de los nervios, ó sea al neurilema, y en este caso recibe el nombre de *nervioso* y el dolor se confunde con la neuralgia, porque se halla en la direccion del nervio, pero no se irradia en la direccion que él mismo lleva. Igualmente ataca á la cubierta fibrosa de los órganos contenidos en las cavidades esplácnicas, en cuyo caso recibe el nombre de *visceral*, y se manifiesta por los síntomas de la fluxion aguda de las serosas que envuelven dichos órganos, y tan sólo se conoce su carácter por el antecedente ó coexistencia de los dolores reumáticos en el exterior.

Curso, duracion y terminaciones. El reumatismo muscular es vago, es decir, que los dolores desaparecen de un punto para presentarse en otro, ó es fijo; cuando es simple, casi siempre es apirético. Su duracion es muy variable, pues puede desaparecer despues de algunas horas sin dejar señales, ó por el contrario, persistir por espacio de muchos meses y aun años, en cuyo caso se dice que es crónico. Termina siempre por resolucion.

Complicaciones. Entre las complicaciones del reumatismo muscular se han señalado las paralísis parciales de ciertos

músculos, con ó sin atrofia consecutiva, y más raras veces contracturas.

Anatomía patológica. El reumatismo muscular no presenta por lo regular ninguna clase de lesiones, sino simples hiperemias y exudaciones serosas poco abundantes; sin embargo, si el reumatismo ha obligado al enfermo á estar mucho tiempo en reposo, podrá estar el músculo descolorido y más ó ménos atrofiado, pero esto no solo se ve en el reumatismo, sino en todas las enfermedades en que los músculos están en inmovilidad.

Diagnóstico. El reumatismo muscular no puede confundirse con la miositis, porque esta está caracterizada por un dolor muy intenso, la imposibilidad absoluta de las contracciones, la ausencia de toda remision, la tumefaccion dolorosa y muchas veces la rubicundez al nivel del músculo afecto. Tampoco puede confundirse con la neuralgia, porque el dolor del reumatismo es vago y no presenta focos dolorosos, al paso que el de la neuralgia sigue siempre la misma direccion y presenta focos dolorosos.

Pronóstico. El reumatismo muscular no es grave, aunque constituye con frecuencia una enfermedad rebelde.

Tratamiento. El reumatismo muscular, cuando no es muy intenso, cede á las embrocaciones oleosas calmantes de bálsamo tranquilo y anodino, ó á las excitantes del linimento amoniacal alcanforado. Tambien produce muy buenos efectos el uso de las fricciones de cloroformo ó las aplicaciones del mismo gelatinizado. En los casos más rebeldes se aplicará un vejigatorio volante, cuya supuracion se sostendrá segun los efectos que se observen, y si los dolores no ceden, se curará el vejigatorio con una sal de morfina. En el reuma crónico deben hacerse fricciones con linimentos irritantes, aplicarse un vejigatorio volante, hacer inyecciones hipodérmicas narcóticas, dar chorros y baños de vapor y aplicar la electricidad.

DISCRASIAS Ó ALTERACIONES

DE LA SANGRE.

Definicion. Las discrasias son enfermedades generales, en que el humor sanguíneo sufre cambios anormales en su vitalidad y composicion, excepcion hecha de los cambios producidos por el influjo maligno de sustancias exteriores absorbidas, como sucede en las intoxicaciones y enfermedades específicas, y los que sufre la sangre en las flegmasías y las fiebres.

Division. «Las discrasias son *esenciales* ó *directas* cuando las alteraciones de la sangre son debidas al influjo de la atmósfera, de los alimentos ó las bebidas, ó por pérdidas abundantes, ó de un modo espontáneo por falta de energía vital en la evolucion de la edad púbera; y *secundarias* ó *indirectas* cuando son determinadas de un modo secundario á padecimientos que entorpecen ó desarreglan la accion de órganos que forman parte del conjunto de actividades solidarias para el desempeño de la nutricion.»

Etiología. «La sangre puede alterarse por exceso ó insuficencia en los elementos de reparacion de su sustancia, ya se los dé de más ó de ménos la alimentacion, las bebidas ó las cualidades de la atmósfera; asimismo puede alterarse de un modo espontáneo por defecto de fuerzas en la economía en la época en que esta sufre el tránsito de la infancia á la pubertad. La sangre puede tambien modificarse cuando se altera la actividad funcional de ciertos aparatos por donde se eliminan los materiales inútiles ya ó perjudiciales á la economía, ocurriendo que, ó no se eliminan, ó en vez de ser excretados son reabsorbidos, ó que un principio se segrega en cantidad extraordinaria por el órgano glandular, resultando de esto el afectarse la sangre en su composicion.»

Sintomatología. «Todas las discrasias presentan cambios

apreciables en el hábito exterior; así la plétora da á la piel un color encendido; el escorbuto pálido y como aplomado con manchas amoratadas y diseminadas; la anemia pálido mate, de cuya coloracion participan las mucosas; la clorosis pálido amarillento, tirando á verdoso; la hidrohemia pálido mate con abotagamiento; la ictericia amarillo, y la albuminuria tambien pálido mate. Además de estas mudanzas en la coloracion de la piel se caracterizan por la falta de calentura, á no ser que sobrevenga como un esfuerzo reactivo, por complicacion ó por el estado de los órganos que producen el mal. Los humores excretados sufren tambien cambios; así que la orina se presenta rojiza y turbia en la plétora; turbia y rojizo-oscura en el escorbuto; ténue y amarillo clara en la anemia y cloroanemia; de color de café en la ictericia; oscura al principio y despues naranjada en la albuminuria. Agréganse á todos estos cambios variadas perturbaciones del sistema nervioso y del circulatorio.»

Curso, duracion y terminaciones. «El curso de estas enfermedades es lento ó crónico las más veces. La duracion es por consiguiente larga, á excepcion de la plétora, que se resuelve en ocasiones con prontitud por la presentacion de una hemorragia espontánea. En la hidrohemia se observan, aunque raras veces, flujos de orina ó diarreas, que alivian pero no curan. Estas enfermedades no tienen períodos determinados, y producen efectos consecutivos, tanto generales como locales; así que la plétora produce congestiones y hasta hemorragias, fenómenos de compresion en el cerebro y embarazo en la respiracion y circulacion; en la hidremia sobrevienen sufusiones serosas; en la anemia mareos, enfriamiento, palpitaciones y convulsiones; en la clorosis edemas, hemorragias nasales, palpitaciones, gastralgias, jaquecas y otros; en el escorbuto hemorragías pasivas, adinamia y dolores en las estremidades. En muchas ocasiones sobreviene la muerte en estas enfermedades por accidentes viscerales.»

Pronóstico. «El pronóstico de las discrasias es de consideracion, por las perturbaciones que producen en el sistema nervioso, por lo que comprometen ciertas vísceras importantes y por el trastorno que producen en la nutricion general.»

Tratamiento. «No es posible un plan general de tratamiento para todas las discrasias; sin embargo, puede decirse

que debemos de echar mano de los agentes higiénicos, farmacéuticos ó quirúrgicos que conduzcan á aumentar ó disminuir la plasticidad de la sangre, á introducir ó sustraer los principios de composicion que estén en defecto ó en exceso. Deben tambien corregirse los estados patológicos secundarios, y cuando la discrasia sea dependiente de afecciones de alguna víscera, corregir primero esta afeccion.»

DISCRASIAS DIRECTAS Ó PRIMITIVAS.

HIPERPLASTIA.

Definicion. «Es una discrasia constituida por el aumento de la plasticidad sanguínea y de la fibrina.» (Santero).

Etiología. «La accion prolongada de un aire seco y bien oxigenado, especialmente sobre individuos que han respirado otra atmósfera de condiciones opuestas, determina sin duda un aumento en la plasticidad de la sangre, proporcionado en intensidad á su accion.»

Sintomatología. «Esta discrasia, que da orígen á la fiebre inflamatoria y las flegmasías, se caracteriza por síntomas semejantes á los de la plétora, como son: plenitud y dureza del pulso, aumento de calor, encendimiento de la piel y embarazo en las funciones cerebrales y respiratorias, á lo cual se agrega costra en la sangre cuando se extrae de los vasos.»

Tratamiento. «Debe calmarse el exceso de vitalidad de la sangre, evitando así el desarrollo de la fiebre inflamatoria y las flegmasías, por medio de la dieta, las bebidas diluentes, las pociones nitradas y la sangría.»

PLÉTORA Ó POLIEMIA.

Definicion. El Dr. Santero lo define del siguiente modo: «Es una discrasia constituida por el aumento de los glóbulos sanguíneos, que hace aparecer la enfermedad como producida por una replecion de sangre.»

Etiología. Esta enfermedad, que es rara en la infancia y adolescencia, es más comun en la edad adulta y en las muje-

res, sobre todo en el estado de embarazo. Debe su orígen á una alimentacion muy abundante y suculenta; al respirar un aire puro y bien oxigenado; á la supresion de un flujo natural como la menstruacion, ó habitual como la epistasis y las hemorroides; á la omision de una sangría habitual; á la exposicion á una temperatura muy elevada. La primavera es la estacion más abonada para el desarrollo de la plétora.

Sintomatología. La plétora puede desarrollarse poco á poco ó repentinamente. Los síntomas que la caracterizan son: encendimiento de la piel, principalmente de la cara y de las manos; ojos brillantes, pesadez, tension y muchas veces dolores de cabeza, soñolencia, vértigos, zumbido de oidos, sueño pesado y agitado por ensueños, laxitud general y llamaradas de calor á la cara; hay palpitaciones y latidos cardiacos muy pronunciados; pulso dilatado y duro, opresion de pecho, anorexia y estreñimiento. La sangre presenta un coágulo grande, de mayor densidad que la que le es propia y sin costra. Este líquido contiene ménos cantidad de agua de la normal y mayor cantidad de glóbulos, pues de 127 por 1.000 que es el término medio normal, puede ascender hasta 154, permaneciendo la fibrina en su proporcion fisiológica.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad puede durar uno ó muchos dias y aun varios meses. Unas veces se disipan los accidentes poco á poco hasta que desaparecen, otras desaparece de pronto á causa de una hemorragia, un sudor abundante, orinas copiosas ó una diarrea. Es una enfermedad que recidiva con frecuencia, reproduciéndose con los mismos síntomas y terminando siempre del mismo modo. La plétora da orígen á congestiones, hemorragias y fiebres inflamatorias, pero nunca á flegmasías.

Diagnóstico. Aunque por lo general es de fácil diagnóstico, este no siempre es evidente por no existir reunidos todos los signos de la plétora, en cuyo caso las causas nos ayudarán á fundar el diagnóstico.

Pronóstico. Nunca es grave el pronóstico de la plétora, á no ser que sean frecuentes las recidivas ó determinen una congestion permanente de algun órgano importante.

Tratamiento. El de esta enfermedad consiste en la dieta, las bebidas diluentes y las pociones nitradas. Cuando estos medios no basten ó amenace peligro, debe recurrirse á la sangría general, que se auxiliará con el uso de los laxantes. Si la plétora recidiva con facilidad se aconsejará una alimentacion vegetal y de carnes blancas, la abstinencia de licores espirituosos y de vinos generosos, se dispondrá que lleven una vida activa y se les administrará periódicamente algun laxante.

ANEMIA.

Definicion. La anemia es una discrasia caracterizada por una disminucion de la masa total de la sangre y por la disminucion de sus glóbulos rojos ó hematosina.

Sinonimia. Tambien se conoce esta enfermedad con los nombres de *hipohemia* ú *oligamia*, cuyos radicales significan poca sangre, razon por la que algunos prefieren este nombre al de anemia, cuya significacion etimológica es de falta absoluta de sangre.

Etiología. Es más frecuente en las jóvenes, las mujeres y las niñas y los individuos linfáticos. Esta enfermedad proviene de causas debilitantes, como la escasez é insuficiencia de la alimentacion, las pérdidas que sufre el líquido sanguíneo por flujos abundantes de sangre, ó por secreciones copiosas, especialmente la láctea y seminal; las pasiones de ánimo deprimentes, la falta de ventilacion y de luz y la permanencia demasiado larga en parajes húmedos. Tambien depende de la modificacion profunda que inducen en la nutricion ciertas lesiones orgánicas, las fiebres accesionales prolongadas, las enfermedades diatésicas y las flegmasías crónicas febriles.

Sintomatología. Los síntomas de la anemia son muy variados: hay flacidez de las partes blandas, palidez de la cara, de la piel, de otras partes del cuerpo y de las mucosas; las venas subcutáneas están deprimidas y casi vacías; hay falta de aptitud para los movimientos, debilidad de todas las funciones, frialdad del cuerpo y principalmente de las partes extremas; el pulso es pequeño y débil; hay lipotimias ó síncopes, palpitaciones frecuentes, congestiones pasajeras hácia la cabeza y otras partes del cuerpo; tambien se presentan vértigos, zumbido de oidos, tendencia al sueño, que es generalmente muy prolongado durante la noche, hormigueo y entorpecimiento de los miembros, dolores neurálgicos variados, principalmente en la cara, cráneo y tronco; más raras veces se presentan con-

vulsiones y paralísis de los músculos ó de la sensibilidad, como amaurosis, sordera y anestesia; por parte de los órganos respiratorios hay anhelacion y disnea espontánea, y por la de las vias digestivas anorexia y apetitos extravagantes, dolores gastrálgicos, dispepsia, constipacion y raras veces cólicos y meteorismo. La orina es ténue y de color muy claro. La percusion indica que el corazon conserva su volúmen normal ó que es más pequeño; la auscultacion deja oir en la base del corazon y en el primer tiempo un ruido de fuelle suave que se prolonga á los vasos del cuello y se nota en las principales arterias, que es muchas veces musical ó de ronquido, ya intermitente, ya contínuo. Es un período avanzado de la enfermedad, hay infiltracion de las extremidades y derrame de serosidad en las principales cavidades serosas. En la mujer es poco abundante la menstruacion, ó se suspende por completo, siendo reemplazada por la leucorrea la mayor parte de las veces; en otras ocasiones es más abundante que de costumbre.

Curso, duracion y terminaciones. La anemia sigue un curso más ó ménos rápido, segun la causa que la produce; así que cuando es producida por una hemorragia muy abundante su curso es rápido y su duracion corta, y cuando es debida á causas que obran con lentitud sigue un curso lento y puede prolongarse meses y aun años. Esta enfermedad, en que siempre es larga la convalecencia, recidiva con frecuencia. Puede terminar por la curacion ó por la muerte, en cuyo último caso los enfermos fallecen, ya por un síncope, ya á consecuencia de convulsiones, ya lenta y pacíficamente, ya por una enfermedad intercurrente poco grave.

Anatomía patológica. La sangre se encuentra en corta cantidad en los cadáveres; es de un color encarnado claro y de poca densidad. Los glóbulos están disminuidos, pues desde 127, que es el tipo normal, pueden bajar hasta 60, 50, 27 y aun 21. Los demás principios sólidos de la sangre están en su proporcion normal si la anemia se ha desarrollado lentamente; pero si lo ha sido con prontitud disminuye tambien la cantidad de fibrina. Al mismo tiempo que disminuyen los principios sólidos de la sangre aumenta el suero, que puede ascender de 790, tipo normal, hasta 915. Si la anemia ha durado mucho tiempo todos los órganos están flácidos, descoloridos

y exangues, encontrándose á veces serosidad en las principales cavidades serosas.

Diagnóstico. Aunque la anemia tiene caractéres muy marcados para que pueda confundírsela con otra enfermedad, es lo cierto que predominando ciertos síntomas puede tomársela por otra enfermedad; así las palpitaciones y los síncopes pueden hacer creer en la existencia de una lesion del corazon; los trastornos digestivos en una afeccion gástrica; los de la respiracion, unidos á la languidez general, en una tísis pulmonar; la amaurosis, la debilidad muscular y las convulsiones en una lesion de los centros nerviosos; pero en la mayor parte de los casos el interrogatorio y el exámen completo del enfermo nos quitarán todas las dudas. Al establecer el diagnóstico de la anemia hay que investigar si es idiopática ó sintomática, y esto se consigue examinando todas las funciones, explorando todos los órganos y no perdiendo de vista la sucesion y curso de todos los síntomas.

Pronóstico. La anemia no produce por sí misma la muerte, á no ser que sea rápida y haya alcanzado gran intensidad. Cuando es sintomática de una enfermedad grave apresura la fatal terminacion de esta.

Tratamiento. Ante todo es preciso remover las causas que la hayan producido; así cuando es dependiente de una hemorragia se cohibirá esta, y si depende de malas condiciones higiénicas se tratará de variarlas. Además de las indicaciones que suministran las causas se llenarán las correspondientes al estado morboso por medio de un régimen analéptico gradual, proporcionado á las fuerzas del enfermo; la habitacion en una localidad seca, ventilada y expuesta al sol; el ejercicio moderado, las fricciones secas y aromáticas á la piel, los baños de mar, los tónicos como la quina y los ferruginosos, empleando de preferencia las limaduras, el hierro reducido por el hidrógeno, el carbonato de hierro, las píldoras de Vallet ó las de Blaud. El Dr. Santero asegura que llena bien la indicacion una mistura compuesta de 2 gramos de tartrato férrico-potásico con 30 centígramos de sulfato de quinina disueltos en 180 gramos de agua destilada para tomar por sextas partes tres ó cuatro veces al dia.

HIDREMIA Ó HIDROHEMIA.

Definicion. Es una discrasia constituida por la abundancia de serosidad en la sangre y disminucion de los glóbulos rojos de la misma.

Etiología. La escasez de la alimentacion, la falta de ejercicio al aire libre, la permanencia prolongada en sitios húmedos, las pérdidas grandes de sangre y otras de las que producen la anemia son tambien causa de la hidrohemia, así como tambien ciertos estados patológicos, como la escarlatina, las fiebres intermitentes prolongadas, las lesiones orgánicas del corazon y la albuminuria. El estado de embarazo en los últimos meses de él es causa productora de la hidrohemia.

Sintomatología. Los síntomas que dan á conocer esta enfermedad son: palidez general, abotagamiento de la cara, flacidez de las carnes, venas prominentes, al contrario de lo que se observa en la anemia; abatimiento de todas las funciones, pulso dilatado con plenitud ó dureza aparentes, pues si se comprime la arteria con el dedo desaparece el pulso. Hay además infiltracion serosa en el tejido celular subcutáneo, que puede producir la anasarca y derrames de serosidad en las principales cavidades serosas: la secrecion urinaria está por lo general disminuida.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad tiene un curso lento y una duracion larga, pudiendo terminar tanto por el restablecimiento de la salud como por la muerte.

Pronóstico. No es grave á no ser que se verifiquen derrames serosos en el pericardio, las pleuras ó la aracnóides.

Tratamiento. Hay que llenar dos indicaciones, la una recomponer la sangre por los mismos medios que quedan expuestos en la anemia, y la otra procurar evacuar la serosidad excesiva por medio de las tisanas diuréticas de esparraguera, raiz de fresa y taraxacon, adicionadas con el nitrato ó acetato de potasa. La misma indicacion se llena y con más seguridad usando los purgantes salinos cada cuatro ó seis dias. La alimentacion debe ser la misma que dejamos dicha en la anemia. Cuando la enfermedad dependa de alteraciones del corazon, del hígado, del bazo ó los riñones no se obtiene más que un efecto paliativo.

CLOROSIS.

Definicion. Es una discrasia complexa, en la que hay predominio de la parte acuosa de la sangre, disminucion del número de glóbulos y de su materia colorante, alteracion en los mismos y diversos trastornos de la inervacion, ya anteriores, ya coincidentes con las modificaciones de la sangre.

Etiología. Esta enfermedad es propia de la mujer en la época de la pubertad, aunque tambien suele presentarse en otras edades. Es ocasionada por los obstáculos que se oponen al desarrollo completo de las jóvenes y los diversos trastornos de la menstruacion, las emociones tristes, las pasiones de ánimo deprimentes, las contrariedades del amor y malas condiciones higiénicas de localidad y alimentacion.

Sintomatología. El síntoma más notable de esta enfermedad es la palidez de la piel y las mucosas, la cual en las rubias es de un blanco puro y en las morenas amarillenta tirando á verde; esta coloracion se advierte sobre todo en las orejas, respecto á la piel; y en las encías, respecto á las mucosas. En algunas cloróticas, sin embargo, se conserva el color rojo ó sonrosado en las mejillas á causa de estar los capilares de esta parte ingurgitados de sangre. Hay tambien abotagamiento de la cara y de los maleolos, respiracion acelerada, fatiga, cansancio al menor ejercicio, pesadez en las piernas y dolores seudo-reumáticos al menor ejercicio. Las más veces las cloróticas tienen insomnio, vértigos, displicencia moral, neuralgias del trigémino, gastralgia, hemicránea y una multitud variada de fenómenos histéricos. Por parte de los órganos de la circulacion se presentan sofocacion, palpitaciones, ruido de fuelle en la region del corazon y en las grandes arterias; á menudo se oye tambien en la vena yugular interna un zumbido parecido al del peon de música, ruido que por lo general es más fuerte en el lado derecho que en el izquierdo; además suele presentarse epistasis. El pulso es pequeño y á veces dilatado y duro como en la hidrohemia, hay lipotimias y síncopes. El apetito está disminuido, pervertido y depravado; hay dispepsias, acedías, plenitud de estómago despues de las comidas, y por lo general extreñimiento. La orina es ténue, de color pálido y de poco peso específico. En

casi todos los casos de clorosis padecen los órganos sexuales, siendo los trastornos más constantes la amenorrea, la dismenorrea y la leucorrea; sin embargo, en algunas ocasiones la menstruacion es más abundante que en el estado normal, constituyendo verdaderas hemorragias periódicas, y en cuyo caso la sangre que sale tiene cierta palidez.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad sigue un curso lento, por consecuencia su duracion es larga, pudiendo persistir la clorosis no solo por algunos meses, sino tambien por varios años si es abandonada á sí misma. La terminacion más frecuente de la clorosis es por la curacion, pero es propensa á las recidivas. La terminacion por la muerte es puramente excepcional, y sobreviene regularmente por alguna complicacion, ocurriendo ya repentinamente por un síncope, ya lentamente por la extincion gradual de las fuerzas.

Complicaciones. Las complicaciones de esta enfermedad son muy raras; se citan como tales el corea, el histerismo y el eritema nudoso. Como consecuencias de la enfermedad suelen quedar desarreglos contínuos en la salud, enfermedades de la matriz, diversos trastornos nerviosos graves, la fiebre ataxo-adinámica, segun el Dr. Santero, y varias lesiones orgánicas, principalmente de los órganos contenidos en la cavidad torácica.

Anatomía patológica. La lesion característica de la clorosis es la disminucion de los glóbulos de la sangre, que en vez de 127 en 1.000 partes, que es el término normal, pueden descender hasta 27, y el aumento en la cantidad de agua. Tambien están disminuidos el hierro que existe combinado con los glóbulos y la densidad de la sangre. Examinados al microscopio los glóbulos, aparecen reducidos de volúmen, deformes y como desmenuzados. La sangre es serosa y poco encarnada y forma un coágulo pequeño, consistente, retraído y cubierto á veces de una costra producida por el exceso relativo de la fibrina.

Diagnóstico. Esta enfermedad tiene unos caractéres exteriores tan marcados, que es difícil confundirla con ninguna otra; sin embargo, la anemia se la asemeja mucho, pero en esta la coloracion de la piel y la depresion de las venas superficiales preceden á los demás síntomas, al revés de lo que ocurre en la clorosis; en aquella los trastornos digestivos y

circulatorios ofrecen el grado más alto de intensidad desde el principio, y los trastornos de la menstruacion son nulos ó completamente secundarios. Tambien pudiera confundirse con la leucocitemia, pero el exámen microscópico de la sangre disipará las dudas. La diatesis tuberculosa y las afecciones orgánicas del corazon pudieran igualmente confundirse con la clorosis, mas los síntomas propios de estas enfermedades, su órden y sucesion harán imposible semejante confusion.

Pronóstico. El pronóstico es de alguna consideracion, pues aunque esta enfermedad no compromete generalmente la vida, induce cierta gravedad lo complexo de los trastornos que determina, lo frecuentes que son las recidivas y la inminencia morbosa en que coloca á las jóvenes. Cuando la enfermedad no está muy avanzada, los accidentes que determina son moderados, y si se sigue un tratamiento bien dirigido hay que esperar una curacion pronta.

Tratamiento. Respecto al tratamiento higiénico, se debe recomendar á las enfermas vivir en una atmósfera pura, usar una alimentacion reparadora, consistente principalmente en las carnes asadas, hacer un ejercicio moderado y distraer su espíritu. En cuanto á los medios farmacéuticos, los ferruginosos son el medicamento por excelencia para combatir esta enfermedad, dando al principio, segun aconsejaba Trousseau, los preparados insolubles, como el carbonato, las limaduras, el hierro reducido por el hidrógeno á la dósis de 10 ó 15 centígramos en las dos comidas principales, aumentando progresivamente el medicamento cuando se tolera bien hasta la cantidad de uno y medio á tres gramos, con cuya dósis se continúa hasta completa curacion. Los alemanes usan mucho la tintura de malato de hierro á la dósis de 15 á 30 gotas. Otros han dado la preferencia á las píldoras ferruginosas de Vallet, ó las de Blaud, á la dósis de una ó dos, tres veces al dia, aumentándolas gradualmente á medida que son toleradas. Como esta enfermedad recidiva con frecuencia, se deben repetir de cuando en cuando los ferruginosos hasta dejar asegurada la curacion. Si el hierro es mal tolerado por el estómago desarrolla accidentes nerviosos ó causa diarrea; se suspende el uso de sus preparaciones y se combaten los fenómenos presentados con el ópio, el subnitrato de bismuto ó el diascordio para

volver otra vez á los ferruginosos. Si hay extreñimiento se combatirá con lavativas ligeramente laxantes, ó se asociará el acíbar al preparado ferruginoso en la proporcion de 120 á 140 centigramos de este por 5 ó 10 de aquel. Tambien puede hacerse uso en el tratamiento de la clorosis y con buen resultado, no solo por el hierro que contiene, sino tambien por la modificacion que inducen en la economía las condiciones higiénicas, las aguas acídulo-ferruginosas, como las de Fuencaliente, Graena, Lanjaron, Espluga, Villatoya y Marmolejo.

ESCORBUTO.

Definicion. Es una discrasia caracterizada por debilidad general, hemorragias diversas, equimosis de la piel, tumefaccion fungosa de las encías con disminucion de la vitalidad de la sangre ó sea pérdida de la facultad de coagularse espontáneamente.

Etiología. El escorbuto reconoce por causas el uso de sustancias alimenticias averiadas, la escasez de los alimentos, el uso exclusivo de las carnes saladas, la privacion de vegetales frescos, el uso de aguas insalubres, la permanencia en sitios donde está escaso el aire ó no se renueva convenientemente, la accion de una atmósfera fria y húmeda ó caliente y húmeda, el vivir en habitaciones de estas condiciones ó donde no penetra la luz, como en las cárceles, las mazmorras, los buques que hacen larga travesía; el ejercicio desmedido, las vigilias prolongadas y las pasiones de ánimo deprimentes, como la nostalgia, los pesares y el desaliento. Estas causas tienen todas por efecto rebajar las condiciones necesarias para el buen desempeño de las funciones plásticas ó nutritivas, ya de un modo directo, ya indirecto, por intermedio de la inervacion vascular.

Sintomatología. El escorbuto se presenta algunas veces con los síntomas precursores siguientes: grande debilidad general y pesadez en las extremidades inferiores; el más ligero trabajo es insoportable; hay abatimiento moral y tristeza; al mismo tiempo la cara toma un color pálido y sucio, los labios un aspecto azulado, los ojos se hunden en las órbitas y se rodean de ojeras, se presentan dolores más ó ménos vivos en los miembros y sus articulaciones. Despues de haber durado es-

tos síntomas muchos dias ó semanas, y en otras ocasiones sin preceder dichos fenómenos, se quejan los enfermos de una sensacion incómoda en la boca; se hinchan y reblandecen las encías, se ponen azuladas y fungosas, dan sangre con facilidad, se ulceran y el aliento adquiere un olor muy fétido. Al mismo tiempo aumentan de intensidad los síntomas precursores, la debilidad y postracion es grande, el menor ejercicio produce disnea, palpitaciones, vértigos y síncopes; los miembros inferiores se infiltran, se ponen duros y dolorosos, en el trayecto de los músculos eparecen tumores duros y fluctuantes debidos á un derrame sanguíneo; aparecen petequias en diversas partes del cuerpo y equimosis, ya espontáneos, ya bajo la más ligera presion ó contusion. A estos fenómenos se unen los siguientes: dolores más ó ménos vivos en diversas partes del cuerpo, sobre todo en los lomos y en las extremidades, como ya queda dicho; debilidad y gran repugnancia á los movimientos pronunciados, inteligencia generalmente intacta, pulso pequeño depresible, frecuente y á veces lento, ruido de fuelle en las carótidas, aunque no constante, hemorragias más ó ménos graves por la mayor parte de las mucosas y por las úlceras recientes ó antiguas; la sangre es líquida, negruzca, y se coagula en grumos; las deposiciones son más ó ménos fétidas y aun sanguinolentas; la orina es escasa y se hace pronto amoniacal. Cuando la enfermedad está muy avanzada, las hemorragias se multiplican, los dientes se conmueven y se caen, hay colapso profundo, síncopes al menor movimiento, los equimosis se convierten en úlceras fungosas que dan sangre con la mayor facilidad, y aun pueden sobrevenir convulsiones ó contracturas permanentes de los músculos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del escorbuto es crónico, y por lo general presenta alternativas del alivio y exacerbacion. La duracion es larga, y no puede fijarse aproximadamente. Puede terminar por la curacion ó la muerte; cuando esto sucede, los enfermos se agravan cada vez más; el aplanamiento es grande, las palpitaciones de corazon y la disnea son excesivas y crecientes, se desarrollan extensos edemas, los equimosis y los síntomas escorbúticos de la boca toman gran extension é intensidad, y por fin el enfermo muere, ya repentinamente, ya lentamente. Cuando la termi-

nacion ha de ser por la curacion, las hemorragias pasivas se suspenden, los equimosis y tumores subcutáneos se resuelven, la hinchazon y fetidez de la boca mejoran y las fuerzas se reponen, entrando el enfermo en una convalecencia larga y penosa y muy expuesta á recidivas.

Complicaciones. Las más incuestionables son las flegmasías del pericardio, de las pleuras ó los pulmónes, y la disentería, en cuyos casos se presenta fiebre, por cuya causa ha recibido el escorbuto el nombre de *caliente.*

Anatomía patológica. Los cadáveres de los escorbúticos presentan enflaquecimiento, edema en las extremidades inferiores y un tinte súcio y descolorido de la piel; todos los tejidos tienen tendencia al reblandecimiento; el corazon está flácido, negruzco y fácil de desgarrar; el hígado, el bazo y los riñones están aumentados de volúmen, y su tejido blando y difluente; los huesos reblandecidos é infiltrados de sangre; hay derrames sanguíneos en el dermis, tejido celular subcutáneo y músculos. La sangre es negra, muy flúida ó grumosa, parecida á una gelatina oscura, habiendo encontrado Andral en un caso disminuida notablemente la cantidad de fibrina. En las pleuras, pericardio, peritoneo y cápsulas articulares, hay casi siempre derrames serosos ó sero-fibrinosos mezclados con más ó ménos cantidad de sangre estravasada.

Diagnóstico. El escorbuto es fácil de diagnosticar, pero es preciso atender al conjunto de los síntomas y no á algunos de ellos aislados, pues estos se presentan en otras enfermedades.

Pronóstico. El escorbuto es una enfermedad grave, mas esta gravedad varía segun el estado más ó ménos avanzado de la enfermedad, segun su intensidad, segun las causas principales que presiden á su desarrollo, el número y abundancia de las hemorragias y la debilidad del sugeto.

Tratamiento. El escorbuto es en el dia una enfermedad más rara de lo que era antiguamente, merced á lo mucho que se han mejorado las condiciones higiénicas de todo género, tanto en alta mar como en tierra. El tratamiento profiláctico de esta enfermedad consiste en la limpieza minuciosa, procurar vivir en habitaciones bien aireadas, cubrirse con vestidos de abrigo, hacer ejercicio al aire libre y adoptar una buena y sana alimentacion vegetal y animal. Cuando se ha

declarado el escorbuto se procurarán remover las causas que le han originado y se arreglará el régimen é higiene de los enfermos á las reglas que quedan expuestas. Respecto á los medios farmacéuticos, los más preconizados son los zumos de las plantas crucíferas, como el berro, la col, la mostaza, el rábano, la coclearia, etc., á la dósis de 80 á 120 gramos diarios; tambien puede darse el zumo antiescorbútico de la Farmacopea Española diluido en un cocimiento de berros ó coclearia. Asimismo son muy ventajosos los zumos ácidos vegetales como el del limon, naranja, guinda, grosella, manzana, etc., pero los ácidos minerales no son tan útiles. Igualmente puede emplearse con ventaja el clorato potásico en disolucion á la dósis de 60 centígramos á 2 gramos. Tambien se ha aconsejado contra el escorbuto la levadura de cerveza á la dósis de 180 á 300 gramos diarios. El tratamiento local exige los colutorios con el cocimiento de hojas de llanten disolviendo en él 4 gramos de clorato potásico ó borato sódico para 345 gramos de cocimiento, al que se añade 4 gramos de láudano y 30 de miel de moras. El edema de las extremidades se combate con fricciones secas con el vapor de ámbar ó benjuí; las úlceras se lavan y curan con los antisépticos, y las hemorragias se combaten con los astringentes.

PÚRPURA HEMORRÁGICA.

Definicion. Esta enfermedad es una discrasia debida á la misma alteracion de la sangre que el escorbuto, aunque en menor grado, y caracterizada por la erupcion espontánea de petequias y equimosis en la superficie del cuerpo.

Etiología. La púrpura hemorrágica ó enfermedad manchada de Werlohf se presenta en los individuos de constitucion floja ó que se hallan debilitados por mala alimentacion, vigilias y disgustos, ó que viven en habitaciones bajas y húmedas. En ocasiones se presenta por efecto del terror, el miedo ó un susto en los sugetos anteriormente debilitados.

Sintomatología. La púrpura hemorrágica suele ser precedida por espacio de algunos dias ó semanas de debilidad, malestar, abatimiento, escalofrios y desarreglos digestivos; pero otras veces aparecen sobre diferentes partes del cuerpo, especialmente sobre las extremidades inferiores ó la cara, pintas

pequeñas pero numerosas, de un color rojo oscuro, que no cambian de color á la presion con el dedo, que despues pasan del color rojo al verde y posteriormente al amarillo. Estas pintas, que están formadas por una pequeña cantidad de sangre infiltrada en la piel, se presentan diseminadas y raras veces agrupadas. Además de estas pintas se ven en varios puntos de la piel equimosis profundos ó pequeños tumores sanguíneos negros en su centro y amarillo-verdosos en su circunferencia. En las mucosas accesibles á la vista, y sobre todo en la boca y faringe, se notan con frecuencia equimosis punteados. En esta enfermedad se observan con frecuencia hemorragias, ya por la superficie libre de la piel, ya de las soluciones de continuidad de la misma y de las mucosas, ya de la superficie libre de estas mismas membranas, como epistasis, hemoptísis, hemorragias gastro-intestinales, metrorragias en las mujeres y hematurias. Algunas veces se acompañan estos síntomas de dolores muy vivos en la region lumbar ó en los miembros, de edema más ó ménos rápido, y por fin de trastornos nerviosos anémicos, pero nunca aparece en la boca la alteracion que se ha descrito en el escorbuto. Otras veces la enfermedad presenta más gravedad y los accidentes se acompañan de agitacion, delirio, calentura intensa, lengua seca y fuliginosa, alteracion de las facciones y postracion de fuerzas.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la púrpura hemorrágica es más ó ménos rápido, pudiendo sucumbir los pacientes en algunos dias, ó curarse al cabo de quince dias ó un mes. La enfermedad puede terminar por la curacion ó la muerte, ocurriendo esta á consecuencia de profundos trastornos de carácter tifoideo, ó por la estenuacion que producen la repeticion y multiplicidad de las hemorragias, ó por la violencia de los accidentes y ciertas complicaciones. Cuando termina por la curacion, las petequias desaparecen poco á poco, disminuyen los demás síntomas y el enfermo entra en una convalecencia larga, conservando alguna debilidad por algun tiempo.

Anatomía patológica. Se nota que las petequias son superficiales, subepidérmicas ó más profundas; se ven tambien en las mucosas, sobre todo en la gastro-intestinal, en el mesenterio, el pericardio, la pleura, membranas cerebrales y superficie de los pulmones. Tambien existen derrames intersticiales en los pulmones, hígado, bazo y aun otras vísceras. La sangre es pálida, serosa y sin coágulos.

Diagnóstico. La púrpura hemorrágica no puede confundirse con los equimosis traumáticos, y basta para esto tener presentes las causas; tampoco puede confundirse con las petequias y equimosis producidos por un obstáculo mecánico de la circulacion si, observando con atencion los vasos de las extremidades, no se encuentran coágulos en ellos y se tiene presente la disposicion hemorrágica general. Tampoco pueden confundirse las petequias con las picaduras de pulga, porque estas desaparecen á la presion con el dedo: igualmente es fácil diferenciarla del escorbuto por la falta de los síntomas escorbúticos de la boca.

Pronóstico. Es la púrpura hemorrágica una enfermedad grave porque se declaran en ella y de un modo imprevisto accidentes de gravedad, además de lo que la agravan las hemorragias que la acompañan y la anemia profunda que de ellas puede resultar.

Tratamiento El tratamiento puesto en práctica contra la púrpura hemorrágica es el recomendado por Werlhof; por consecuencia se dispondrá «el ácido sulfúrico diluido ó el elíxir ácido de Haller, á la dósis de diez ó doce gotas cada dos horas en un vehículo mucilaginoso, y luego más adelante un cocimiento de quina con adicion de ácido sulfúrico.» Este medio es generalmente suficiente para corregir la dolencia, pero tambien se ha aconsejado el régimen tónico, asociado á los antiescorbúticos, los amargos y los ferruginosos. En cuanto á las hemorragias que aparecen en el curso de la enfermedad, exigen, segun el órgano por donde aparezcan, los medios que se indicaron al hablar de las hemorragias pasivas.

DISCRASIAS SECUNDARIAS.

LEUCEMIA.

Definicion. La leucemia, leuquemia, leucocemia ó leucocitemia es una discrasia «esencialmente caracterizada por el

aumento morboso de la proporcion normal de los glóbulos blancos de la sangre.»

Etiología. La etiología de esta enfermedad es oscura; sin embargo, se presenta en los dos sexos, aunque es más frecuente en los hombres que en las mujeres; es más propia de la edad adulta, aunque tambien se la observa en los viejos y muy rara vez en los niños. Son más fácilmente atacados de esta enfermedad los individuos mal alimentados, los que abusan de los alcohólicos, los que viven en habitaciones de malas condiciones higiénicas y todos los que están sometidos á estas.

Sintomatología. Los primercs síntomas de leucemia son por lo general abultamiento del vientre y tension en los hipocondrios, principalmente en el izquierdo; estos fenómenos, que se acompañan unas veces de dolores y fiebre y otras no, demuestran hipertrofia del brazo (*leucemia esplénica*), con la que coinciden comunmente infarto del hígado y tumores indurados de los ganglios del cuello, ingles y axila, que algunas veces se presentan solos sin alteracion de las citadas vísceras (*leucemia linfática ó ganglionar*). Estas alteraciones preceden á veces mucho tiempo á la aparicion de la discrasia, que se da á conocer por disminucion rápida de las fuerzas, demacracion, palidez y tinte caquéctico de la piel. A estos síntomas se unen sensacion de ahogo en el pecho, respiracion anhelosa, palpitaciones, ruido de oidos, oscurecimiento de la vista, tendencia á las lipotimias; el carácter moral del enfermo cambia, haciéndose irritable. En la generalidad de los casos hay disposicion á las hemorragias, ya por las fosas nasales, ya por las encías, por la mucosa pulmonar ó intestinal ó en el cerebro, en cuyo caso comprometen la vida, así como cuando son muy abundantes; tambien pueden observarse derrames sanguíneos de la piel ó del tejido celular subcutáneo. A las hemorragias se asocian en ocasiones hidropesías, anasarca, ascitis y edema pulmonar. La orina deja depositar, por lo general, un sedimento de ácido úrico ó de uratos. En algunas ocasiones se desarrolla en el curso de la enfermedad un catarro bronquial, y más á menudo intestinal, que ocasiona diarreas rebeldes. En un período avanzado de la enfermedad se presenta calentura con los caractéres de remitente, y más tarde con los de héctica.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es variable y su duracion es corta en los casos en que hay diatesis hemorrágica, pues entonces los pacientes mueren de pronto á consecuencia de una apoplegía, ó bien se van debilitando por las abundantes hemorragias y sucumben por adinamia y estenuacion. Si no predomina la citada diatesis, la enfermedad sigue un curso muy largo; puede durar hasta años. El término medio de esta enfermedad es de catorce meses y su terminacion es casi siempre fatal.

Anatomía patológica. En la leucemia, los glóbulos blancos forman la sexta parte y algunas veces la mitad y más de los rojos, siendo así que en el estado normal hay un glóbulo blanco por 350 rojos; estas multiplicaciones accidentales de glóbulos blancos se designan con el nombre de *leucocythoses*, debiendo advertir que dichos glóbulos pueden aumentarse en ciertos estados fisiológicos y patológicos, como la digestion, la preñez, la menstruacion, las enfermedades flojísticas y tifoideas, la fiebre puerperal, la tísis y el cáncer, pero nunca se eleva su cifra tanto como en la leucemia. Al propio tiempo que aumentan los glóbulos blancos, disminuyen los rojos, y en su consecuencia el hierro de la sangre. La sangre tiene menor peso específico que el normal, aunque la diferencia no es tan considerable respecto al suero. La cantidad de agua de la sangre se halla aumentada y disminuidos los principios sólidos. La fibrina, la albúmina y las sales parece que no sufren alteracion. En el ventrículo derecho del corazon y en los grandes vasos se han hallado coágulos blandos, amarillos ó amarillo-verdosos, y en los vasos pulmonares, cardiacos y meníngeos un contenido puriforme. El bazo se ha hallado en la mayoría de casos más voluminoso, más pesado y consistente; su cápsula más gruesa y adherida á los órganos inmediatos. Los ganglios linfáticos se han hallado muy tumefactos, blandos y de color pálido. El hígado está por lo comun más voluminoso, algunas veces reblandecido, pero por lo comun de consistencia más dura que en el estado normal.

Diagnóstico. Esta enfermedad presenta síntomas análogos á los de la anemia, la clorosis, la hemorrafilia, ciertos infartos del hígado y bazo, y la hipertrofia progresiva de los ganglios superficiales y profundos; pero sometiendo la sangre al exámen microscópico, el aumento de los glóbulos blancos en la leucemia nos quitará toda causa de error.

Pronóstico. El pronóstico de la leucemia es siempre grave.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad, que es consecutiva á un estado hipertrófico del bazo ó de las glándulas linfáticas, que altera la funcion de nutricion, no está bien establecido hasta ahora, y ha sido siempre infructuoso. Sin embargo, se le ha hecho consistir en una alimentacion analéptica, los preparados de quina, los ferruginosos, las preparaciones de iodo y los baños sulfurosos. Tambien se ha usado la hidroterapia en forma de baños de lluvia ó de chorros sobre las regiones que ocupan los órganos infartados. El Sr. D. Juan Bautista Calmarza aseguró en el Congreso médico de 1864 haber curado cuatro casos de leucemia, administrando cuatro dósis diarias de 120 centígramos de bicarbonato sódico al empezar á comer, y una taza de cocimiento de raiz de colombo al finalizar.

ICTERICIA SIMPLE.

Definicion. «La ictericia, que consiste en la mezcla con la sangre de los materiales biliosos, se produce por él paso de estos á aquella, siempre que algun obstáculo se opone al curso de la bilis en el órgano que la elabora,» y se caracteriza por tinte amarillo de la piel y las orinas.

Etiología. La ictericia puede ser esencial ó sintomática; la primera es más comun en los jóvenes: sucede á una emocion repentina de ánimo como la cólera y el terror; tambien puede producirla un dolor intenso y la impresion del frio, una fluxion que determina la actividad secretoria del órgano, la influencia de una temperatura elevada. Cuando es sintomática la determinan enfermedades del hígado, como hepatitis, accesos, tumores, quistes, etc., ó de los conductos biliares, como cistitis hepática, cálculos biliares, compresion ú obliteracion de los conductos biliares, ó se produce de un modo simpático por causa dé gastro-enteritis, peritonitis y pulmonía.

Sintomatología. La ictericia puéde sobrevenir de repente, como en el cólico hepático, á consecuencia de una emocion moral viva y de un fuerte dolor. En ocasiones la ictericia es precedida de «una sensacion de peso en el epigastrio y anorexia, siguiendo luego amargor de boca y extreñimiento, color amarillento azafranado de la piel y las mucosas, coloracion

que se presenta primero en las conjuntivas y se extiende despues á las sienes, alas de la nariz, labios, frente y barba, y despues á los piés, manos, pecho, cuello y resto del cuerpo. La ictericia puede ser parcial y presentarse solo en los ojos, en la cara ó un miembro. La piel está por lo general seca y áspera al tacto, y suele ser el asiento de un prurito insoportable. Cuando hay sudores tiñen de amarillo la camisa. La orina presenta un tinte oscuro parecido al vino de Málaga, tiñe de amarillo las ropas, y cuando se la trata por el ácido nítrico toma un color verdoso ó acastañado. Cuando hay deposiciones ventrales estas son secas y blanquecinas. El pulso, más ó ménos desenvuelto, se presenta tardo. Por lo general no se presentan fenómenos generales, y cuando los hay, generalmente son los correspondientes á la enfermedad de que es síntoma la ictericia.

Curso, duracion y terminaciones. Cuando es esencial tiene un curso regular y su duracion suele ser de dos á cuatro semanas, terminando generalmente por la curacion, disminuyendo primero y desapareciendo despues los trastornos digestivos, y más posteriormente la coloracion amarilla de la piel en órden inverso al de su manifestacion. Sin embargo, cuando la ictericia es muy graduada y persistente haciéndose algun tanto difluente la sangre, sobrevienen á veces hemorragias pasivas generalmente intestinales, con frecuencia vértigos, delirio, convulsiones, coma y aun la muerte. Cuando la ictericia es sintomática está subordinada en su curso, duracion y terminacion á las enfermedades de que depende.

Anatomía patológica. En las autopsias se encuentra el principio colorante de la bílis, tiñendo de amarillo todos los tejidos y la mayor parte de los flúidos naturales ó morbosos. En los análisis practicados en la sangre no se han podido demostrar todos los principios constitutivos de la bílis, sino solo los colorantes; pero esto tal vez se deba á imperfeccion de los medios analíticos.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad es fácil, pues no puede confundirse con otras enfermedades, como la clorosis, la diatesis cancerosa, la caquexia palúdica, ni la saturnina, porque en estas enfermedades faltan los caractéres de la orina propios de la ictericia y tienen ellas además síntomas propios. Al establecer el diagnóstico hay que distinguir si la

ictericia es esencial ó sintomática, conociéndose esta por los síntomas propios de las enfermedades que la dan orígen.

Pronóstico. La ictericia esencial no es grave por sí misma, á no ser que dure mucho tiempo y altere profundamente la economía. El pronóstico de la sintomática está relacionado con el de la enfermedad que la origina.

Modo de producirse la ictericia. Las tres principales teorías son las siguientes: unos explican la ictericia por la reabsorcion de la bílis, por los linfáticos del hígado; otros la explican diciendo que, segregada la bílis en mayor cantidad, es absorbida por los vasos absorbentes de los intestinos, y otros la explican diciendo que, alteradas la estructura ó las funciones del hígado, deja esta de separar de la sangre los materiales de la bílis que se suponen formados en ella. Para convencerse de la falsedad de esta teoría no hay más que observar que en los infartos crónico y la cirrosis del hígado en que se halla alterada la estructura de la víscera, y por consiguiente embarazada la funcion secretoria, no se presenta ictericia; por consiguiente queda solo la absorcion como causa de la aparicion de esta y más bien la absorcion por los linfáticos del hígado, puesto que la obliteracion de los conductos hepático y colídoco por cálculos ú otra causa cualquiera no deja pasar la bílis á los intestinos, y sin embargo se produce la ictericia.

Tratamiento. Debe alimentarse á los enfermos con sopas hechas en caldo ténue, precaverles de la accion del frio, tranquilizar su espíritu y distraerles. En cuanto al tratamiento farmacológico, suelen bastar á veces las limonadas, las tisanas diuréticas y los baños tíbios. Se han aconsejado las sanguijuelas en el ano ó en el hipocondrio derecho, y aun la sangría general, cuando el dolor y tension del hipocondrio indican una fuerte fluxion al hígado, y las fricciones á la region hepática repetidas cuatro ó seis veces con la pomada de belladona sola ó alcanforada. A estos medios se añaden los calmantes asociados al bicarbonato sódico, y cuando la lengua está amarillenta, hay náuseas y extreñimiento, los purgantes, debiendo preferirse al ruibarbo solo ó asociados al crémor ó los emetocatárticos. El tártaro estibiado solo es tambien útil por su propiedad emética; expele la bílis detenida y cambia el modo de inervacion de la víscera afecta. Para activar la resolucion del infarto que ha producido la discrasia y la sostiene, se hará

uso interiormente del bicarbonato sódico, de las aguas minerales alcalinas, las fricciones al hipocondrio derecho con el linimento amoniacal alcanforado, y la pomada de ioduro potásico con extracto de cicuta.

ICTERICIA GRAVE.

Definicion. Es una discrasia caracterizada por una coloracion amarillo-oscura matizada de color verde oscuro, hemorragias y síntomas ataxo-adinámicos.

Sinonimia. A esta enfermedad se han dado los nombres de ictericia grave espasmódica, ictericia tifoidea, ictericia maligna, ictericia hemorrágica esencial, atrofia amarilla aguda del hígado.

Etiología. Esta enfermedad es más frecuente en las mujeres que en los hombres y más comun en el estado de embarazo. Sus causas son bastante ocuras; mas, sin embargo, se citan como tales la miseria, las privaciones, los pesares, los excesos alcohólicos, y segun Carville, puede presentarse de un modo epidémico. El padecerla simultáneamente los habitantes de una misma casa hace pensar se deba tambien á causas de orígen miasmático. Esta enfermedad ha sido considerada como una hepatitis parenquimatosa, difusa, aguda, con atrofia y destruccion rápida de las células del hígado; por otros ha sido considerada como casos de intoxicacion fosforada desconocidos; algunos como una enfermedad muy semejante á las fiebres, y por consiguiente miasmática; varios como dependiente de una alteracion del bazo, y por fin, otros como un grupo de fenómenos morbosos análogos á la albuminuria y la glicosuria. Estas diversas opiniones indican que aun es desconocida la naturaleza de la enfermedad, por más que deba incluirse en las discrasias secundarias por alterarse la sangre con la mezcla de la bílis y esta mezcla sea debida en el mayor número de casos al trastorno de las funciones del hígado y bazo, ó al ménos favorecida por él.

Sintomatología. Esta enfermedad se presenta bajo la apariencia de una ictericia benigna, y solo al cabo de tres, seis, nueve, diez y seis y aun veinte dias se presentan los accidentes graves, ó bien desde los primeros dias se presenta grave. Empieza generalmente por síntomas generales vagos, como

son escalofrios, cefalalgia, abatimiento, tristeza, malestar general, dolores en los miembros y gran debilidad; despues aparece coloracion ictérica de la piel de intensidad variable, pero que por lo general se hace cada vez más oscura, matizada de un color naranjado verdoso, á la que se unen cefalalgia, en ocasiones muy intensa, insomnio, postracion, sed intensa, anorexia, náuseas, vómitos biliosos, extreñimiento ó diarrea, deposiciones blanquecinas ó verdosas y fétidas, orinas oscuras, de un color amarillo oscuro, ó verde ó rojo oscuro, en las que está disminuida la proporcion de urea. Del segundo al sexto dia aparece dolor intenso en el hipocondrio derecho y el epigastrio, que se exaspera por los movimientos, la presion y la percusion; hipo; pulso que, habiendo sido normal ó casi lento, aparece comunmente muy frecuente y depresible. Si desde el principio del mal no se han presentado hemorragias diversas, aparecen tanto externas como internas, con más frecuencia epistasis, raras veces hematemesis, enterorragia y hematuria. Además se presentan hemorragias intersticiales, equimosis variados, y en ocasiones estado escorbútico de la mucosa bucal. Por parte del cerebro se presentan tambien varios accidentes, como delirio, ya tranquilo, ya furioso, convulsiones, paralísis parciales, dolores musculares, calambres, estado comatoso con deyecciones involuntarias, perturbacion de la respiracion, disnea, calor intenso ó frio, aceleracion del pulso, que puede dar hasta 140 ó 150 pulsaciones al minuto: tambien se observa el aspecto fuliginoso de los labios, las encías y la lengua.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es por lo general contínuo y rápido, pues su duracion es de un setenario por término medio, y raras veces se prolonga hasta el dia veintiocho. La terminacion más frecuente es por la muerte, la cual sobreviene en medio del delirio ó del coma.

Anatomía patológica. El Dr. Santero reasume del siguiente modo las lesiones anatómicas: «Las autopsias han manifestado difluencia y estravasacion sanguínea, reblandecimiento del hígado con reduccion de su volúmen y predominio del color amarillo, hallándose destruidas sus células normales y sustituidas por masas de detritus, por gotillas de grasa y por granulaciones de pigmento; la vejiga ha ofrecido bílis alterada. El bazo ha solido presentar mayor volúmen del que le es propio y reblandecimiento de su sustancia; y Frerichs dice haber encontrado tambien en los riñones destruidas sus células, depósito de pigmento en las epiteliales y una degeneracion grasosa. Sin embargo, las observaciones de Hanlon, Monneret y Robin han demostrado que el exámen microscópico no ofrece en muchos casos dichos cambios histológicos en el hígado, resultando de esto que no son condiciones necesarias para el desarrollo del mal.»

Diagnóstico. La ictericia grave puede confundirse con una intoxicacion por el fósforo despues que este ha sido absorbido, pues en ambas hay postracion de fuerzas, delirio, coma, ictericia y hemorragias múltiples, así que será difícil precisar el diagnóstico si no se conocen las causas. En algun caso pudiera confundirse la ictericia grave con la fiebre tifoidea complicada con ictericia; pero en esta fiebre la ictericia es un fenómeno excepcional, y esto, unido á su intensidad y á las hemorragias múltiples que aparecen al principio de la ictericia, no dejarán duda en el diagnóstico. Los muchos puntos de analogía que hay entre la ictericia grave y la fiebre amarilla han hecho que se aproximen estas enfermedades; pero las localidades donde se presenta la ictericia, la distinta invasion, la ausencia de un violento dolor lumbar, y el no ser en ella un fenómeno constante las hemorragias gastro-intestinales aclararán el diagnóstico. La fiebre biliosa grave intertropical difiere, segun Trousseau, de la ictericia grave, por un tipo remitente más ó ménos marcado por accesos de repetidos escalofrios. Tampoco puede confundirse con la hepatitis porque en esta es ménos intensa la ictericia, las hemorragias ménos abundantes y la calentura más aguda. El diagnóstico diferencial entre la ictericia grave y la infeccion purulenta es fácil, teniendo en cuenta las condiciones en que por lo general se desenvuelve esta.

Pronóstico. Es muy grave, puesto que esta enfermedad termina generalmente por la muerte.

Tratamiento. El tratamiento de esta grave enfermedad es bastante incierto; sin embargo, se ha recomendado uno análogo al de la ictericia simple. Cuando la enfermedad está en su principio, se han aconsejado las aplicaciones de sanguijuelas al ano, aunque deben economizarse las evacuaciones sanguíneas por la difluencia que en la citada enfermedad ad-

quiere la sangre, así que con frecuencia se han visto desastrosos resultados de la aplicacion de sanguijuelas. Se han recomendado por Corrigan los vomitivos, prefiriendo la ipecacuana á dósis algo alta cada dos dias, y por los médicos ingleses los drásticos como el aloes, el extracto de coloquíntida y el aceite de cróton. Se hallan tambien indicados en esta enfermedad como en la ictericia simple los diuréticos. Contra las hemorragias y la postracion de fuerzas se hallan indicados los ácidos minerales y los tónicos neurosténicos. Monneret aconseja la hidroterápia contra los accidentes nerviosos.

ALBUMINURIA Ó NEFRITIS ALBUMINOSA.

Definicion. Esta enfermedad, que tambien se conoce con el nombre de *enfermedad de Bright*, está caracterizada por la presencia de una gran cantidad de albúmina en la orina y el desarrollo de una hidropesía sintomática.

Etiología. La albuminuria, poco comun entre nosotros, ataca con más frecuencia á los hombres que á las mujeres y á los sugetos de veinte á cuarenta años que á los de las demás edades, y parece que es más comun en invierno que en otoño. Las causas ocasionales más apropiadas para su desarrollo son la accion prolongada del frio húmedo, las vicisitudes atmosféricas, el abuso de las bebidas espirituosas, la mala alimentacion, la miseria, las emociones morales, las fatigas y ciertas enfermedades que alteran la crísis sanguínea. Esta enfermedad ha sido considerada por algunos como una nefritis, por otros como una perturbacion funcional del riñon, varios han creido que dependia en cierto modo de desarreglos digestivos, otros la han referido á insuficiencia de la combustion respiratoria sobre los elementos protéicos; Fourcault la ha atribuido á la supresion de la traspiracion cutánea; Mialhe la hace consistir en la disminucion de la albúmina en la sangre; pero la opinion más generalmente admitida es de que la afeccion depende de un cambio en el modo de ser de la sangre con perturbacion funcional en el riñon.

Sintomatología. La albuminuria puede presentarse bajo la forma aguda y bajo la forma crónica.

En la *forma aguda* la enfermedad empieza por escalofrios, calentura más ó ménos intensa, casi siempre sensacion de

contriccion, dolor sordo ó simple incomodidad en la region lumbar, que raras veces se extiende en el trayecto del uréter. La orina es escasa, se halla mezclada con cierta cantidad de sangre, tiene un olor débil, es más espumosa que en el estado normal y siempre ácida; su peso específico es mayor que en el estado normal, y las ménos veces menor; este líquido contiene una gran cantidad de albúmina, aunque menor que en la forma crónica, cuya sustancia se descubre echando en la orina un poco de ácido nítrico, de sublimado ó de nuez de agallas, ó sometiéndola á la ebullicion, con lo que se forma un coágulo blanco y coposo que se precipita al fondo del vaso; al cabo de algunos dias deja de contener sangre, toma un color amarillo ó se pone pálida. Al mismo tiempo que se nota esta alteracion de la orina la cara se pone edematosa y pálida, no tardando en presentarse el edema en las extremidades superiores, en las inferiores y aun en el tronco, declarándose una anasarca que ofrece cierta resistencia á la presion con el dedo, cuya huella se borra prontamente, anasarca que toma á veces unas proporciones enormes y se acompaña de calor de la piel. El pulso está febril, la lengua súcia, hay anorexia y náuseas. Cuando se sangra á los enfermos, la sangre presenta mucha costra, el suero es muy abundante y á veces blanquecino. Si la albuminuria sigue una marcha creciente, pueden sobrevenir accidentes cerebrales ó varias flegmasías concomitantes.

La *forma crónica* es más frecuente que la aguda y puede ser consecutiva á ella, aunque por lo general es primitiva. En esta forma no suele haber al principio más que las alteraciones de la orina, que es ligeramente ácida, á veces neutra ó alcalina pálida, sucia, de olor insípido y de poca densidad; contiene gran cantidad de albúmina y disminucion de la urea y las sales; la region renal raras veces está dolorida ó solo se nota dolor á una fuerte presion; la hidropesía no tarda en sobrevenir, aunque algunas veces se pasa mucho tiempo desde que se presenta la alteracion de la orina. El edema, que está limitado al principio á la cara y despues á las extremidades inferiores, se hace notable por su movilidad y alternativas de asiento, extension é intensidad, siendo tambien mucho ménos resistente que en la forma aguda. Por fin el edema se hace permanente y aun invade el derrame seroso las cavidades del

peritoneo y las pleuras, las meninges y aun el pulmon, dando lugar al edema pulmonar. En esta forma no hay calentura en los casos leves, pero á poco que la afeccion se prolongue sobreviene una diarrea más ó ménos abundante, la piel está seca y es difícil la respiracion.

Curso, duracion y terminaciones. Es variable el curso de la afeccion, pues tanto el edema como la calentura pueden ser más ó ménos intensos, disminuir, cesar y volver á desaparecer. La duracion es de uno ó dos setenarios, y rara vez se prolonga hasta fin del cuarto en la forma aguda, pues en la crónica tiene una duracion incalculable, aunque larga y por lo comun de muchos años. Puede terminar por la curacion, en cuyo caso se anuncia por la desaparicion de la hidropesía, el aumento de la cantidad de orina, la facilidad con que se excreta y el aspecto normal que va tomando. La terminacion por la muerte es más frecuente, la cual sobreviene á consecuencia de complicaciones, principalmente en el pecho ó en el vientre, ó por el aniquilamiento cada vez mayor de los enfermos.

Anatomía patológica. Las lesiones anatómicas de esta enfermedad pueden distribuirse, segun Martin-Solon, en cinco grados: en el primer grado los riñones están aumentados de volúmen, peso y consistencia; hay rubicundez é inyeccion, tanto en la superficie del riñon como en las sustancias cortical y tubulosa; mayor aumento de volúmen en la primera; inyeccion y arborizaciones en la cara interna de los cálices y la pélvis, aunque sin embargo es raro encontrar este primer grado. En el segundo hay tambien aumento de volúmen é inyeccion, pero está mezclada de amarillo en la sustancia cortical, y es rojo-oscura en la tubulosa. En el tercer grado es mayor el peso y volúmen de los riñones (quizá el doble); la sustancia cortical está completamente anémica, presentando un color amarillo claro; la sustancia tubulosa, en la que empieza á presentarse degeneracion, tiene una rubicundez viva y se halla comprimida por el desarrollo de la cortical. Algunos conductos uriníferos han desaparecido en parte ó en la totalidad de su longitud á causa de esta compresion. En el cuarto grado se encuentran las mismas alteraciones; la superficie está sembrada de pequeñas manchas blanquecinas, lechosas ó algo amarillentas, parecidas á los grumos del suero

ó á granos de sémola, y que existen tanto en la superficie de los riñones como en el espesor de la sustancia cortical, y son debidas, al parecer, al depósito de una sustancia blanquecina albúmino-fibrinosa. En el quinto grado los riñones están ya aumentados de volúmen, ya disminuidos, ó ya afectan una forma lobular; tienen una dureza casi cartilaginosa y su superficie es desigual y áspera.

Diagnóstico. No deja de ofrecer algunas dificultades, porque la existencia de la hidropesía, juntamente con orinas coagulables, se presenta en otras enfermedades; sin embargo, cuando se encuentran orinas que tienen mucha cantidad de albúmina y además son pálidas, ménos densas y tienen ménos cantidad de sales y de urea; cuando con estos caractéres coinciden hidropesías que ofrecen cierta resistencia, han empezado por la cara, ofrecen una movilidad especial y presentan en pocos dias muchas irregularidades, puede *casi asegurarse* que existe una albuminuria.

Pronóstico. La albuminaria es grave considerada de un modo general; sin embargo, la forma aguda, sobre todo cuando sucede á la escarlatina, es ménos grave. Cuando es crónica desde el principio es siempre muy grave, por ser raro que no termine por la muerte, siendo circunstancias que agravan aun más el pronóstico la disminucion de la secrecion urinaria y de la urea, la aparicion de una diarrea abundante, el recaer en una constitucion deteriorada y el complicarse con otras enfermedades, como las orgánicas del corazon, del hígado, del pulmon, y la erisipela gangrenosa.

Tratamiento. El de la forma aguda exige en sus principios la aplicacion de sanguijuelas á la region lumbar, las cataplasmas emolientes sobre la misma y las fricciones con linimentos alcanforados y laudanizados, y cuando se disminuya el orgasmo los revulsivos sostenidos. Cuando la reaccion febril sea intensa podrá hacerse una sola y corta sangría. Al mismo tiempo que estos medios se usarán las bebidas atemperantes y los diuréticos suaves en cocimiento alternados con los purgantes salinos, pero se debe tener cuidado de no usar los diuréticos fuertes para no irritar el riñon. Los baños templados de 27° á 28°, y mejor los de vapor, son muy útiles, así como los sudoríficos. Cuando la enfermedad pasa al estado crónico ó se presenta bajo esta forma de un modo primitivo, están con-

traindicados los antiflojísticos y los diuréticos y balsámicos fuertes, debiendo ante todo prescribir á los enfermos una alimentacion tónica y fácil de digerir, recomendarles el abrigo interior de lana y las mejores condiciones higiénicas. Además, como tratamiento farmacológico se dispondrán los ferruginosos, asociados á los amargos. Segun los Sres. Socquet y Chatin, es muy ventajoso el uso del percloruro de hierro junto con el cornezuelo de centeno, á dósis progresivas y administrados varias veces al dia. Tambien se han recomendado los mercuriales, el iodo, las cantáridas, la trementina, etc.; pero bien puede decirse que aun no contamos con un medicamento eficaz para combatir esta enfermedad. Las complicaciones exigen tratamiento especial, segun su naturaleza y sitio, pero con desconfianza de obtener resultado, á no ser en la diarrea, que se calma con los opiados.

GLUCOSURIA Ó DIABETES SACARINA.

Definicion. Es una discrasia caracterizada por la presencia en la orina de la glucosa y acompañada de gran sed, aumento de apetito y demacracion.

Etiología. Es aun algo oscura esta parte de la glucosuria; sin embargo, parece ser que es más frecuente en los hombres que en las mujeres, en los sugetos de treinta á cuarenta años de edad que en la infancia, y sobre todo en la vejez; en algunos casos ha parecido reconocer por base la herencia; el clima debe tener alguna influencia, puesto que es poco comun en España. Como causas ocasionales se citan la impresion del frio y de la humedad, los excesos, las pasiones tristes, la mala alimentacion, el abuso de los alcohólicos, el uso inmoderado de la azúcar, de las sustancias feculentas, del vino nuevo, de la sidra, etc.

Sintomatología. Esta enfermedad empieza casi siempre de una manera oscura y va precedida de malestar general, demacracion, pérdida de fuerzas, ciertos trastornos de las funciones digestivas, como son eruptos nidcrosos, gusto ágrio de la boca, sequedad en la misma y en la garganta, pesadez ó dolor en el epigastrio, gran sed, ligera cefalalgia y calambres. Al mismo tiempo está aumentada la secrecion urinaria, no siendo raro que los enfermos arrojen en las veinticuatro horas de 5 á 10 litros de orina y aun más; esta es pálida, trasparente é inodora en el momento de la emision; toma un aspecto lactescente por el enfriamiento y despues exhala un olor ágrio y vinoso; su sabor es siempre azucarado, casi siempre es ácida, y su peso específico considerable varía entre 1,020 y 1,074 á la temperatura de 12 grados centígrados, y colocado en el aparato de Biot tiene la propiedad de inclinar á la derecha la luz polarizada. El azúcar que se extrae de la orina es idéntico al de la fécula ó de la uva y se encuentra en mayor ó menor cantidad. El meato urinario y el prepucio están enrojecidos por el frecuente paso de la orina. Por parte de los órganos digestivos se hallan los siguientes fenómenos: boca árida y seca; saliva espesa, escasa, espumosa y siempre ácida; lengua húmeda, cubierta de una capa por lo comun blanca, aunque algunas veces es oscura; las encías se ponen blandas y dan sangre; hay un aumento notable del apetito, que aun llega á ser bulimia, pero que se acompaña sin embargo de demacracion; la digestion es unas veces fácil y otras se acompaña de dolor ó calor en el epigastrio, eruptos ácidos y aun vómitos; hay extreñimiento, al que sucede despues diarrea, ó alternan estos dos fenómenos, adquiriendo las deposiciones un color parduzco oscuro. No hay calentura; la inteligencia está íntegra; la piel seca y árida por faltar la traspiracion; algunas veces hay anestesia completa, muchas otras erupciones diversas, fatiga al menor ejercicio, debilidad de los órganos de los sentidos, especialmente del de la vista. Cuando la enfermedad está muy avanzada sobreviene la calentura, se presenta tos seca y signos de tubérculos pulmonares y una debilidad rápida. El flujo inmoderado de la orina determina al fin disuria dolorosa, persiste la diarrea, la debilidad es extrema, se presenta edema en las extremidades inferiores y muchas veces derrames serosos en distintas cavidades.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es lento, pero progresivo; así que su duracion es indeterminada y puede persistir uno ó muchos años. La terminacion más frecuente de la glucosuria es por la muerte. Cuando ha de terminar por curacion disminuye la sed, la secrecion urinaria y la cantidad de azúcar contenida en la orina.

Complicaciones. Se presentan manifestaciones morbosas á la piel, consistentes en forúnculos, antrax, erisipelas, flemo-

nes y escaras, que pueden acelerar la muerte. Tambien pueden presentarse enfermedades intercurrentes, como la pulmonía, pero las complicaciones más graves son los tubérculos pulmonares y las gangrenas parciales. Igualmente pueden presentarse por parte del órgano de la vision la ambliopia y la catarata, que se han llamado diabéticas.

Anatomía patológica. No hay ninguna lesion constante de la glucosuria: los riñones están generalmente hipertrofiados é hiperemiados, pero algunas veces, aunque raras, atrofiados; las paredes de la vejiga engrosadas; el hígado generalmente normal, aunque algunas veces hiperemiado ó hipertrofiado; el pancreas frecuentemente atrofiado; el corazon blando y atrofiado; en los pulmones suele haber degeneraciones tuberculosas ó caseosas y lesiones de pulmonía.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad está reducido todo al exámen de la orina, el cual debemos practicar siempre que notemos sequedad de la boca, sed, disminucion de las fuerzas, enflaquecimiento, orinas abundantes y debilidad de la vista; sin embargo, hay casos en que no está aumentada la cantidad de orina, y por consiguiente apenas tienen sed los enfermos; pero se nota que enflaquecen sin tener fiebre héctica. Nos aseguraremos de que existe azúcar en la orina por su sabor azucarado y su tenuidad aparente, pues verdaderamente es mayor su peso específico. Para averiguar si existe ó no azúcar en la orina, se procede á la evaporacion de la misma á una temperatura de 60 grados, y se obtiene la cristalizacion de aquella sustancia; tambien puede descubrirse por los medios químicos, entre los que se hallan el empleo de una disolucion concentrada de potasa cáustica ó de sosa, que se mezcla con la orina y despues se calienta la mezcla hasta la ebullicion, en cuyo caso si hay azúcar aparecerá una coloracion amarilla que pasará luego á parda, y por fin oscura; tambien puede usarse el procedimiento de Frommberz, que consiste en disolver préviamente en agua partes iguales de sulfato de cobre y de tartrato de potasa, añadiendo, despues de mezclar las dos soluciones, suficiente cantidad de po cáustica para disolver en gran parte el precipitado; obteni de este modo el reactivo, se echan en la orina algunas gotas del mismo hasta que se presente reaccion alcalina, y despues se somete á la ebullicion; entonces si hay glucosa se descom-

pone la sal de cobre y se obtiene un precipitado amarillo rojizo. En último resultado puede aprovecharse tambien la propiedad que tiene la orina diabética de desviar la luz polarizada, bien por medio del *polarímetro* de Biot, bien por el aparato polarizador de Soleil-Wentzk, ó por el de Robiquet, aunque de ménos precision que el anterior.

Pronóstico. El pronóstico de la diabetes es muy grave, pues generalmente es una enfermedad superior á los recursos del arte.

Teoría de la glucosuria. Unos han considerado la glucosuria como una afeccion general consecutiva á una alteracion de la sangre, opinion inverosímil; otros la han considerado como una enfermedad especial del riñon lo cual no se confirma por las lesiones anatómicas; el profesor Graves la mira como una alteracion funcional de la accion secretoria del riñon; pero el hallarse en la orina un elemento tan extraño á su composicion normal, prueba que aunque haya desarreglo funcional, este no es suficiente para explicar la enfermedad. Bouchardat cree que la existencia del azúcar de fécula en la orina depende de una modificacion patológica de la digestion, mediante la que los alimentos azucarados y feculentos pueden trasformarse en azúcar bajo la influencia de la diastasa, trasformacion que verificándose en el estómago, al contrario de lo que sucede en los sugetos sanos que se efectúa lentamente en los intestinos, es absorbido el azúcar y pasa rápidamente á la sangre, donde no puede ser destruido cuando llega en gran cantidad y es eliminado por los riñones. M. Cl. Bernard, fundándose en el resultado de sus experimentos, ha admitido que el hígado ejerce una funcion glucogénica y manda la glucosa á los órganos centrales de la circulacion y respiracion por medio de las venas que afluyen á la vena cava, y establece que la presencia del azúcar en la orina es debida á un aumento en la funcion glucogénica del hígado, en virtud de la que el principio azucarado excedente en la sangre por no haber sido eliminado en el acto respiratorio, es excretado por el aparato renal. Además ha deducido de otra série de experimentos que el fenómeno depende del influjo de la inervacion puesto que la galvanizacion del punto central del nervio neumo-gástrico cortado ó una picadura en la base del cuarto ventrículo en el orígen de este nervio, produce artifi-

cialmente la diabetes. Estas diferentes teorías demuestran que aun no se conoce bien la teoría de la formacion de la glucosuria, si bien la de Bernard es la que hoy va estando más en boga.

Tratamiento. Se ha preconizado contra la glucosuria gran número de remedios y métodos curativos, en su inmensa mayoría en virtud de suposiciones é hipótesis, pero que pocos producen el efecto deseado; sin embargo, la experiencia ha demostrado el favorable influjo de ciertas prescripciones dietéticas; así pues se recomienda un régimen compuesto de sustancias animales y de corta cantidad de vegetales de los que no sean feculentos ni azucarados ó contengan estos principios en corta cantidad, absteniéndose de prohibir en absoluto los alimentos feculentos, porque sobre no curar, este régimen fastidia á los enfermos. Tampoco es prudente prohibir á los enfermos el uso de las bebidas que reclama su gran sed por las mismas razones, siendo lo mejor permitir el uso moderado de las amargas, ya solas, ya ligeramente alcalinas; de las aguas gaseosas, de la cerveza y del buen vino. Además se cuidará mucho del abrigo y se evitarán los enfriamientos y la influencia del aire frio y húmedo. Además de este régimen higiénico se han recomendado infinitas preparaciones medicamentosas, pero de todas ellas solo se obtiene algun resultado de los carbonatos alcalinos y los tónicos asociados al ópio; hasta ahora, visto el buen efecto de las aguas minerales de Vichy, y sobre todo de Carlsbad, contra la glucosuria, se hace un uso preferente del bicarbonato de sosa á la dósis de 60 á 80 centígramos unido con 30 de ruibarbo poco antes de cada comida. Tambien se han recomendado los baños generales templados y los de vapor con el objeto de fijar en la piel el estímulo secretorio provocando el sudor. El ópio, muy usado en Inglaterra, ha disminuido algunas veces el apetito, la sed y la cantidad de orina y ha restablecido la traspiracion cutánea. Algunos han recomendado como de gran resultado una fuerte revulsion en la nuca por medio de un sedal. En España puede hacerse uso de las aguas minerales de las Burgas de Orense y las de Molgas, Mende y Verin.

NEUROSES.

Definicion. Aceptando la definicion de A. Tardieu, diremos que las *neuroses* son «enfermedades apiréticas intermitentes por lo comun, que tienen su asiento en cualquier punto del sistema nervioso, y con facilidad se extienden á la vez ó sucesivamente ó otros puntos del mismo sistema, caracterizadas esencialmente por el trastorno de una ó de muchas funciones de este sistema, y cuyas enfermedades pueden existir sin lesion apreciable de los sólidos ó de los líquidos.»

Etiología. Las causas que pueden dar orígen al desarrollo de las neuroses son numerosas; los cambios repentinos de temperatura, las temperaturas extremas intensas ó prolongadas pueden producir cambios en la inervacion y ser causa de neuroses; el abuso de los estimulantes naturales, la excitacion producida por cuerpos extraños, el excesivo ejercicio de los órganos, ó por el contrario, su inaccion, son todas causas que aumentan, disminuyen ó desarreglan la accion del sistema nervioso. La falta de equilibrio entre el sistema circulatorio y nervioso, necesaria para el buen desempeño de las funciones, produce tambien las neuroses, así que son estas provocadas con frecuencia por las congestiones, las hemorragias abundantes y las discrasias. Todas las circunstancias que hacen predominar el sistema nervioso, como son el sexo femenino, la debilidad producida por grandes flujos ó continuados, ó la que resulta de largos padecimientos, las épocas críticas del desarrollo físico, y especialmente en la mujer, cuando se establece y cesa la evacuacion menstrual; las pasiones morales, los trabajos intelectuales excesivos, la vida ociosa, los vicios de la primera educacion y la imaginacion misma, contribuyen á desenvolver las enfermedades nerviosas, así como algunas constituciones médicas y ciertos agentes tóxicos.

Sintomatología. La complexidad de las funciones del sistema nervioso trae como consecuencia multiplicidad en los síntomas que caracterizan las neuroses, pudiendo alterarse ó aislada ó simultáneamente, ya la sensibilidad, ya el movimiento, ya la inteligencia. Esta alteracion de la accion nerviosa puede serlo por exaltacion (*neuro-estenia* ó *hiperestesia nerviosa*), por disminucion (*neuro-astenia* ó *hipostenia nerviosa*), ó por desarreglo (*ataxia*). Cuando una ú otra alteracion se refieren á la sensibilidad, constituyen la *hiperestesia*, si está simplemente exaltada la facultad sensitiva; la *algesia*, cuando llega hasta el dolor espontáneo; la *anestesia*, si se suspende la facultad sensitiva, y la *heterostesia*, si hay aberracion de la sensibilidad. Cuando la alteracion se refiere al movimiento, constituyen el *espasmo*, *hipercinesia*, si está aumentada la facultad motriz; la *paralisis* ó *acinesia*, si está disminuida ó abolida, y el *temblor* y las *convulsiones*, la *ataxia locomotriz*, si está pervertida. Sea la que quiera la naturaleza de los trastornos nerviosos, es cosa observada que, así como hay intermitencia fisiológica en los fenómenos nerviosos, la hay tambien en los síntomas, siendo estos rara vez contínuos sino más bien intermitentes y periódicos, y presentándose en forma de accesos, entre los que la salud parece perfecta; además, mientras subsisten los desarreglos nerviosos, se ejercen con regularidad las demás funciones, siendo la que ménos se altera la circulacion, por lo que tampoco hay calentura; la respiracion suele modificarse pasajeramente; la nutricion suele afectarse en el curso de ciertas neuroses y alterarse la composicion de la sangre; la orina es acuosa, descolorida y ménos densa que en el estado normal.

Curso y duracion. La invasion de estas enfermedades es repentina, y desde luego despliegan toda su intensidad, cambian con facilidad de sitio y de forma; generalmente su curso es lento, pero otras veces terminan pronto y sin fenómenos críticos; son propensas á las recidivas, y si se prolongan demasiado determinan una especie de caquexia. Su duracion es fija.

Complicaciones. Las neuroses forman unas veces complicaciones por sí, como lo es la epilepsia en los reblandecimientos y tumores cerebrales, el asma en las hipertrofias del corazon, etc.; otras veces alterando ellas la circulacion determinan congestiones, como en la eclampsia y el asma, ó la fiebre como la efímera, que suele aparecer al sétimo dia del cólico fuerte; ó el flemon y la erisipela, como ocurre en la neuralgia; cuando se hacen muy persistentes determinan tambien lesiones orgánicas de los órganos como la hipertrofia ó atrofia.

Anatomía patológica. Las neuroses esenciales no van acompañadas de lesiones materiales, ni de circulacion, ni de nutricion; sin embargo, ellas pueden en algunos casos dar orígen á afecciones secundarias graves, como dejamos dicho. Cuando son sintomáticas se encuentran las lesiones propias de la enfermedad de que dependen.

Diagnóstico. Este tiene su base en la naturaleza de los desórdenes funcionales y en la falta de lesion orgánica á que pueda referírselas; de este modo y con el exámen atento de todos los órganos se puede llegar á distinguir si una neurose es esencial ó sintomática, y si la lesion que se halla es ó no secundaria ó consecutiva de la afeccion nerviosa.

Pronóstico. Varía mucho segun las distintas neuroses, siendo relativo á la causa que las produce, á los desórdenes funcionales, la edad de los enfermos, la duracion de los accesos y otras circunstancias.

Tratamiento. La terapéutica de las neuroses varía segun el órden de funciones que se hallan más principalmente perturbadas y naturaleza de los accidentes; así que los agentes terapéuticos que se hallen indicados serán los calmantes, los sedantes, los estimulantes ó los antiespasmódicos, segun los casos. Por eso los principales medicamentos contra el dolor y el espasmo son el extracto tebáico, los preparados de morfina, la belladona, el beleño, el cloroformo y el baño templado. Cuando haya que excitar la sensibilidad y el movimiento se usan los éteres, los preparados amoniacales, los aromáticos, el extracto de nuez vómica, los preparados de estricnina y veratina, el baño, los chorros y la faradizacion. Cuando existe desórden en la inervacion están indicados el ópio, el almizcle, el alcanfor, la asafétida, la valeriana, el baño tibio y la electricidad dinámica. Además se conocen otros medicamentos que calman la accion nerviosa en determinados órganos ó aparatos, como son la digital, el subnitrato de bismuto, el ácido carbónico, el cloruro cíncico y los balsámicos. Tambien

se hallan indicados en los padecimientos nerviosos los tónicos y ferruginosos cuando el estado de la sangre está alterado, los antitípicos cuando los accesos guardan una verdadera intermitencia, y por fin la influencia que directa ó indirectamente se ejerza sobre la moral y la inteligencia del enfermo.

Division. Las neuroses se dividen en neuroses del sentimiento, neuroses del movimiento, neuroses de la inteligencia y neuroses en que se comprometen á la vez el sentimiento, el movimiento y la inteligencia, y que por esta razon se llaman neuroses complexas.

NEUROSES DE LA SENSIBILIDAD
Ó DEL SENTIMIENTO.

En este grupo se comprenden todas las lesiones de la sensibilidad general ó sensorial, que pueden presentarse ó exaltándola (*hiperestesia*), ó debilitándola, ó aboliéndola por completo (*anestesia*), ó pervirtiéndola.

Las neuroses de este grupo se reconocen en que residen en aquellos puntos por donde se distribuyen los nervios del sentimiento, quedando limitada la modificacion de la sensibilidad á un nervio ó á uno de los órganos de los sentidos.

NEURALGIAS.

Definicion. Las neuralgias son neuroses que se caracterizan por un dolor exacerbante, de forma é intensidad variables, que sigue la direccion de un nervio sin que en este se observe ninguna lesion apreciable.

Etiología. Predisponen á las neuralgias el temperamento nervioso, la edad adulta; es tan comun en los hombres como en las mujeres, aunque ciertas neuralgias son más frecuentes en la mujer que en el hombre. Las neuralgias reconocen tambien por causa la accion del frio y de la humedad, la presencia de un cuerpo extraño y otras lesiones locales, así como tambien el estado de la sangre propio de la clorosis y anemia.

Sintomatología. El síntoma esencial y algunas veces único

de la neuralgia es el dolor, que puede ser espontáneo ó provocado por la presion. Cuando el dolor es espontáneo puede ser contínuo ó intermitente; en el primer caso es muy incómodo sin ser violento y da una sensacion de contusion, de tension, de peso ó de presion fuerte, y raras veces desaparece de un modo completo en el intérvalo de los accesos; en el segundo caso se presenta en forma de punzadas ó *rayos de dolor*, que siguen la direccion del nervio, son de distinta violencia segun los casos, se presentan en una grande extension ó constituyen verdaderos centros ó *focos*, de donde parte el dolor lancinante para dirigirse á un punto ú otro, mientras que otras veces estas punzadas quedan fijas en estos focos y se producen á la vez en muchos puntos del trayecto del nervio, muchas veces distantes unos de otros. Este dolor produce otras ocasiones diversas sensaciones, como de desgarro, de quemadura ó de abulsion de las partes.

Estos focos dolorosos, segun Valleix ha demostrado, se hallan situados: en el punto de emergencia del tronco nervioso; en los puntos en que un filete nervioso atraviesa los músculos para acercarse á la piel en que se distribuye; en los puntos en que los filetes terminales de un nervio vienen á extenderse en los tegumentos; y en aquellos en que algun tronco nervioso siguiendo su trayecto se hace muy superficial. Los dolores son más ó ménos violentos, segun los individuos y segun las épocas del dia; se reproducen despues de un espacio de tiempo más ó ménos corto, como despues de algunos segundos, de algunos minutos ó de muchas horas, y muchas veces presentan accesos regulares. Los dolores son muchas veces provocados por diversos movimientos más ó ménos bruscos del enfermo al nivel de las partes afectas, y por la presion sobre el trayecto del nervio, especialmente sobre uno de los focos de donde parten las punzadas; hay de particular en este dolor provocado por la presion que, practicando algunas veces de nuevo la compresion sobre el mismo sitio, deja de producirse el dolor, lo cual es característico. Estos focos de dolor ya están próximos unos á otros, ya están más distantes, pero siempre bien circunscritos, tanto que á 1 ó 2 centímetros de distancia no se halla habitualmente el más ligero aumento de sensibilidad. La direccion más comun que llevan los dolores es la del trayecto del nervio; pero otras veces se irradian des-

de las extremidades de este hácia el tronco, en cuyo caso se dice que la neuralgia es ascendente. Todos estos síntomas son relativos á todas las neuralgias externas, pues en las viscerales no es posible «analizar de la misma manera los dolores, ni seguir su direccion y su diseminacion por puntos.» Además se presentan como síntomas ligados á la enfermedad diversos trastornos en las funciones de los órganos afectados, como contracciones involuntarias de los músculos, aumento de accion en los órganos secretorios, alteraciones de nutricion de los tejidos, como hipertrofias y atrofias, modificaciones en la sensibilidad, como hiperestesia y anestesia. Tambien pueden alterarse las principales funciones y presentarse un empobrecimiento gradual de la economía, un estado de marasmo y de caquexia. En las neuralgias no se presenta calentura.

Curso, duracion y terminaciones. Segun ha observado Valleix, lo más comun es que se desarrollen gradualmente las neuralgias, aunque con más ó ménos rapidez, y que no sean invadidos todos los focos dolorosos, sino uno despues de otro. Las neuralgias se presentan bajo la forma de paroxismos ó accesos, que son mayores cuanto más se prolonga la enfermedad, y aun cuando por lo comun no guardan regularidad en su aparicion; sin embargo, en algunos se observa en ellos una regularidad perfecta. Las neuralgias permanecen generalmente limitadas al nervio primitivamente afecto, pero en otras ocasiones se propagan á los inmediatos por medio de las anastomosis y los plexos. Estas afecciones son tambien muy propensas á las recidivas. La duracion de las neuralgias es muy variable, pues puede terminarse en pocos dias ó haciéndose rebelde prolongarse muchos años. Su terminacion más comun es por la curacion.

Anatomía patológica. Por lo general no se encuentra lesion ninguna en los nervios asiento de la neuralgia, y solo excepcionalmente y en casos muy raros se han encontrado hipertrofiados, atrofiados ó degenerados, ó simplemente hiperhemiados.

Diagnóstico. Las neuralgias solo pueden confundirse con la neuritis, los neuremas y el reumatismo muscular, pero en la neuritis el dolor es fijo y contínuo sin remisiones, ó estas son muy cortas, el nervio está dolorido en todo su trayecto y no en puntos diseminados; en cuanto al neuroma, su carácter

distintivo consiste en presentarse en el trayecto del nervio un tumor muy pequeño, duro y doloroso; y en cuanto al reumatismo muscular, el dolor que produce no sigue el trayecto de ningun nervio; ocupa una gran superficie, no se presenta por puntos diseminados y los dolores espontáneos son ménos violentos que en la neuralgia, y aun nulos ó casi nulos cuando los enfermos están inmóviles.

Pronóstico. El pronóstico de las neuralgias no es grave en general, pero la antigüedad del mal y su intensidad las hace insoportables. «Las probabilidades de curacion son tanto menores cuanto más antigua es la enfermedad y más viejos los sugetos.»

Tratamiento. El tratamiento que se ha observado ser más eficaz es el tópico, y se han aconsejado principalmente los linimentos y fomentos anodinos y calmantes, como los opiados, la belladona, el beleño, los baños templados por inmersion, los de vapor, el cloroformo y el cianuro de potasio. Cuando estos medios no bastan se recurre á los vejigatorios simples ó curados con una sal de morfina en disolucion en la cantidad de 15 á 25 milígramos. En estos últimos años se ha hecho uso del método hipodérmico, ó sean las inyecciones subcutáneas, por medio de la jeringa de Pravaz, con disoluciones calmantes, prefiriendo para el caso el sulfato de atropina y el de morfina, inyectando una ó varias veces cinco, diez ó quince gotas de una disolucion á la centésima parte de uno de estos medicamentos. Lafargue impregnaba una lanceta con una disolucion de dichos medicamentos y la introducia en la piel; Trousseau hacia en las neuralgias profundas y sobre todo en la ciática, una incision sobre el punto de emergencia del nervio é introdúcia en ella un bolo compuesto de extracto de belladona y ópio á partes iguales con polvo de guayaco y mucílago de goma tragacanto, secado en la estufa. Tambien ha obtenido Duchenne resultados ventajosos de la faradizacion de la parte en que se presenta la neuralgia, y Magendie de la electro-puntura empleando dos agujas que penetran hasta el nervio ó cerca de él, la del polo positivo implantada sobre el tronco del nervio y la del polo negativo implantada en el punto más doloroso. En los casos rebeldes se ha empleado la cauterizacion ó la seccion del nervio. El tratamiento interno consiste en el uso de los narcóticos, prin-

cipalmente del ópio, ya solo, ya unido á los antiespasmódicos, como la valeriana, la asafétida, el amizcle, el alcanfor y el valerianato de zinc; las píldoras de Meglin, en las que están unidos los calmantes y los antiespasmódicos, son de un uso muy frecuente en el tratamiento de las neuralgias. Contra las neuralgias intermitentes se emplea el sulfato de quinina; y los ferruginosos y los tónicos contra las que se asocian á una alteracion de la sangre. La trementina y el ácido arsénico han sido recomendados por Boudin.

HEMICRÁNEA Ó JAQUECA.

Definicion. La hemicránea ó jaqueca es una neurose caracterizada por un dolor más ó ménos vivo, que se limita á la mitad frontal del cráneo, y por diversos trastornos de los sentidos y de las funciones digestivas. Se la ha colocado entre las neuralgias aunque no ofrece todos sus caractéres, y no se sabe con exactitud si corresponde á las fibras del trigémino que pasan á la dura madre, si á los filamentos del trisplánico que van unidos á los vasos, ó si á la misma sustancia cerebral.

Etiología. Es una enfermedad hereditaria que acomete con especialidad á los individuos de temperamento eminentemente nervioso, y es muy frecuente en las mujeres, en las que tiene cierta relacion con el orgasmo menstrual. Las causas que determinan el ataque son desconocidas la mayor parte de las veces; pero otras es debida su manifestacion á los cambios atmosféricos, á las emociones de ánimo, á los trastornos en la digestion, á los extravíos en el régimen, al extreñimiento pertinaz, á la impresion de los olores fuertes, á los trabajos excesivos, al cansar mucho la vista, etc.

Sintomatología. La jaqueca empieza en ocasiones de un modo repentino; pero lo general es que vaya precedida de pródromos, como son: cansancio, abatimiento, mal humor, suma irritabilidad, escalofrios, bostezos, inapetencia y náuseas. Al cabo de algunas horas y aun un dia se presenta el dolor que la caracteriza, el cual empieza ordinariamente en la region superciliar, en la cavidad orbitaria, en la fosa temporal ó en otro cualquier punto de los lados del cráneo para invadir despues todo este lado, extendiéndose á veces á los lados del cue-

llo, las encías y los arcos alveolares. Este dolor es sordo y obtuso, otras veces tensivo, lancinante, y se acompaña por lo comun de latidos dolorosos que corresponden á los latidos arteriales, y se aumenta notablemente por los movimientos, la masticacion, la luz, el ruido y la presion, la cual apenas es tolerada. Segun Valeix, se observan los mismos puntos dolorosos que en la neuralgia trifacial y cervico-occipital. Con este dolor coinciden inyeccion del ojo y de la frente, lagrimeo, y á veces están agitados por movimientos espasmódicos los párpados y los músculos de la cara. Desde el principio del acceso y durante él hay náuseas y vómitos compuestos de sustancias alimenticias al principio y despues biliosos ó mucosos. El pulso y la temperatura de la piel se hallan generalmente en estado normal, aun cuando la cabeza suele estar acalorada. Los enfermos se encuentran pesados, atolondrados, incapaces de hacer ningun movimiento ni entregarse á ninguna ocupacion, huyen del ruido y de la luz y muchos tienen tendencia al sueño. En ocasiones el acceso es ménos fuerte y pueden los enfermos dedicarse á sus ocupaciones, consistiendo todo el trastorno en una cefalalgia más ó ménos ligera y un malestar tolerable.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad presenta un curso regular, siendo sus accesos intensos y frecuentes en el período medio de la vida, más débiles y más raros á medida que se avanza en edad, se repiten de un modo irregular, aunque algunas veces aparecen en períodos fijos. Las recidivas de la enfermedad son más ó ménos frecuentes y desde cinco ó seis hasta cuarenta al año. Su duracion más comun es de ocho á doce horas, aunque á veces se la ha visto durar veinticuatro, treinta y seis, cuarenta y ocho y setenta y dos. La terminacion más comun de la enfermedad es por un sueño, que dura algunas horas y aun un dia, y del cual despiertan los enfermos completamente buenos y solo con algo de molestia, abatimiento, pesadez y entorpecimiento de cabeza. Otras veces termina por vómitos, sudor ó una abundante excrecion de orina.

Diagnóstico. La forma del dolor, el curso de la jaqueca, los accidentes y los vómitos distinguen perfectamente á la hemicránea.

Pronóstico. No presenta ninguna gravedad, y solo es incó-

moda en ciertos casos por la tenacidad de la reproduccion de los accesos y por su intensidad.

Tratamiento. El del ataque debe consistir en quietud, silencio, oscuridad, procurar el sueño, abstenerse del uso de alimentos sólidos, usar alguna bebida aromática caliente, como el te, la manzanilla ó el café, algunas cucharadas de una mistura antiespasmódica; y como tratamiento tópico las compresas empapadas en agua sedativa, las de cianuro de potasio (2 gramos de cianuro por 180 de agua destilada), ó segun el Dr. Santero, las fricciones con una untura compuesta de 120 centígramos de cloroformo, 4 gramos de alcohol de romero y 15 de aceite de beleño. El extracto de paulinia, á la dósis de 60 centígramos cada cuarto de hora, suele producir buenos efectos en algunas personas. Para evitar y precaver los accesos se evitará la larga permanencia en cama, se combatirá el extreñimiento con lavativas, se hará uso de las infusiones amargas y el extracto de paulinia; las infusiones amargas y los ferruginosos cuando se une á un estado de debilidad del estómago ó á la clorosis; las preparaciones de quina en la que sigue un curso verdaderamente intermitente. Tambien son útiles los baños minerales salino-acídulos que no pasen de 26 á 28 grados y los de mar.

NEURALGIA FACIAL.

Definicion. La neuralgia facial es la que ocupa el quinto par de los nervios cranianos ó alguna de sus ramas.

Sinonimia. Se la conoce tambien con los nombres de neuralgia trifacial, prosopalgia, trismo doloroso de la cara.

Etiología. Esta neuralgia es rara en los niños y se encuentra con más frecuencia entre los treinta y cuarenta años; se la observa más á menudo en las mujeres que en los hombres, aunque algunos creen que no está más predispuesto á ella un sexo que otro; es más frecuente en las estaciones frias y húmedas. Muchas veces es desconocida su causa ocasional, pero en otras es debida á un enfriamiento; á la compresion del nervio por un tumor á las contusiones, desgarraduras y picaduras de algun ramo del trigémino; á la presencia de un cuerpo extraño en el oido ó en los tejidos de la cara; á la avulsion de una muela y á una afeccion de los huesos.

Sintomatología. La neuralgia de la cara antes de llegar á constituir accesos dolorosos bien caracterizados se anuncia por dolor de cabeza general y persistente, fluxion, dolores vagos, á los que pronto se asocian punzadas que siguen el trayecto de una de las ramas del trigémino, limitándose el dolor por lo general á uno de los lados de la cara. Los focos dolorosos, que son el asiento del dolor espontáneo ó provocado, son los siguientes: el *supra-orbitario* á la salida del nervio frontal; el *palpebral* sobre el párpado superior; el *nasal* en la parte superior y lateral de la nariz; el *sub-orbitario* á la salida del nervio de este nombre; el *malar* en el borde inferior del pómulo; el *alveolar* en un lado de la mandíbula; el *labial* en el labio superior; el *palatino* y *lingual* en la bóveda palatina y en la lengua; el *temporal*, uno de los más frecuentes, situado en la region temporal delante de la oreja; el *mentoniano* á la salida del nervio dentario inferior, y el *parietal* en los alrededores de la eminencia parietal. El dolor no existe en todos estos puntos á la vez, sino en uno ó dos, y puede limitarse á una de las ramas del trigémino, ó bien á una de sus ramificaciones. Cuando la neuralgia se limita al nervio maxilar superior se siente el dolor en el arco dentario superior, el labio y el ala de la nariz; cuando lo hace en el maxilar inferior se siente el dolor en el arco dentario y labio inferiores, en el menton, en el borde y punta de la lengua; y cuando afecta la rama oftálmica ocupa el dolor los sitios en que se distribuyen sus filamentos. El dolor ofrece dos formas: uno fijo contusivo y gravativo, otro vivo y lancinante. Estos dolores lancinantes son muy violentos, siguen el trayecto del nervio y se reproducen por intérvalos más ó ménos largos, y constituyen accesos generalmente irregulares, aunque algunas veces afectan un tipo cotidiano ó doble cotidiano. Estos dolores determinan algunos trastornos en los órganos correspondientes, como son: rubicundez, lagrimeo y fotofobia en el ojo; sequedad, calor insoportable ó exhalacion abundante de mucosidades en la fosa nasal; salivacion abundante en el lado correspondiente de la boca; con frecuencia convulsiones musculares en la cara; algunas veces contracciones permanentes, ya del músculo orbicular de los párpados, ya del masetero; paralísis parciales ó de todo el lado afecto, y por fin, lesiones de la sensibilidad, como la hiperestesia ó la anestesia com-

pleta. Las demás funciones no presentan alteraciones de importancia.

Curso, duracion y terminaciones. Esta neuralgia generalmente se desarrolla con lentitud y raras veces de un modo repentino, ofreciendo en su período de estado paroxismos regulares o irregulares, que se presentan por el dia como por la noche. Los accesos, que al principio de la enfermedad no duran sino algunos minutos, se van haciendo más largos y repetidos á medida que la enfermedad avanza, hasta que esta llega á su máximum de intensidad, desde cuyo período se van presentando cada vez más de tarde en tarde. Esta, como las demás neuralgias, recidiva con bastante frecuencia. La duracion es desde algunos minutos á algunos años, pero por término medio es de un mes. No se tiene noticia de ningun caso que haya terminado por la muerte.

Anatomía patológica. No se encuentra lesion alguna en el trigémino cuando la neuralgia es esencial, pero se han citado algunos casos en los que se ha observado invadido del cáncer, hipertrofiado ó atrofiado.

Diagnóstico. No se confundirá una odontalgia con la neuralgia del trigémino, porque en aquella faltan las contracciones musculares y no presenta focos dolorosos, sino que se limita al nervio dentario, cosa que no sucede en la neuralgia. El ser profundo el dolor en la inflamacion del seno maxilar y no ofrecer focos dolorosos, la distingue de la neuralgia facial. El clavo histérico se distingue tambien de esta neuralgia por estar fijo en un punto muy limitado y coincidir con otros síntomas histéricos. El diagnóstico entre la neuralgia del trigémino y la hemicránea es más difcil, pero en esta no se pueden apreciar por lo general focos dolorosos y en aquella no hay náuseas y vómitos.

Pronóstico. Puede considerarse grave por la intensidad de los dolores, su rebeldía á todo tratamiento y lo frecuentemente que recidiva.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad es bastante difícil, y los medicamentos recomendados contra esta dolencia quedan las más veces ineficaces, pues esta neuralgia es bastante rebelde. Se han aconsejado y administrado los opiados, ya interiormente, ya por el método endérmico, pero con vario resultado. En algunos enfermos se ha obtenido la curacion con las sales de morfina ó el estramonio, la belladona, la asafétida, el ácido cianhídrico, la cicuta, la trementina y el valerianato de zinc. Una de las preparaciones que mejores resultados han dado son las píldoras de Meglin, compuestas de partes iguales de extracto de beleño y óxido de zinc, de las que se tomarán una de 10 centígramos por la mañana y otra por la noche, elevando progresivamente la dósis hasta 20 á 30 cada dia. El sulfato de quinina es muy útil cuando la neuralgia es intermitente; los ferruginosos lo son cuando la neuralgia depende de un estado anémico; el ioduro mercurioso y el de potasio cuando depende de una afeccion sifilítica. Tambien se han recomendado las preparaciones arsenicales, que, segun Romberg, han producido resultados evidentes y prontos que otros autores ponen en duda. Como medios tópicos se usan las fricciones con la pomada de belladona, la de cianuro de potasio, el aceite de beleño opiado ó el cloroformo unido al cerato de Galeno ó el mismo gelatinizado. A poco rebelde que sea la enfermedad se aplicarán uno ó varios vejigatorios sobre los puntos más doloridos, los que podemos aprovechar para aplicar la morfina por el método endérmico. Asimismo se han recomendado las inyecciones subcutáneas con los narcóticos, la electro-puntura, la electricidad de induccion de cortas intermitencias en la direccion longitudinal del nervio afecto, la faradizacion cutánea, el baño general templado, los chorros frios, la estufa seca seguida de un baño de lluvia sobre todo el cuerpo. En los casos rebeldes á todos los medios de tratamiento se ha empleado por Jobert la cauterizacion trascurrente, y por Berard la reseccion del nervio. Para evitar las recaidas se debe preservar á los enfermos del frio húmedo y reparar y sostener sus fuerzas con una alimentacion suave.

NEURALGIA CÉRVICO-OCCIPITAL.

Definicion. Es la neuralgia de los nervios occipitales y cervicales superficiales.

Etiología. Sus causas son las generales de las neuralgias, sin que sepamos cuáles son las especiales que la determinan.

Sintomatología. Está caracterizada por un dolor contínuo y gravativo, que se une á otro lancinante é intermitente, que parten de debajo del occipucio algo por fuera de las vértebras

cervicales y se propagan á las partes superiores del cráneo, y algunas veces hasta el interior del conducto auditivo externo. Los focos dolororos de esta neuralgia son: el *occipital* entr. la apófisis mastóidea y las vértebras cervicales; el *cervical superficial* en la emergencia de los principales nervios del plexo de este nombre; el *parietal* en la eminencia parietal; el *mastóideo* sobre la apófisis mastóides, y el *auricular* en la concha de la oreja.

Diagnóstico. Pudiera confundirse con el torticolis, pero en este se exasperan los dolores con los movimientos; estos no se presentan en puntos aislados, sino en una grande extension, y el dolor no se reproduce por accesos, sino que es contínuo.

Tratamiento. Es el mismo que el de la neuralgia facial, pero se recomienda insistir más en los vejigatorios volantes.

NEURALGIA CÉRVICO-BRAQUIAL.

Definicion. Se da este nombre á la neuralgia que tiene su asiento en las raices posteriores de los últimos pares cervicales, en el plexo braquial y en los nervios que salen de él.

Etiología. Sus causas son muchas veces desconocidas, pero otras es determinada por lesiones traumáticas de las ramificaciones periféricas del plexo braquial, por la compresion de los nervios, las contusiones, los neuromas y la irritacion de los mismos nervios.

Sintomatología. Existen como en las demás neuralgias un dolor sordo y otro lancinante, que se reproducen por accesos, tienen su asiento principal en el hombro y se dirigen desde la extremidad superior del miembro hasta la inferior, siguiendo el trayecto de los nervios. Los focos dolorosos á la presion son: el *cervical inferior*, algo por fuera de las vértebras cervicales; el *post-clavicular*, en el ángulo formado por la clavícula y el acromion; el *deltóideo*, en la parte superior del deltóides; el *axilar*, en el hueco de la axila; el *epitrócleo*, en el sitio en que el nervio cubital da vuelta á la epitróclea; el *cúbito-carpiano*, en el sitio de union del cúbito con el carpo; el *radial*, en el punto en que el nervio de este nombre da la vuelta al húmero; el *radio-carpiano*, hácia la articulacion del radio y del carpo; los *digitales*. En esta neuralgia pueden presentarse contracciones espasmódicas de los músculos durante los dolores y una disminucion local de la sensibilidad cutánea.

Tratamiento. Además de los medios empleados contra las otras neuralgias, goza de cierta reputacion el uso interno de la esencia de trementina.

NEURALGIA INTERCOSTAL.

Definicion. Es la que ocupa los ramos cutáneos que las ramas nerviosas anteriores y posteriores de los plexos dorsales dan á los espacios intercostales.

Etiología. Esta neuralgia, que es la más comun de todas, se presenta en todas las edades, aunque con preferencia de los 17 á los 40 años; es más frecuente en las mujeres que en los hombres; acomete de preferencia á los nerviosos y de constitucion débil. Se manifiesta con predileccion sobre el lado izquierdo, y en este en los espacios intercostales sétimo, octavo y noveno. Esta neuralgia es debida principalmente á las variaciones atmosféricas, las lesiones traumáticas, etc., y como complicacion que sobreviene en el curso de ciertas enfermedades, como la zona, pleuresía crónica, tubérculos pulmonares, clorosis, histerismo, etc.

Sintomatología. En esta neuralgia existe un dolor sordo contusivo y otro laminante, que se reproduce con intérvalos regulares y se irradian sus punzadas ó rayos desde el ráquis hácia el esternon ó el epigastrio. Los focos dolorosos á la presion son para cada nervio los siguientes: el *posterior* ó *vertebral* algo por fuera de cada apófisis espinosa y casi enfrente de la salida del nervio por el agujero de conjuncion; el *lateral* hácia la parte media del espacio intercostal; el *anterior* esternal ó epigástrico, algo por fuera del esternon, á derecha ó izquierda de la línea blanca epigástrica, ó entre los cartílagos hácia la region precordial, cuyo dolor no pasa al lado opuesto. El dolor provocado por la presion puede limitarse á uno solo de estos focos ó presentarse tambien en los otros dos, y se exaspera por las grandes inspiraciones, los esfuerzos de tos, y algunas veces con los movimientos considerables del brazo y tronco; pero cuando los enfermos están en quietud le comparan estos á un estupor ú hormigueo. Si la enfer-

medad es antigua, se irradian á veces los dolores al cuello, al hombro y al brazo, y aun á diferentes partes del cuerpo, y en las mujeres á la glándula mamaria. La circulacion, la respiracion y los órganos digestivos se hallan generalmente en estado normal; sin embargo, en algunas ocasiones es difícil la respiracion, existen vómitos y tambien se observan palpitaciones no contínuas. Esta neuralgia puede ser poco intensa, pero por lo comun es muy fuerte y arranca gritos á los enfermos.

Curso, duracion y terminaciones. Esta neuralgia se desenvuelve lentamente y termina del mismo modo, presentando en su curso remisiones y exacerbaciones irregulares. Esta enfermedad dura mucho tiempo, y aun cuando puede curarse presenta mucha tendencia á las recidivas. Nunca termina por la muerte.

Diagnóstico. Este no es difícil si se tiene cuidado de ejercer la palpacion sobre los tres focos dolorosos que existen en esta neuralgia, lo cual la distinguirá de cualquiera otra afeccion dolorosa del torax en que el dolor no presenta estos focos; además la percusion y la auscultacion nos darán síntomas negativos de una afeccion aguda ó crónica de las vias respiratorias.

Pronóstico. El pronóstico no ofrece gravedad sino por lo rebelde que es al tratamiento, lo mucho que dura y lo frecuentemente que recidiva.

Tratamiento. Cuando la neuralgia intercostal es reciente y poco antigua cede á las fricciones rubefacientes ó narcóticas; pero por poco que se prolongue la enfermedad se emplearán vejigatorios volantes sobre los puntos de emergencia del nervio, y si el dolor no cediese, se curará con una sal de morfina empezando por un centígramo. Tambien es muy útil el uso de la corriente de induccion, y todavía mejor el de la corriente constante. En cuanto al tratamiento interno se pondrá en práctica el que dejamos indicado al hablar de las neuralgias en general. Además, cuando haya debilidad de la constitucion se emplearán los ferruginosos, los tónicos y los baños de mar. Las complicaciones reclaman un tratamiento particular, segun sean; así como aquellas enfermedades en cuyo curso aparece la neuralgia deben ser combatidas antes que esta.

NEURALGIA DE LAS MAMAS.

Etiología. Esta neuralgia se presenta en las mujeres, desde la edad de la pubertad hasta cerca de los 30 años, en las mismas condiciones higiénicas que las demás neuralgias, y principalmente en la anemia, la dismenorrea y la edad crítica.

Sintomatología. En esta enfermedad las mamas están sumamente sensibles al menor contacto; existe en ellas un dolor de intensidad variable que se irradia á la axila, el hombro, el dorso y la cadera. Estos dolores, rara vez contínuos, son muchas veces francamente intermitentes, apirécticos, y en ocasiones acompañados de vómitos los accesos dolorosos.

Pronóstico. Esta neuralgia no tiene una terminacion funesta aunque se prolongue mucho.

Tratamiento. Segun Romberg, el tratamiento más útil es el uso de las pieles sobre el pecho, un emplasto compuesto de partes iguales de emplasto de jabon y extracto de belladona, y al interior unas píldoras de extracto de cicuta y adormideras; 10 centígramos de cada uno y 1 $^1/_2$ á 2 $^1/_2$ de extracto de estramonio.

NEURALGIA LUMBO-ABDOMINAL.

Definicion. Es la que ocupa las ramas anteriores y posteriores de los nervios lumbares.

Sintomatología. En esta neuralgia, como en las demás, hay dolores constantes que ocupan puntos circunscritos, á los que se agregan de tiempo en tiempo dolores lancinantes. El dolor espontáneo puede irradiarse desde la region lumbar al hipogastrio, algo por fuera de la línea blanca, dejándose sentir más especialmente en el lado derecho, la mayor parte de veces bajo forma de cólicos con sensacion de torsion y calor; puede extenderse hasta el útero y exasperarse por los movimientos del tronco, los esfuerzos para defecar y muchas veces la miccion. Los focos dolorosos son: el *lumbar*, un poco hácia afuera de las primeras vértebras lumbares; el *iliaco*, algo por encima de la parte media de la cresta iliaca; el *hipogástrico*, encima del anillo inguinal y por fuera de la línea

blanca; el *inguinal*, hácia la mitad del ligamento de Falopio; el *escrotal*, en la parte inferior del testículo ó en los grandes labios; y el *uterino*, que se encuentra por el tacto uterino en uno de los lados del cuello de este órgano.

Curso, duracion y terminacion. Nada puede decirse de positivo acerca de estas circunstancias.

Diagnóstico. El dolor por accesos y presentándose en puntos aislados ó focos, distinguirá bien la neuralgia lumbo-abdominal del lumbago, del reumatismo de las paredes del vientre y de la peritonitis. El exámen atento del útero hace comprender si los dolores uterinos son debidos á esta neuralgia ó á una afeccion de la matriz.

Pronóstico y tratamiento. El pronóstico y tratamiento de esta neuralgia son como los de la neuralgia intercostal.

NEURALGIA DEL TESTÍCULO Ó ILEO-ESCROTAL.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por un dolor más ó ménos intenso del testículo sin cambio apreciable en la testura y volúmen de este órgano, la que es considerada generalmente como una neuralgia lumbo-abdominal propagada al escroto.

Etiología. Son desconocidas sus causas, tanto predisponentes como determinantes.

Sintomatología. Los enfermos sienten en el testículo un dolor fuerte, lancinante, que se propaga á lo largo del cordon hasta el hipogastrio, el perine y los lomos; se exacerba con la presion y los movimientos, y el testículo se halla tan sensible que se hace insoportable al menor contacto. En algunos enfermos coinciden con este dolor trastornos digestivos, como extreñimiento é inapetencia y á veces náuseas ó vómitos. Esta enfermedad es muy rebelde.

Diagnóstico. Esta neuralgia no se confundirá, como pudiera suceder, con el cólico nefrítico, porque en este se observan diversos trastornos en la secrecion y excrecion de la orina.

Pronóstico. Es grave por la intensidad de los dolores y su rebeldía.

Tratamiento. Se han recomendado al interior el ópio, la belladona y el beleño, que tambien se usan al exterior. Si se resiste la enfermedad se aplica un vejigatorio en la ingle, que se cura con una sal de morfina.

NEURALGIA CIÁTICA Ó FÉMORO-POPLITEA.

Definicion. Es la que ocupa los nervios de este nombre.

Etiología. Es más comun en los hombres que en las mujeres; predisponen por igual á padecerla todos los temperamentos, constituciones y circunstancias higiénicas. Es debida á los enfriamientos y sobre todo al frio húmedo, al decúbito sobre la tierra húmeda, la supresion de alguna traspiracion habitual ó de un exantema. Algunas veces sucede á la contusion ó quemaduras del nervio, á los tumores que se desarrollan sobre el orígen ó trayecto del mismo, á las lesiones del útero, los tumores de la pelvis, ciertos quistes del ovario, enormes tumores hemorroidales ó fecales.

Sintomatología. Se anuncia la ciática generalmente por una sensacion de pesadez, entorpecimiento, alternativas de calor urente y frio en los miembros inferiores, y solo al cabo de unos dias ó muchas semanas se caracteriza la enfermedad por un dolor que puede limitarse al principio á la ingle ó á la escotadura ciática; pero que pronto se extiende á la cadera, al muslo y á todo el miembro inferior hasta la extremidad de los dedos. Este dolor generalmente es sordo y profundo; pero que de vez en cuando se hace intenso, lancinante é insoportable; va acompañado de frio y calor ardiente, de pinchazos, hormigueo, etc., y se exacerba por los movimientos y los esfuerzos de tos. Los focos dolorosos que se exacerban á la presion, son: el *lumbar*, inmediatamente por encima del sacro; el *sacro-iliaco*, al nivel de la articulacion de este nombre; el *iliaco*, hácia el medio de la cresta del ileon; el *ciático*, en el vértice de la escotadura de este nombre; el *trocanteriano*, en el borde posterior del gran trocanter; el *femoral superior*, el *femoral medio* y el *femoral inferior*, en el trayecto del nervio á lo largo del muslo; el *popliteo*, en la corva; el *rotuliano*, en el borde externo de la rótula; el *peroneo-tibial*, hácia la articulacion del perone y la tíbia; el *peroneo*, al nivel del sitio en que el nervio contornea al perone; el *maleolar*, en la parte posterior é inferior del maleolo externo; el *dorsal* del pié y el *plantar* externo.

El dolor, que aparece siempre bajo la forma de paroxismos, se acompaña á veces de lesiones del movimiento y de la sensibilidad, como son: temblores musculares, calambres, debilidad ó semiparalísis del miembro, y más raras veces paralísis completa de los estensores del pié; tambien se ha observado en algunas ocasiones anestesia cutánea y atrofia del miembro. Por poco intensa que sea la enfermedad los movimientos están entorpecidos, y los enfermos que pueden andar lo hacen cojeando, y algunos otros se ven obligados á guardar una inmovilidad completa. La neuralgia ciática no se acompaña por lo general de ningun trastorno en las principales funciones.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la neuralgia ciática afecta á veces una forma aguda, llegando en poco tiempo á su máximum de intensidad para declinar despues de dos á cinco ó seis setenarios; pero por lo general afecta una forma crónica. Esta enfermedad ofrece grandes variaciones, se exacerba generalmente por la noche y sus accesos no se presentan con regularidad, así que raras veces presenta una marcha francamente periódica. La duracion de la ciática es muy variable, pues aunque algunas veces se disipa á los pocos dias, otras veces permanece por muchos años; pero lo general es que dure por lo ménos dos setenarios. Esta enfermedad nunca termina por la muerte; pero cuando dura muchos años se altera la salud, perturbándose las funciones digestivas y la nutricion. Esta neuralgia es muy propensa á las recidivas.

Diagnóstico. Cuando la ciática está bien caracterizada no ofrece ninguna dificultad el diagnóstico; sin embargo, pudiera confundirse esta neuralgia con la coxalgia, pero en esta enfermedad el dolor limitado á la articulacion coxo-femoral ó extendiéndose hasta la rodilla no sigue el trayecto del nervio, ni se observan los focos dolorosos que en la ciática, además de que cuando está avanzada hay tumefaccion y acortamiento del miembro. Pudiera tambien confundirse con las enfermedades de la médula, en que los dolores pueden seguir la direccion de los nervios sacros y ciáticos; pero estos dolores se observan en los dos lados á la vez, lo cual no ocurre en la ciática sino rarísimas veces, y aun en estos casos la paralísis que progresa, y aun se extiende á la vejiga y el recto, quita todas las dudas. El reumatismo que ocupa todo el miembro inferior tampoco puede confundirse con la ciática si se atiende á los caractéres distintivos del dolor reumático y del dolor neurálgico.

Pronóstico. La ciática es grave por lo intenso de sus dolores, por su larga duracion y sus frecuentes recidivas, siendo en su consecuencia tanto más grave cuanto más antigua sea y cuanto más frecuentes sean los accesos. Cuando es sintomática ofrece tambien más cuidado. La ciática reciente y la aguda son de ménos consideracion.

Tratamiento. Cuando la ciática es poco intensa bastan generalmente las fricciones con el linimento amoniacal, los baños de inmersion ó de vapor, las fricciones con pomadas ó linimentos de cloroformo repetidas cada tres horas, ó con la esencia de trementina unida al ópio. Cuando la ciática es más intensa se aplicarán sanguijuelas ó ventosas en los puntos más doloridos, prescribiendo al mismo tiempo linimentos narcóticos. Si sigue siendo rebelde, se puede hacer uso del método del Sr. Trousseau, del cual hemos hecho mérito al hablar de las neuralgias en general, de las inyecciones hipodérmicas narcóticas, del uso de la faradizacion, que ha dado buenos resultados, y sobre todo del uso de vejigatorios volantes sobre los diversos puntos dolorosos, los cuales pueden dejarse supurar ó curarlos con una sal de morfina. Tambien se han recomendado la cauterizacion lineal superficial á lo largo del trayecto nervioso, ó la aplicacion del hierro candente ó moxas en puntos aislados de este trayecto, sobre el dorso del pié, ó por fin la cauterizacion del pabellon de la oreja. Al interior se prescriben los calmantes, principalmente el ópio, los sudoríficos y la esencia de trementina, bajo la forma de electuario (esencia de trementina 4 gramos y 30 de miel para dar una cucharada dos veces al dia), ó en cápsulas. Cuando sea causa de la ciática la detencion de las heces fecales se usarán los purgantes. Para precaver las recidivas se hará uso de una alimentacion suave y nada estimulante, se usará franela sobre la piel y se procurará preservarse del frio húmedo y de las variaciones atmosféricas.

NEURALGIA CRURAL.

Definicion. Es la neuralgia del nervio crural, la cual aparece rarísimas veces aislada, pero con mucha frecuencia en los casos de ciática intensa.

Etiología. Puede reconocer las mismas causas que la ciática.

Sintomatología. Esta neuralgia, que es bastante rara, está caracterizada por un dolor que se extiende desde la ingle á la cara anterior é interna del muslo y de la pierna y en ocasiones hasta el maleolo interno, el borde interno del dorso del pié y los dos primeros dedos. Valleix ha observado puntos dolorosos diseminados y circunscritos en la ingle, en la parte interna del muslo, de la rodilla y del pié. Se han observado como trastornos funcionales, lesiones de la sensibilidad y del movimiento.

Curso y terminaciones. Son iguales que en la ciática.

Tratamiento. Esta neuralgia, que, segun Chaussier, se cura más fácilmente que la ciática, exige el mismo tratamiento que esta.

DERMALGIA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la exaltacion de la sensibilidad de la piel, sin que esta presente una alteracion material.

Etiología. Parece es producida de preferencia por consecuencia de un enfriamiento ó trabajos musculares excesivos. En algunas ocasiones se presenta como sintomática de la intoxicacion saturnina, la mielitis, el histerismo, la sífilis y el reumatismo.

Sintomatología. El dolor, que es el síntoma predominante de la afeccion, es espontáneo y provocado. El espontáneo es contínuo ó intermitente como en las demás neuralgias; pero sus rayos y punzadas no siguen la direccion conocida de las ramas nerviosas. El dolor, que en un principio consiste en una ligera exaltacion de la sensibilidad, se convierte pronto en un dolor quemante y acompañado de escozor, al que se unen punzadas intolerables; se exacerba de un modo extraordinario al menor contacto de los vestidos, de los dedos y aun el de las barbas de una pluma, y aun quita el sueño á los enfermos. En la piel no hay rubicundez, ni palidez, ni alteracion alguna especial. En algunos casos raros se asocia al dolor un ligero movimiento febril; pero por lo general la dermalgia es apirética.

Curso y duracion. Esta enfermedad, que aumenta lentamente, desaparece de la misma manera, durando de un dia á dos semanas.

Tratamiento. Debe consistir en el baño templado, las embrocaciones calmantes y el uso interno de las preparaciones opiadas.

ANGINA DE PECHO.

Definicion. Es una enfermedad apirética, caracterizada por un intenso dolor lancinante, que se extiende desde la parte inferior del esternon hasta el cuello, y muchas veces el brazo izquierdo, y va acompañado de gran dificultad de respirar, sensacion de constriccion y propension al síncope.

Sinonimia. Se conoce tambien esta enfermedad con los nombres de esternalgia, *angor pectoris*, asma convulsivo, esternocardia, síncope anginoso y neuralgia del corazon.

Etiología. Esta enfermedad es más comun en los hombres que en las mujeres, y aun cuando se la ha encontrado en todas las edades, puede decirse que solo es frecu ente pasados los 50 años; es más propia de los países frios y húmedos, especialmente de Inglaterra y Alemania, y sus causas más comunes son las vivas emociones de ánimo, el ejercicio exagerado, los excésos venéreos. Tambien parece que la han determinado la marcha contra el viento, un acceso de cólera, una violencia exterior, un esceso alcohólico, y segun Beau el abuso en el fumar, aunque esto no se ha comprobado. Tambien se ha creido que la diatesis gotosa ejercia un gran influjo en su desarrrollo. Igualmente se la observa en individuos que padecen lesiones orgánicas del corozon y de los grandes vasos.

Sintomatología. Esta enfermedad acomete generalmente de pronto con un dolor muy intenso pungitivo que se irradia al hombro, brazo izquierdo y cuello, ó con una sensacion de contriccion debajo del esternon, que amenaza ahogar al enfermo, el cual se queda inmóvil, se figura no poder respirar aunque hace profundas inspiraciones si se le obliga á ello, palidece, se altera su fisonomía y se enfria por la superficie. Este dolor, que no se aumenta ni por la presion, ni por los movimientos del brazo, ni por las inspiraciones profundas, se

irradia, como dejamos dicho, hácia el brazo izquierdo, y raras veces hácia el derecho, el epigastrio y parte inferior del vientre, y en ocasiones, aunque raras, en vez de empezar desde el esternon, empieza, segun Trousseau, por el brazo y se propaga al pecho. Con el dolor se suspende desde luego la respiracion y despues se aceleran los movimientos respiratorios, aunque ordinariamente son poco profundos; el pulso es pequeño, débil, más bien lento que acelerado, muchas veces intermitente é irregular; hay gran terror y abatimiento de las fuerzas; algunos enfermos tienen lipotimias y aun síncopes; muy raras veces una sensacion especial de la vejiga y deseo irresistible de orinar. Los enfermos no guardan ninguna posicion especial, y por el contrario, su actitud es variable; ya se quedan inmóviles, ya se inclinan hácia adelante, ya hácia atrás, ya buscan un punto de apoyo ó se comprimen el pecho contra cualquier objeto. Al cabo de algunos minutos el acceso desaparece gradualmente y casi siempre se señala su fin por eruptos ó vómitos, quedando solamente una gran fatiga y entorpecimiento en el pecho y en los miembros superiores.

Curso, duracion y terminaciones. Los accesos son variables en intensidad, duracion y caractéres; en unos domina el dolor, en otros los síncopes y el abatimiento de las fuerzas. Los accesos generalmente no se reproducen sino á grandes intérvalos, pero á medida que la enfermedad progresa, se hacen más intensos, más largos y más frecuentes, pudiendo durar desde algunos minutos hasta un cuarto de hora, media, una y aun más, salvo ligeras remisiones. Entre los accesos suelen conservar los enfermos una sensacion de incomodidad en todo el pecho. La duracion de esta enfermedad es varia, pues mientras en unas ocasiones solo es de algunos meses, en otros casos se prolonga por muchos años. La terminacion más frecuente de la enfermedad es la muerte, la cual sobreviene repentinamente durante el acceso ó al principio de él; sin embargo, en algunos casos, aunque raros, se detienen los progresos de la enfermedad, los accesos se alejan, pierden de intensidad y por fin desaparecen por completo.

Diagnóstico. Un dolor violento subesternal constrictivo que se irradia al brazo izquierdo, se presenta casi siempre de repente, se repite por acceso y se acompaña de inminente sofocacion y angustia, son los signos característicos de la angina de pecho y suficientes para distinguirla de todas las enfermedades acompañadas de disnea persistente aguda ó crónica. Hay, sin embargo, dos enfermedades que pudieran confundirse con la angina de pecho, y son: la neuralgia intercostal y el asma. En la neuralgia intercostal el dolor no se irradia por lo general al brazo, no se acompaña de angustia ni presenta accesos tan distintos como la angina de pecho, además de que en la neuralgia duran más y se reproducen más á menudo. El asma tiene tambien mucha analogía con la angina de pecho por su curso en forma de accesos é intermitente y por la inminencia de sofocacion; pero su aparicion de noche, los síntomas precursores, la inspiracion difícil é incompleta, el silbido característico que la acompaña y las lesiones concomitantes de los pulmones ó el corazon la distinguirán bien de la angina de pecho.

Pronóstico. La angina de pecho es una enfermedad muy grave, y esta gravedad del pronóstico aumenta con las complicaciones orgánicas del corazon. A medida que la angina se agrava, los accesos se hacen más frecuentes, más largos y más dolorosos.

Tratamiento. Para calmar los accesos se administrarán las misturas antiespasmódicas opiadas, y si los enfermos no las pueden tragar ó las vomitan se prescribirán lavativas con 16 ó 20 gotas de láudano, repitiendo la dósis si el ataque no calma. Al mismo tiempo se darán fricciones en la region precordial con la pomada de belladona y se aplicarán sinapismos y friegas con paños empapados en sustancias irritantes, como el amoniaco, sobre el esternon ó las extremidades. Romberg recomienda para calmar el acceso las inhalaciones de éter sulfúrico ó acético, pudiendo llenar la misma indicacion las de cloroformo, pero cuidando de no llegar á producir con unos ni con otros la anestesia. Niemeyer asegura haber visto acortarse el acceso de un modo sensible con el uso de la tintura etérea de valeriana y castóreos. Tambien se ha recomendado como curativo, ó por lo ménos como propio para alejar los accesos, la disolucion arsenical de Fowler á la dósis de 6 gotas tres veces al dia; las hojas de estramonio fumadas; y por Trousseau el sulfato de quinina solo ó asociado al ópio ó á la belladona; Bretonneau, creyendo que la enfermedad era cau-

sada por la produccion de concreciones calcáreas á raiz de la aorta, daba de 1 á 2 gramos de bicarbonato de sosa en las dos comidas, aumentando gradualmente la dósis por espacio de diez dias, despues de los que la disminuia del mismo modo; pero este tratamiento no ha dado resultado. Tambien se han recomendado los sudoríficos como el guayaco, la zarzaparrilla, los polvos de Dower, los antimoniales, los purgantes repetidos, los tónicos; pero todos con escaso resultado. Las evacuaciones sanguíneas, y especialmente la sangría, han tenido sus partidarios y sus impugnadores; pero aun cuando la naturaleza del mal las contraindica, no por eso deben desecharse en absoluto, pues como caso excepcional habrá que recurrir á la flebotomia cuando los sugetos sean sanguíneos y pletóricos para facilitar las funciones circulatoria y respiratoria. La electricidad tambien se ha empleado en el tratamiento de la angina de pecho cuando no hay lesion orgánica, pues en este caso seria perjudicial. Son tambien convenientes los baños tibios en el invierno y frios en el verano, así como los de mar. Laennec alababa mucho las chapas imantadas, colocando una sobre la region precordial y otra en el lado opuesto del dorso. Cuando el ataque haya pasado se someterán los enfermos á un régimen alimenticio severo; harán un ejercicio moderado; se vestirán de lana interiormente; guardarán una continencia casi absoluta, y evitarán todas las causas que puedan excitar el sistema nervioso. El intérvalo que queda entre los accesos se aprovechará para combatir las causas determinantes de la enfermedad y los vicios orgánicos, discrásicos ó diatésicos que puedan existir.

Naturaleza y asiento de la enfermedad. Los caractéres que la enfermedad presenta han hecho que se la considere por casi todos los autores como una neurose, y por ser su síntoma dominante un dolor intenso, á veces lancinante, se la refiere á las neuralgias. Respecto al asiento de esta neuralgia, han variado las opiniones: así Laennec creia que unas veces se fijaba en el nervio neumo-gástrico y otras en los filamentos cardiacos del gran simpático; otros han fijado su asiento en el diafragma y en los músculos intercostales, pero la generalidad de los patólogos la atribuyen á los nervios cardiacos procedentes del neumo-gástrico.

GASTRALGIA.

Definicion. La neuralgia del estómago, enfermedad más bien crónica y habitual que aguda, está caracterizada por un dolor epigástrico intenso y exacerbante, que se irradia por lo comun á las partes inmediatas y se acompaña de una sensacion de desfallecimiento ó depresion y de diversos trastornos funcionales de los órganos digestivos.

Sinonimia. Esta enfermedad es tambien conocida con los nombres de gastrodinia, cardialgia, cólico del estómago, calambres del estómago.

Etiología. Es propia de la juventud y edad adulta, aun cuando se la observa en las demás edades; es más frecuente en las mujeres y en los individuos de un temperamento nervioso exagerado; tambien se desarrolla bajo el influjo de una predisposicion hereditaria. Es producida por los extravíos frecuentes en el régimen, los excesos en la mesa, el uso habitual de una alimentacion suculenta, el abuso de los condimentos, de los alcohólicos, del café y de los helados; las causas opuestas la producen tambien, como son: la alimentacion irregular é insuficiente, los ayunos prolongados, las grandes pérdidas sanguíneas, la lactancia prolongada, los excesos venéreos, las pérdidas seminales involuntarias, la vida sedentaria, los trabajos intelectuales inmoderados, la falta de ejercicio, los pesares profundos, las emociones violentas, el terror, la cólera. Se la observa con frecuencia en los sugetos anémicos, y sobreviene en el curso ó á consecuencia de varias enfermedades, como en las de la matriz ó los ovarios, en las del cerebro y la médula espinal, en el histerismo y la hipocondría y en la convalecencia de las gastritis y gastro-enteritis.

Sintomatología. El síntoma culminante de esta enfermedad es un dolor epigástrico, comunmente intenso, muchas veces violento, que se irradia á diversas partes del vientre, al dorso, á los hombros y paredes torácicas; es lo más frecuentemente intermitente ó remitente; da la sensacion de quemadura en unos casos, de desgarro en otros, de distension en algunos, de constriccion en varios, sensaciones que pueden ser siempre las mismas en todo el curso de la enfermedad ó sucederse las unas á las otras. Este dolor por lo general se calma por una

compresion metódica de la palma de la mano aplicada al epigastrio. En algunas ocasiones el dolor es ménos intenso y constituido por un malestar penoso é indefinible acompañado de náuseas, desfallecimiento, ansiedad, y muchas veces sensaciones extrañas. Cuando los accesos de dolor son fuertes, á los enfermos les parece que se van á sofocar, se desmayan, y aun tienen delirio ó movimientos convulsivos, marcándose á veces la cesacion de estos accesos con un desprendimiento considerable de gases por la boca y el ano. El pulso generalmente está en su estado normal; pero si persiste el dolor se concentra y acelera; muchas veces se notan latidos epigástricos. En el intérvalo de los accesos puede ser completa la salud, á ménos que no sea crónica la gastralgia, en cuyo caso sienten los enfermos calambres, peso ó tirantez dolorosas, que se calman por la ingestion de los alimentos, cuya digestion puede ser difícil y trabajosa; ó por el contrario, se exacerban despues de comer, variando tanto como los enfermos los alimentos, que se digieren sin dolor. Muchas veces se siente un calor ácre en el estómago con regurgitacion de sustancias ácres y ácidas. En casi todos los casos el apetito es caprichoso, con frecuencia aumentado; la sed es muy variable; la lengua no presenta cambio notable, y el extreñimiento es habitual; pero cuando la gastralgia se acompaña de saburra, se presenta cubierta de una capa blanquecina ó amarillenta, hay mal olor de boca y comunmente diarrea. A pesar de que dure mucho la enfermedad, los enfermos no se desmejoran; y cuando esto sucede y se presenta la calentura lenta, casi siempre dependen estos fenómenos de una complicacion orgánica.

Duracion y terminaciones. La duracion de la gastralgia es variable, pero la mayor parte de las veces dura por espacio de varios años; y como todas las neuralgias, está muy expuesta á las recidivas. No se conoce ningun ejemplo de qne los enfermos hayan fallecido á consecuencia de una gastralgia simple.

Diagnóstico. La gastralgia pudiera confundirse con una neuralgia intercostal que se irradiase al epigastrio, pero la existencia en esta enfermedad de otros focos dolorosos y la particularidad de encontrarse el dolor limitado en un lado por la línea blanca, cosa que no ocurre en la gastralgia, que ocupa ambos lados del vientre, nos facilitan la distin-

cion entre las dos enfermedades. Pudiera confundirse con el cólico hepático, pero en este sobreviene el dolor de pronto, tiene su asiento principal en el hipocondrio derecho y se exaspera con la presion. Tambien puede distinguirse la gastralgia de una gastritis crónica, porque en esta el dolor se concentra en el epigastrio, es contínuo y se exacerba por la presion. Tampoco ofrece dificultades establecer la diferencia entre la gastralgia y los dolores del cáncer del estómago, porque en este las digestiones son lentas y difíciles, hay vómitos alimenticios y una demacracion rápida desde el principio, y más avanzada la enfermedad se percibe un tumor en el epigastrio y existen vómitos melanósicos.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad no es grave cuando es reciente y sus accesos se reproducen de tarde en tarde, así como cuando depende de un empobrecimiento de la sangre que no sea debido á una enfermedad incurable. Tambien es favorable el pronóstico cuando afecta un tipo francamente intermitente. Cuando es muy antigua, los accesos son frecuentes y se ha hecho rebelde á los tratamientos racionales empleados para combatirla es de consideracion el pronóstico, así como tambien lo es cuando se complica con el histerismo y la hipocondría. Cuando la gastralgia es sintomática su pronóstico depende del de la enfermedad que la origina.

Tratamiento. El tratamiento de la gastralgia debe consistir ante todo en un buen régimen, debiendo por lo tanto consistir la alimentacion en las leches, las carnes asadas, los pescados frescos, los huevos frescos en cantidad proporcionada á las fuerzas digestivas de los enfermos, excluyendo las sustancias grasas, azucaradas y flatulentas; al mismo tiempo se procurará que el enfermo haga un ejercicio moderado, se abrigue medianamente, y sobre todo el vientre, y se distraiga; los que abusen del tabaco deben moderarse en su uso. A este plan higiénico se unirá el uso del agua de Seltz, tomada en el momento de la efervescencia para aprovechar el efecto sedante del ácido carbónico sobre la inervacion gástrica. Esta agua debe tomarse á las horas de las comidas y en los intermedios de ellas tres ó cuatro veces al dia á la dósis de 120 á 180 gramos. Cuando hay un estado asténico del estómago , además de un régimen tónico conviene el uso de los armargos, como la genciana, la manzanilla ó la cuasia, y los

excitantes, especialmente de la menta y la melisa. Cuando con estos medios no se consigue el alivio se procurará calmar el dolor con el uso del bicarbonato sódico (4 gramos) asociado al cloruro mórfico (5 centígramos) para seis ú ocho tomas en el intérvalo de las comidas, ó por medio del extracto de belladona cuando la gastralgia va acompañada de extreñimiento. Si la gastralgia se acompaña de dispepsia, eruptos nidorosos, diarrea ó tendencia á ella se hará uso del subnitrato ó mejor del carbonato de bismuto asociado al cloruro mórfico. Si la gastralgia se acompaña de un estado saburral, se empieza por combatir éste por medio de la ipecacuana como vomitivo, para hacerlo despues con la gastralgia en su estado de simplicidad. Si la gastralgia depende de un estado clorótico ó anémico se administrarán crecidas dósis de un preparado ferruginoso. Tambien se han recomendado las emisiones sanguíneas, tanto generales como locales; pero la índole de la enfermedad las contraindica por punto general, y solo debe hacerse uso de ellas en los sugetos robustos, pletóricos y muy sanguíneos y cuando el pulso está lleno y duro. Cuando se sospecha que los trastornos digestivos dependen de un vicio en la cantidad del jugo gástrico, se puede administrar la pepsina (1 gramo) asociada al cloruro mórfico (1 á 2 centígramos) al principio de las comidas. Los medicamentos antiespasmódicos, sobre todo la valeriana, asafétida y castóreos se suelen asociar á los calmantes. Tambien se ha recomendado mucho la tintura de nuez vómica mezclada á partes iguales con la de castóreos para tomar doce gotas durante el acceso. El Dr. Santero asegura haber obtenido buen resultado en el tratamiento de la gastralgia crónica con la administracion del cianuro cíncico á la dósis de un octavo de grano en píldoras repetidas tres ó cuatro veces al dia. El frio interior y exteriormente ha sido tambien recomendado por su accion sedante, administrándole al interior en terroncitos de hielo ó haciendo uso del sorbete ó del quesito helado. Cuando con todos estos medios no se consigue ningun resultado, se ha usado con alguna ventaja el baño general á la temperatura de 26° á 27° y cuya duracion no exceda de veinte á treinta minutos. Aunque por lo regular son de utilidad dudosa las embrocaciones calmantes al epigastrio y los paños muy calientes recomendados por algunos sobre la misma region, pueden usarse como medios auxiliares

del tratamiento interno. Si la gastralgia se hace rebelde á todos los medios de tratamiento puede aplicarse un vejigatorio sobre el epigastrio, que se sostiene por algunos dias y se cura con el cloruro mórfico; algunos recomiendan la aplicacion del epitema de Ranque, y Romberg lo hace del emplasto de belladona ó de gálbano azafranado. En las gastralgias crónicas son un gran recurso las aguas bicarbonatadas de Solares, Alzola, Solan de Cabras, Segura, Puertollano, Hervideros de Fuensanta, Marmolejo, Lanjaron y la fuente del hígado y los herpes en Panticosa.

ENTERALGIA Ó CÓLICO NERVIOSO.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en una neurosis dolorosa fija en los nervios sensitivos, que se distribuyen por los intestinos, especialmente en la region correspondiente al llamado ileon.

Etiología. Las causas que reconoce la enteralgia son: las infracciones del régimen, la ingestion de sustancias indigestas ó excitantes, el uso de bebidas heladas estando el cuerpo sudando, las variaciones atmosféricas bruscas y casi las mismas que hacen se desarrolle la gastralgia.

Sintomatología. El síntoma predominante de esta enfermedad, es un dolor exacerbante, de retortijon, que partiendo de las inmediaciones del ombligo puede irradiarse á todo el vientre; tiene una intensidad variable, siendo muchas veces violento hasta el punto de arrancar gritos al enfermo, hacerle cambiar con frecuencia de posicion buscando algun alivio á su dolencia, ó haciéndole esté inmovil por miedo á los movimientos; la presion ya le calma, ya le aumenta, y se exaspera algunas veces solo despues de la ingestion de los alimentos. Con este dolor coincide alteracion de la fisonomía, frialdad de las extremidades, á veces lipotimias y síncopes. El pulso es pequeño, duro y más ó ménos contraido, segun la intensidad del dolor. La lengua está limpia, algunas ocasiones hay náuseas y vómitos, comunmente extreñimiento, y á veces algo de diarrea pasajera. Las paredes del vientre están ó retraidas ó abultadas, hay tension en el mismo, y muy frecuentemente timpanitis á consecuencia de una exhalacion abundante de gases intestinales, cuya evacuacion por el ano

produce siempre alivio. La orina es ténue y de color claro, existiendo á veces disuria y espasmo vexical. En ocasiones se presentan calambres en las extremidades inferiores.

Diferentes especies de cólicos. El cólico nervioso, que puede considerarse como la especie simple ó típica, puede ir acompañado de otros elementos morbosos, formando otras tantas especies distintas que vamos á describir.

El llamado *cólico inflamatorio* aparece en las primaveras secas cuando el calor del dia contrasta con la frescura de las noches, ó cuando en un mismo dia hay distintas variaciones de temperatura, que producen destemples nerviosos y cambios de circulacion. En este cólico se presenta el dolor con los caractéres que dejamos expuestos; pero se aumenta con la compresion, se acompaña de fiebre, como en la enteritis; se presenta la lengua cubierta de una capa blanquecina y la orina es turbia y encendida. Esta especie de cólico dura siete dias y cede con sudor crítico y con evacuaciones alvinas.

El *cólico bilioso* aparece en el verano y el otoño bajo la constitucion atmosférica caliente, seca ó húmeda, siendo favorecido su desarrollo por el abuso de los alcohólicos, de la leche, de las sustancias grasas y de los helados; presenta un dolor umbilical con los caractéres ya descritos, extreñimiento, color ictérico de la piel y las conjuntivas, lengua con una capa blanco-amarillenta, ansiedad epigástrica, vómitos biliosos, tension en el hipocondrio derecho y orina turbia de color de naranja oscuro. Esta especie de cólico dura siete dias y presenta como crísis evacuaciones estercoráceas primero y despues biliosas.

El *cólico pituitoso ó catarral* aparece en los climas y estaciones húmedas y frias, favoreciendo su desarrollo el uso de la hortaliza, del mal pan, de las frutas no sazonadas y de las bebidas fermentadas. Este cólico presenta además del dolor con los caractéres indicados, palidez de la cara, aliento ácido, lengua saburrosa, blanquecina, vómitos mucosos, frialdad de la piel, debilidad del pulso, quebrantamiento de las extremidades inferiores, orina turbia y blanquecina. Es de más larga duracion que los anteriores.

El *cólico por indigestion* proviene del uso de sustancias indigestas, de alimentos y bebidas tomadas con exceso ó de disposicion particular del sugeto, y se presenta ó con dolores

gastro intestinales y ansiedad epigástrica, á cuyos síntomas siguen vómitos abundantes de las sustancias no digeridas y deposiciones ventrales, ó por el contrario, con dolores que causan opresion y se acompañan de meteorismo; pero no se expelen las sustancias indigestas ni por el vómito, ni por la cámara (*cólico cerrado*), retencion que puede producir el íleo, la eclampsia y hasta la apoplegía.

El *cólico estercoráceo,* producido en los sugetos habitualmente extreñidos por la detencion prolongada de las heces ventrales, se distingue de los anteriores por los antecedentes de extreñimiento y por demostrar la palpacion la existencia de tumores excrementicios en los intestinos.

Curso, duracion y terminacion. La enteralgia ó cólico nervioso sobreviene generalmente de repente, y cada acceso dura con sus carácteres algunos minutos ú horas enteras, interrumpido por remisiones irregulares, siendo la duracion total de la enfermedad de cuatro á siete dias, terminando á veces de pronto, calmándose el dolor y presentándose deposiciones naturales y espontáneas; sin embargo, en algunas ocasiones las contracciones que sufre el tubo digestivo en la exacerbacion del dolor puede ocasionar el vólvulo ó íleo y el exceso del dolor ataques convulsivos de eclampsia, produciendo á su vez el íleo, la gangrena y la congestion cerebral con derrame seroso.

Diagnóstico. La enteralgia se distingue de la peritonitis y de la enteritis por la falta de calentura; de la gastralgia por la falta de síntomas gástricos y no ocupar el dolor el epigastrio; de la neuralgia lumbo-abdominal por no estar el dolor limitado á un pequeño espacio á la derecha ó á la izquierda de la línea blanca, ni presentar los focos dolorosos que en esta se han descrito; del vólvulo ó íleo porque en este el extreñimiento es pertinaz, los vómitos primero alimenticios y biliosos y despues estercoráceos, el pulso se acelera, los síntomas se aumentan cada vez más y no presentan remisiones como en la enteralgia. Tampoco se confundirá con un reumatismo de las paredes abdominales, porque en este los dolores son persistentes y aumentan con la contraccion de los músculos abdominales.

Pronóstico. El pronóstico de la enteralgia no es grave por lo general, porque esta enfermedad no es de las que compro-

meten por sí la vida del enfermo, pero ya se ha dicho que puede originar otros padecimientos que la comprometen sériamente y agravan el pronóstico.

Tratamiento. La indicacion en esta enfermedad consiste principalmente en calmar el eretismo nervioso, lo cual se consigue por lo general con el siguiente plan adoptado por el Dr. Santero, y que consiste en dieta de sustancia de pan ó arroz, bebidas demulcentes, quietud, abrigo y el uso de los preparados de ópio, entre los que se elegirán el extracto acuoso (25 milígramos) ó las sales de morfina (12 milígramos), repitiendo la dósis cada tres, cuatro ó seis horas, segun la intensidad del padecimiento. Al mismo tiempo se darán fricciones al vientre con la pomada de belladona, y se aplicarán cataplasmas emolientes y enemas de la misma clase. El baño general templado es tambien un buen calmante cuando no se obtiene todo el efecto deseado de los narcóticos. Una vez calmado el eretismo nervioso se procurará la expulsion de las materias fecales, si no se expulsasen espontáneamente, haciendo uso de los purgantes y prefiriendo el aceite de ricino á la dósis de 30 gramos, porque como oleoso facilita el deslizamiento de las materias estercoráceas. Cuando el cólico es inflamatorio hay que rebajar ante todo el estado flojístico aplicando una ó dos docenas de sanguijuelas á la region umbilical, y aun si el sugeto es pletórico haciendo una corta sangría, obrando despues como queda dicho cuando la enteralgia es simple. Cuando el cólico es bilioso debe ante todo calmarse el eretismo nervioso por medio de los opiados, y el orgasmo fluxionario cuando es algo considerable por medio de aplicaciones de sanguijuelas al ano y al hipocondrio derecho; al mismo tiempo se hará uso del agua de Seltz y si hubiese vómitos se dará la pocion antiemética de Riverio, el agua de naranja gomosa y se insistirá en los preparados de ópio, que será ventajoso unirlos á la magnesia calcinada ó al bicarbonato sódico. El baño general templado y las fricciones con la pomada de belladona son tambien en este cólico de mucha utilidad. Una vez calmado el estímulo se combate el estado saburral por medio de los laxantes, como el aceite de ricino, el maná, los tamarindos, el crémor ó la pocion anticólica de la Farmacopea Española. Cuando el cólico es catarral, generalmente no exige las evacuaciones de sangre; mas como en esta forma hay gran desarrollo de gases, se asociarán á los calmantes el bicarbonato sódico y los aromáticos, dando tambien fricciones en el vientre con el aceite de manzanilla eterizado; despues de calmado el dolor se combate el estado saburral que acompaña á esta forma con los laxantes que ya quedan dichos. Cuando el cólico es producido por indigestion, si la naturaleza expele espontáneamente los materiales indigestos y queda despues el dolor, se calma este con los medios que ya quedan expuestos, y si, por el contrario, se trata de un *cólico cerrado*, se procura el vómito con medios mecánicos y las deposiciones á beneficio de enemas purgantes; y si estas no bastaran, con el uso del baño templado y el aceite de ricino unido al jarabe de meconio á partes iguales, para administrar una cucharada de hora en hora ó de dos en dos. Cuando el cólico es producido por la detencion de materiales estercoráceos en los intestinos se emplearán con insistencia las lavativas emolientes, el aceite de ricino, como en el cólico por indigestion, el baño templado con frotes en el vientre y las embrocaciones etéreas laudanizadas.

CÓLICO SATURNINO.

Definicion. Es un cólico especial producido por la accion de las partículas plúmbicas absorbidas, y se caracteriza por un dolor abdominal muy intenso, la contraccion de los músculos abdominales, el extreñimiento pertinaz y la raquialgia.

Sinonimia. Se le ha denominado tambien cólico metálico, cólico de los pintores, de los plomeros, de los alfareros, de los barnizadores, raquialgia, etc.

Etiología. La causa productora de este cólico es la introduccion del plomo en el organismo, ya sea por las vías respiratorias, ya por las gastro-intestinales; así que se observa en los operarios de albayalde, fundidores de plomo, tintoreros, molenderos de colores, alfareros, fundidores de letras de imprenta, impresores y otros que viven en una atmósfera impregnada de partículas de plomo. Tambien lo producen el uso del vino sofisticado ó de otras bebidas por medio del acetato de plomo, el dormir en cuartos recien pintados, el uso de vasijas de plomo, el tomar ácidos que han estado en vasijas vidriadas, el tomar rapé conservado en hojas de plomo, etc. Las mujeres

parece se hallan ménos dispuestas á padecerle. La edad adulta, los excesos en el régimen y el desaseo parece que aumentan la predisposicion.

Sintomatología. El cólico saturnino puede presentarse de repente, pero generalmente va precedido de los fenómenos de una discrasia saturnina, como son: demacracion, color térreo de la piel, azul oscuro ó de pizarra del borde libre de las encías, dientes empañados, aliento fétido, gusto de boca dulzaino y metálico y debilidad. Cuando la enfermedad se manifiesta sienten los enfermos un dolor espontáneo más ó ménos vivo en el ombligo, ménos frecuentemente en el epigastrio ó hipogastrio, que se extiende hácia los lomos y los órganos genitales, cuyo dolor ya es obtuso y contusivo, ya con más frecuencia agudo y dislacerante, contínuo, pero con exacerbaciones irregulares que producen gran ansiedad, gritos, agitacion y posturas extravagantes. Este dolor, segun Briquet, tiene la particularidad de calmarse por una presion gradual hecha con toda la palma de la mano, al paso que se exacerba si se hace perpendicularmente con un solo dedo. Al mismo tiempo el pulso está casi siempre lento, débil y desigual; la voz afónica; la lengua limpia ó cubierta de una capa blanquecina verdosa; la sed variable; hay anorexia, fetidez de aliento, náuseas seguidas de vómitos copiosos de color verde y oscuro en ocasiones, y extreñimiento pertinaz, á cuyos síntomas se une la retraccion de las paredes del vientre, la que se hace más notable en los casos graves. La secrecion de la orina está disminuida, y á veces suprimida; su emision difícil y aun dolorosa. Cuando al cabo de muchos dias se expelen los excrementos son caprinos, así como la orina cuando se excreta aparece con sedimento y de color oscuro. Preséntanse dolores por lo general en diferentes partes del cuerpo, como en la cabeza, cordon espermático, miembros inferiores, region lumbar, los hombros y el torax. El cólico de plomo puede complicarse tambien con otros accidentes saturninos, de que se tratará á continuacion.

Curso, duracion y terminacion. El curso de la enfermedad presenta un tipo remitente, salvo algunas cortas excepciones. No es raro que despues de curada haya una recidiva. La duracion es variable, pero el primer ataque suele durar pocos dias ó semanas, sujetando al enfermo á un tratamiento metódico. La terminacion por la curacion sobreviene unas veces lenta, otras rápidamente. Es muy raro que termine por la muerte, pero aun en los casos en que esto ocurre no es por el cólico mismo sino por sus complicaciones.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad no es difícil, pues aun cuando ninguno de sus síntomas es patognómico, sin embargo, la reunion de todos le caracteriza bastante bien y se distingue del íleo, de la peritonitis, de los cólicos hepático y nefrítico, por el sitio del dolor, la retraccion del vientre, el alivio que produce la presion, la naturaleza de los vómitos y la curacion rápida por los purgantes.

Pronóstico. El pronóstico del cólico de plomo es grave por las complicaciones que á veces pueden sobrevenir.

Tratamiento. Débese ante todo, para precaver la enfermedad, desechar el uso del plomo de la fabricacion de los tubos y vasijas destinados á conducir y conservar las aguas ú otros líquidos potables; las fábricas y talleres en cuyo aire hay partículas de plomo deben ventilarse suficientemente, y los operarios lavarse y bañarse con frecuencia. El tratamiento del cólico, una vez producido, debe consistir en la dieta, la quietud, las bebidas demulcentes, los calmantes, el baño y los purgantes. El remedio más eficaz es el extracto acuoso de ópio administrado simultáneamente con los purgantes; así que dice Niemeyer que «en la mayor parte de los casos se conseguirá producir las evacuaciones dando tres veces al dia de 2 $^1/_2$ á 5 centígramos de extracto de ópio y cada dos horas una cucharada grande de una mezcla compuesta de aceite de cróton (3 gotas) y aceite de ricino (60 gramos).» Este mismo purgante es al que dan tambien la preferencia Grissolle y Tanquerel. Este tratamiento es eficazmente auxiliado por los baños generales calientes ó los de vapor, la aplicacion de cataplasmas emolientes laudanizadas, y las lavativas purgantes alternadas con las narcóticas. Nuestro compatriota Escobar hacia consistir su plan de tratamiento en la dieta, los demulcentes, los baños templados y los opiados. El Sr. Luzuriaga recomienda primero los demulcentes y despues el extracto acuoso de ópio hasta calmar el dolor ó producir el sueño, aconsejando que cuando no se tolere el calmante á consecuencia de los vómitos, se administren doce granos de tártaro vitriolado y una gota de aceite esencial de menta pi-

perita en una cucharada de agua de la misma sustancia, y se den en seguida dos ó tres granos de extracto de ópio, usando tambien el baño general templado. Una vez calmado el dolor, daba agua de limon ó vinagre en abundancia y el sulfuro potásico, con el objeto de neutralizar el plomo, administrando despues los purgantes suaves. Otros medicamentos se han preconizado tambien, y entre ellos el uso del alumbre, que, segun nuestro compatriota Luzuriaga, dado á la dósis de 15 granos administrados cada cuatro, cinco ó seis horas, mitiga el dolor cuando no es muy pertinaz. Este mismo medicamento fué recomendado por el médico del Hospital general de Madrid D. Lorenzo Boscasa, administrándolo en mistura á la dósis de 9 granos cada tres horas, despues de haber combatido las complicaciones con sanguijuelas, baños y aun la sangría, y calmado el dolor con lavativas de extracto de ópio. Tambien ha gozado gran fama el llamado tratamiento del Hospital de la Caridad de Paris, que algun os, y entre ellos Grissolle y nuestro Luzuriaga, le consideran por el contrario poco útil.

ARTRALGIA SATURNINA.

Al mismo tiempo que el cólico saturnino se quejan algunos enfermos de dolores más ó ménos fuertes en las articulaciones y en la continuidad de los miembros, y ménos comunmente en las paredes torácicas, en la region lumbar y en la cabeza. Estos dolores, que pueden presentarse sin coincidir con el cólico de plomo, han recibido de Tanquerel el nombre de *artralgia*, aunque sea algo impropio por no presentarse solo en las articulaciones.

Etiología. Sus causas son las mismas que las del cólico de plomo, aunque son más comunes que este último en los trabajadores del minio.

Sintomatología. Los dolores saturninos son, segun Grissolle, precedidos por algun tiempo de laxitud y entumecimiento de las partes en que se han de presentar; cuando aparecen son más ó ménos intensos, contusivos ó lancinantes, terebrantes ó dislacerantes, contínuos, pero con exacerbaciones irregulares, que generalmente se manifiestan de noche, privando del sueño á los enfermos y siendo á veces tan intensos

que le tienen en contínua agitacion. Estos dolores se exacerban con el calor de la cama, mientras que los calma el frio y la presion, aunque no siempre. Su asiento es por lo general en las principales articulaciones, aunque alguna vez lo es en la continuidad de los miembros, especialmente los inferiores, y en el sentido de la flexion; algunas veces ocupan la region lumbar y las paredes torácicas. Es muy comun observar que ciertos músculos, especialmente los de la pantorilla, sean el asiento de calambres muy dolorosos. No hay calentura, ni calor, ni cambio de color de la piel.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es muy irregular; su duracion de algunos dias, muchas semanas ó muchos meses; su terminacion casi nunca es grave, á no ser que haya complicaciones.

Diagnóstico. Los dolores saturninos pueden confundirse con una neuralgia, el reumatismo crónico ó los dolores osteócopos; pero hay que tener presente que no siguen la direccion de los nervios como sucede en la neuralgia, que no deforman las articulaciones como sucede en el reumatismo crónico, y pueden ir seguidos de otras manifestaciones de intoxicacion plúmbica, y finalmente, que no se acompañan de exostosis y antecedentes sifilíticos como sucede en los dolores osteócopos.

Pronóstico. No es muy grave, á no ser que haya complicaciones.

Tratamiento. Consistirá en la quietud, los baños sulfurosos y el ópio, y si se hacen rebeldes, en la aplicacion de vejigatorios volantes, que se curarán con la morfina.

PARALÍSIS SATURNINAS.

Aun cuando no hemos tratado todavía de las paralísis, vamos á hacerlo de la saturnina por no separar las diferentes manifestaciones de la intoxicacion plúmbica.

Etiología. Reconocen la misma causa que el cólico y la artralgia, pero las paralísis raras veces son primitivas, sino consecutivas á otra manifestacion de la intoxicacion plúmbica, y principalmente del cólico, ya durante su ataque, ya despues de desaparecer.

Sintomatología. Estas paralísis pueden afectar los múscu-

los de los miembros, los del tronco, los órganos de los sentidos, y la sensibilidad cutánea. La paralísis raras veces es general, y la más frecuente es la de los miembros superiores fijándose en los músculos extensores, de lo que resulta que las manos quedan dobladas sobre la extremidad del antebrazo y las falanges de los dedos unas sobre otras, cuyo estado recibe entre nosotros el nombre de *gafo;* la contractilidad muscular de los músculos paralizados está abolida, segun lo demuestra la accion de la electricidad; si la paralísis es completa, los enfermos tienen los brazos á lo largo del cuerpo, pero por lo general se limita á los extensores del carpo, metacarpo y dedos, y los pacientes no pueden coger ningun objeto aunque conserven los movimientos del hombro y brazo. Cuando la paralísis afecta los miembros inferiores, se observa que aunque los enfermos pueden estar de pié, les tiemblan las piernas, sus movimientos son inciertos y hay flexion en las piernas y muslos á causa de estar paralizados los músculos extensores de la parte anterior de la extremidad. Entre los músculos del tronco que pueden afectarse de paralísis se encuentran, aunque muy raras veces, los intercostales y el diafracma, lo que produce la asfixia. En la cabeza se observa temblor en los labios, tartamudez y dificultad de los movimientos de la lengua por paralísis de la misma y afonía por la de los músculos de la laringe. Entre las paralísis de los órganos de los sentidos es notable la amaurosis, que es rápida en su invasion y en su marcha. La sordera saturnina es un hecho excepcional. La sensibilidad de la piel sufre con frecuencia una notable modificacion conocida con el nombre de *anestesia saturnina*, y que consiste ya en la abolicion del tacto, ya en la del dolor. Si la paralísis es general ó persiste mucho tiempo, se observa que se atrofian los músculos que son asiento de ella. La paralísis extensa puede producir la demacracion, alterar las digestiones y terminar por el marasmo y la muerte.

Curso, duracion y terminacion. El curso de la paralísis generalmente es lento y progresivo; su duracion puede ser de algunos dias ó de años enteros. La terminacion puede ser por la curacion completa ó incompleta ó por la muerte, ya porque impida funciones importantes para la vida, ya porque siendo extensa produzca el marasmo, como queda dicho.

Diagnóstico. El diagnóstico de las paralísis saturninas es

fácil, ya por ocupar más comunmente los músculos extensores, ya por la profesion del paciente, ya por acompañarse de otros accidentes saturninos, ya por la falta de síntomas que caractericen una lesion orgánica de la médula ó del cerebro.

Pronóstico. Es grave por ser casi siempre incurable, y lo es tanto más cuanto más completa y antigua sea.

Tratamiento. Para el tratamiento de estas paralísis se emplean al exterior los excitantes locales, como los alcohólicos, el linimento amoniacal, las fricciones aromáticas, los baños termales, salinos ó sulfurosos. Al interior se administrará el extracto alcohólico de nuez vómica, empezando por 6 miligramos tres veces al dia, ó la estricnina á la de 6 ú 8 miligramos, aumentando gradualmente la dósis hasta obtener movimientos espasmódicos en los músculos paralizados. Tambien se han recomendado los vejigatorios en las partes afectas sobre cuya superficie puede aplicarse la estricnina por el método endérmico. La faradizacion ha producido buen resultado al profesor Duchenne, obteniendo la curacion con más facilidad en los músculos que no han perdido del todo la contractilidad eléctrica. Este profesor no prolonga la sesion más de diez minutos, y solo la repite cada tercer dia para evitar el dolor, pero dirige la accion eléctrica sobre los músculos atacados de un modo más intenso, con corrientes rápidas y de fuerza.

ACCIDENTES CEREBRALES SATURNINOS.

Los accidentes cerebrales debidos á la intoxicacion saturnina, y que Tanquerel ha denominado *encefalopatías saturninas*, se presentan bajo tres formas diferentes, que son la forma *delirante*, la *convulsiva* ó *epiléptica* y la *comatosa*.

Sintomatología. Estos accidentes pueden declararse sin que les preceda prodromo alguno, pero en más de la mitad de los casos hay cefalalgia más ó ménos intensa, acompañada ó no de vértigos, soñolencia ó sueño interrumpido, mirada estúpida, pulso frecuente, inquietud y tristeza, entorpecimiento y hormigueo ó dolores en los miembros. Una vez declarados los accidentes cerebrales varían los síntomas segun la forma de la encefalopatía, como vamos á ver.

Forma delirante. Segun Grissolle, que ha estudiado con cuidado estos accidentes cerebrales, una cuarta parte de los

sugetos en quienes se desarrollan tienen delirio tranquilo, pero en la mayor parte es furioso, habiendo algunos en que está sostenido por ilusiones ó alucinaciones. Este delirio en la mayoría de los casos es contínuo con exacerbaciones irregulares, pero no en todos es completo, porque á menudo se obtienen de los enfermos respuestas acordes con las preguntas. Al cabo de más ó ménos dias quedan curados los enfermos despues de un sueño de cinco á doce horas, pero en algunos esta mejoría es pasajera. Tambien se observa que algunos mueren repentinamente durante el delirio, se suicidan ó caen en el coma.

Forma convulsiva ó epiléctica. Esta forma, que es la más comun, no presenta aura epiléptica ni hay uniformidad en el modo de presentarse el ataque; unos solo experimentan una especie de vértigo epiléptico de más duracion que el vértigo ordinario, que consiste en la pérdida del conocimiento y la sensibilidad, pero sin convulsiones y con la mirada fija. Cuando los enfermos recobran el conocimiento quedan con entorpecimiento en las facultades intelectuales, fisonomía estuporosa, temblor en los miembros, confusion de ideas, dificultad y lentitud de la palabra. A los pocos minutos ú horas se presenta un nuevo acceso, que hace caer al enfermo sin conocimiento é insensible; se pone rígido el cuerpo; los miembros, especialmente los superiores; la cara, comisuras de los labios, párpados y ojos se ven agitados por ligeros movimientos convulsivos, predominando la rigidez por lo regular en un lado del cuerpo. Mientras tanto la coloracion violada de la cara sustituye á la palidez que se presentaba en el principio del acceso; los dientes cogen la lengua y la desgarran; cubre los labios una saliva espumosa, que raras veces es sanguinolenta; la respiracion es primero corta y difícil y despues estertorosa. Por fin vuelve la palidez á la cara, la piel se cubre de sudor, las pupilas están dilatadas, los miembros caen en resolucion y el ataque termina al cabo de algunos minutos. Una vez terminado este, unos enfermos recobran progresivamente la sensibilidad, aunque su inteligencia está entorpecida; otros vueltos del letargo se vuelven maniacos; algunos tienen ideas siniestras y visiones horribles, y tanto unos como otros son acometidos de un nuevo acceso más intenso que el primero, que se renueva cada vez con ménos intérvalo hasta

hacerse subintrantes cuando la terminacion ha de ser funesta. Otras veces, aunque poco frecuentemente, las convulsiones son irregulares y difíciles de caracterizar. Despues de varias alternativas pueden disiparse estos accidentes ó producir rápidamente la muerte, ya por asfixia, ya por una especie de apoplegía ó estado comatoso.

Forma comatosa. Esta puede ser consecutiva á las otras formas ó ser el coma primitivo. En este caso los pacientes pueden ser sensibles al principio á los excitantes exteriores, pudiendo sacarles de su estado de postracion momentáneamente y obtener de ellos alguna idea de sus padecimientos actuales, aun cuando hayan olvidado el pasado. El pulso y la respiracion son normales, y están tranquilos como si estuviesen durmiendo, aunque de cuando en cuando este sueño es interrumpido por gritos y por quejidos; otras veces hay agitacion. Estos accidentes desaparecen poco á poco y recobran con lentitud la inteligencia los enfermos, aunque no conservan ningun recuerdo de lo que sucede durante el acceso.

Estas manifestaciones cerebrales pueden combinarse entre sí coexistiendo juntas ó sucediéndose las unas á las otras.

Duracion y accidentes consecutivos. El delirio siendo intermitente puede durar de cuatro á diez y siete dias sin ocasionar la muerte; la epilepsia desde algunos minutos hasta seis ó siete dias; en algunos casos raros puede sobrevenir la muerte en algunas horas ó minutos. Estos accidentes recidivan con frecuencia, aun cuando los enfermos no se expongan de nuevo á la accion del plomo. Aun cuando la mayor parte de los que sobreviven recobran por completo su salud, algunos quedan con una paralísis consecutiva de los miembros ó de los sentidos.

Anatomía patológica. En la mayoría de las autopsias no se encuentran alteraciones ni en el encéfalo, ni en la médula espinal; pero en otras se encuentran las circunvoluciones algo aplastadas, comprimidas entre sí; la masa cerebral presenta á veces una ligera coloracion amarillenta, casi nunca inyectada y generalmente exangue; su consistencia es, ó normal, ó aumentada, ó disminuida; los ventrículos apenas contienen serosidad, y su cavidad se halla disminuida en una tercera parte ó en una mitad.

Diagnóstico. Los accidentes cerebrales no pueden confun-

dirse con las enfermedades cerebrales crónicas por la rapidez de su evolucion; pero para establecer el diagnóstico diferencial con las enfermedades no nos queda más que los antecedentes etiológicos, los síntomas de cólico saturnino y el estado del pulso, que es lento en los accidentes saturninos, al ménos al principio de la enfermedad, y en las afecciones cerebrales agudas es febril en su primer período. En aquellos casos de accidentes saturninos en que hay fiebre contribuye á aclarar el diagnóstico la termometría, pues, segun Jaccoud, en la meningitis aguda sube la temperatura más de 40°, al paso que en la encefalopatía saturnina febril la temperatura del cuerpo es de 37°.5. Segun confesion del mismo Grissolle, nada hay de especial en los accidentes cerebrales que pueda hacerlos distinguir del *delirium tremens*, de la *manía*, de la *epilepsia*, de la *meningitis*.

Pronóstico. El pronóstico es muy grave, pues mueren más de la mitad de los enfermos afectados de ellos, siendo la más grave de las formas la convulsiva, despues la comatosa y la más leve la delirante. La rigidez del cuello, la de un miembro, ó la de la mitad del cuerpo, son síntomas de mal agüero.

Tratamiento. Los recursos de la terapéutica son muy limitados contra estos accidentes; sin embargo, algunos han empleado la sangría, otros las aplicaciones frias á la cabeza, y muchos el célebre tratamiento del hospital de la Caridad, pero todos estos medios más bien han sido perjudiciales. Tambien se han recomendado los vejigatorios, pero solo son útiles, segun Grissolle, aplicados á la cabeza en la forma comatosa; las afusiones frias solo le parecen útiles al mismo autor en la forma delirante y convulsiva. Stoll preconizó el ópio, el cual, segun Grissolle, solo está indicado en los maniáticos para calmarlos y producir un sueño tranquilo. Tampoco han dado resultado el sulfato de quinina administrado á altas dósis, ni los antiespasmódicos como el éter, la valeriana y la asafétida. Rayer ha aconsejado la espectacion, que, segun Tanquerel, ha dado buenos resultados; pero Grissolle, aunque la recomienda, no ha obtenido tan feliz éxito.

CÓLICO DE MADRID.

Pudiéramos ahorrarnos la descripcion especial de este cólico, puesto que no es otro que el saturnino; pero la circunstancia de haber sido antes comun en la poblacion citada y á veces epidémico, y sobre todo el haberle descrito exactamente el Dr. Luzuriaga, nos impulsa á dar un resúmen de la descripcion que de él hace nuestro compatriota.

Etiología. Segun el citado profesor, la enfermedad se presenta en todas las estaciones y en toda clase de personas, aunque dice estaban más expuestas las de temperamento irritable, las delicadas de estómago, las que cometian excesos y las que le habian padecido otra vez; reconocia como causa productora de este cólico la introduccion en la economía de partículas plúmbicas por lo mucho que se usaba en las cocinas el barro vidriado, cuyo barniz, que se obtiene con preparado plúmbico, por un defecto de fabricacion que hacia la vitrificacion incompleta, se adheria poco al barro y facilitaba la disolucion del plomo en las sustancias ácidas como el escabeche, salsas con vinagre y aun el garbanzo, á causa del ácido que contiene; por el uso de vasijas mal estañadas y cuyo estaño mezclaban los plomeros con bastante cantidad de plomo; porque en las garapiñeras en que se preparan los helados, en las medidas de vino y otros utensilios sucedia lo mismo; abusos contra la higiene pública, que originaban el cólico.

Sintomatología. El ataque, segun el citado Sr. Luzuriaga, se presentaba de pronto unas veces y otras iba precedido de desarreglos digestivos, extreñimiento con deposiciones escasas y caprinas y síntomas nerviosos generales poco intensos. Una vez declarada la enfermedad se caracterizaba por ansiedad, tension en el epigastrio é hipocondrio derecho, dolor de retortijon en la region umbilical que se irradiaba á todo el vientre, náuseas y vómitos de materiales ácres, amargos y porráceos, dolores reumatóideos en las extremidades, que hacian acallar los del vientre cuando eran intensos, alternando con ellos. Los dolores eran exacerbantes y se calmaban con una fuerte presion, se contraian los esfínteres durante el acceso, habia retencion de orina ó esta era escasa,

ténue y azafranada, y aparecia despues turbia y con sedimento lactericio; habia extreñimiento pertinaz, eruptos amargos y calambres en los miembros. El pulso era tardo, si bien durante el acceso se ponia frecuente y desigual sin haber calentura, la cual solo sobrevenia al fin del ataque de un modo suave, durando más de treinta horas y terminando por sudor copioso.

Curso, duracion y terminacion. Dice el antedicho Sr. Luzuriaga que el cólico es variable en su violencia y duracion, produciéndose en los casos favorables unas veces deposiciones secas y caprinas y otras pastosas ó viscosas; pero quedando despues resentimiento doloroso en las partes, poco apetito, dispepsia, insomnio y gran propension á las recidivas. Añade que en los casos graves sobrevenian vómitos estercoráceos, lipotimias, sudores frios, fetidez de aliento, delirio bajo y convulsiones, produciéndose, en fin, la muerte; en otros casos resultaban dolores, extenuacion y fiebre lenta, y en otros quedaban los enfermos baldados. La perlesía la consideraba como el segundo período del mal, y segun él, no sobrevenia en el primero ni en el segundo ataque, despues de los que quedaba temblor en las manos, pero que despues del tercero ó cuarto pocos se libraban de la paralísis, en cuyo caso decaian las fuerzas, se adelgazaban los músculos, especialmente de los brazos, palidecian los enfermos y se presentaba la perlesía anunciada por dolores en las articulaciones, y en otras ocasiones en la espalda y el espinazo, y de aquí se propagaba á los brazos una torpeza ó un adormecimiento de que los pacientes quedaban baldados ó gafos de los brazos, manos y dedos, cuyo accidente atacaba tambien á veces á las extremidades inferiores y aun á todo el cuerpo. Tambien dice que se observaba la gota serena, la sordera y el asma, siguiendo el mal un curso lento, y añade que á veces desaparecia de repente la perlesía, renovándose el cólico y produciendo convulsiones y un estado comatoso que solia ser mortal.

Naturaleza de la enfermedad. La anterior descripcion presenta una gran analogía, ó más bien identidad, con los padecimientos anteriormente descritos con los nombres de cólico saturnino, dolores saturninos, paralísis saturninas y accidentes cerebrales saturninos, y por consiguiente reconoce por causa una intoxicacion saturnina.

Pronóstico y tratamiento. Habiendo dicho que el cólico de Madrid no es otra cosa que un cólico saturnino, es claro que su pronóstico y tratamiento son los mismos, como no podia ménos de suceder así.

ANESTESIAS.

ANESTESIA CUTÁNEA.

Definicion. Se da en general el nombre de *anestesia* á la disminucion ó abolicion de la sensibilidad de la piel, de los músculos, de los huesos, de los nervios y de los órganos de los sentidos. La anestesia de la piel es la más importante y la que de preferencia nos ocupa.

Etiología. La anestesia es debida á la pérdida de la excitabilidad de los nervios periféricos por la impresion prolongada del frio, por la accion de ciertas sustancias irritantes, por la presion prolongada y uniforme de vendajes ó ropas apretadas, por la presion de los tumores de toda especie, exudaciones y derrames; por una inflamacion, por la anemia, las intoxicaciones, las caquexias; por las neuralgias, por lesiones de los centros nerviosos. Acompaña unas veces á una neurose, como el histerismo, la locura, la contractura espasmódica; otras á una afeccion especial, como la elefantiasis, la acrodinia, el envenenamiento por el plomo, el hidrocéfalo crónico, la meningitis tuberculosa, la congestion de la médula, etc. Es debida tambien á las lesiones traumáticas de los nervios, á las obliteraciones arteriales ó venosas, etc.

Sintomatología y curso. La anestesia, que casi siempre va unida á una paralísis del movimiento, puede ser general, es decir, que la sensibilidad puede estar abolida en todas las partes del cuerpo, pero la mayor parte de veces está limitada á un miembro ó á un punto circunscrito de la superficie cutánea; puede ser tambien completa, es decir, que las causas de irritacion que obran en la periferia, la presion y los cambios de temperatura no provocan ninguna sensacion, ó incompleta, es decir, que las diversas modalidades de sensibilidad de la piel no están abolidas ó disminuidas en conjunto. En la anestesia incompleta hay una sensacion de embotamiento y el tacto parece ejercerse á través de un obstáculo. La sensa-

cion de contacto puede abolirse solo y sentir el enfermo perfectamente el dolor provocado por picaduras, pellizcos, etc., y las sensaciones de frio y calor; otras veces no se siente el dolor provocado (*analgesia*), y sin embargo, se percibe el contacto y los cambios de temperatura; finalmente, otras la piel puede estar sensible al dolor y al contacto, y no á los cambios de temperatura *(termo-anestesia)*. A menudo se quejan los enfermos de dolores en partes, indiferentes del todo á una excitacion exterior, y á este fenómeno se le ha dado el nombre de *anestesia dolorosa*.—La anestesia de los músculos, que casi siempre se acompaña de la de la piel, hace insensibles á los enfermos á una presion fuerte, á pinchazos profundos ó á la excitacion sensitiva por la electricidad, y está abolida la percepcion del grado de contraccion ó relajacion de los músculos faltando precision y seguridad á los movimientos, así que los enfermos los ejecutan bien mientras pueden vigilarlos con la vista, pero en el momento que se les impide el ver, creyendo ejecutar los movimientos que se les ordena, los ejecutan precisamente contrarios. Esta anestesia muscular puede encontrarse tambien aislada como las demás especies. Es raro que la anestesia permanezca siempre en el mismo grado, pues suele alternar con punzadas dolorosas y una sensacion de quemadura; fenómenos espontáneos y pasajeros, á los que sucede una mayor insensibilidad. Frecuentemente existen al propio tiempo que la anestesia trastornos en la circulacion y nutricion de las partes insensibles, así que desciende la temperatura de ellas más de un grado, las funciones son incompletas y disminuyen las secreciones; la accion relativamente pequeña del frio ó el calor produce congelaciones ó quemaduras graves, las lesiones traumáticas caminan con lentitud, se desarrollan con facilidad escaras por decúbito, la epidermis se esfolia, la piel se pone lívida y aparece edema del tejido celular subcutáneo. La abolicion de la sensibilidad puede á la larga producir la atrofia de la fibra muscular.

Curso y duracion. El curso y duracion de la anestesia depende de la causa que la ha producido ó la sostiene. La producida por un enfriamiento ó por la accion de una presion uniforme es más fácil que termine favorablemente, pero la que es producida por la destruccion de una parte considerable de un nervio persiste toda la vida.

Pronóstico. Es ordinariamente poco grave, á no ser que la anestesia dependa de una grave lesion nerviosa. Es más rebelde cuando tiene mucha extension que cuando es limitada.

Tratamiento. La terapéutica de la anestesia no da resultados sino cuando se puede combatir la causa que la produce; sin embargo, el tratamiento consiste en fricciones irritantes, alcohólicas y etéreas, las fumigaciones aromáticas, la electricidad, los chorros frios y los baños minerales.

ANESTESIA DE LA CARA.

Definicion. La anestesia de la cara consiste en la paralísis de la porcion del nervio trigémino, encargado exclusivamente de la sensibilidad, es decir, de las tres ramas procedentes del ganglio de Gasser, y conocidas con los nombres de rama oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior.

Etiología. Se consideran como causas de la anestesia de la cara la impresion repentina de un frio intenso sobre la cabeza, la accion del frio húmedo, la seccion del trigémino, su compresion, degeneracion ó destruccion; una contusion violenta, una caida sobre los lados de la cara.

Sintomatología. Esta enfermedad es frecuentemente sintomática, en cuyo caso va precedida de dolores neurálgicos ó unida á una lesion del movimiento. Se caracteriza por la pérdida de la sensibilidad, gradual ó repentina, de uno de los lados de la cara afectando á la vez la piel y las membranas mucosas de los órganos de los sentidos; así que se puede tocar y pinchar la conjuntiva, irritar la fosa nasal correspondiente con tabaco, vapores ácres y pinchazos sin que el paciente se aperciba de lo uno y lo otro; la mitad de la lengua está insensible, y si el paciente aproxima un vaso á sus lábios no siente más que la mitad de él, así como los cuerpos colocados entre ellos le parece están partidos; la saliva sale de la boca por el lado enfermo; el ojo y las fosas nasales están secos por la falta de secreciones. A estos fenómenos se unen lesiones de nutricion, como son dilatacion varicosa de las venas de la conjuntiva, ulceracion y atrofia del ojo, hinchazon fungosa de las encías, coloracion azulada y abultamiento edematoso de la mejilla; el oido aparece obtuso, aunque rara vez. Esta anestesia se complica frecuentemente con una paralísis de la

raiz motora del trigémino, y por consiguiente hay tambien paralísis del movimiento.

Curso, duracion y terminacion. El curso de esta enfermedad es contínuo, aumentando gradualmente, pero á veces ofrece algunas alternativas y exacerbaciones irregulares. En ocasiones no se afectan de paralísis todas las ramas nerviosas, y en su consecuencia se circunscribe la anestesia al ojo si esta afectada la rama oftálmica; á la nariz si la maxilar superior, y á la cavidad bucal si la maxilar inferior. Su duracion generalmente es larga. Puede terminar por la curacion disminuyendo gradualmente la paralísis, y tambien suele quedar en la parte enferma cierto entorpecimiento. Cuando depende de una alteracion orgánica termina por la muerte como ella.

Diagnóstico. El diagnóstico de la anestesia facial es fácil teniendo en cuenta que solo se observa la falta de sensibilidad en las partes por donde se distribuyen las tres ramas nerviosas que dejamos mencionadas. Podremos sospechar que la anestesia es sintomática por los dolores que anteceden, los desórdenes cerebrales y la coincidencia de una paralísis del movimiento.

Pronóstico. Cuando la anestesia es idiopática, generalmente no ofrece peligro, pero su persistencia compromete la integridad de los órganos de los sentidos y el libre ejercicio de sus funciones. Cuando es sintomática es grave.

Tratamiento. Es el mismo que se ha indicado en la anestesia en general.

NEUROSES DEL MOVIMIENTO.

Definicion. Las neuroses del movimiento están caracterizadas por una alteracion de la motilidad y contractilidad de los músculos, y constituidas por el exceso, la irregularidad ó la falta de la inervacion que influye en los movimientos.

Etiología. Las causas que producen estas neuroses son: las impresiones fuertes ó la falta de los estímulos convenientes; las emociones morales de cierta intensidad; el influjo de la imitacion; ciertas constituciones médicas; los trastornos que se producen al cambio de edad; la accion de ciertas sustancias tóxicas; la disposicion hereditaria; el temperamento nervioso muy pronunciado; el desequilibrio entre el sistema sanguíneo y el nervioso en los casos de anemia é hidrohemia; los destrozos causados en los centros nerviosos por derrames verificados en su interior; la excitacion propagada desde una parte enferma; los tumores que comprimen el trayecto ú orígen de un nervio.

Sintomatología. Los síntomas de estas neuroses varían segun que esté exaltada, pervertida ó disminuida la motilidad; así cuando hay rigidez ó contractura los músculos se presentan en un estado de tension permanente que á veces no es fácil ni posible vencer; cuando hay convulsiones alternan la contraccion y la relajacion de un modo rápido, desordenado y más ó ménos violento, y cuando hay paralísis los músculos están en un estado de relajacion completa.

Curso. El curso de estas enfermedades es muy vário cuando son esenciales, y depende del de la enfermedad que las origina cuando son sintomáticas.

Tratamiento. Varía segun la clase de neurose.

ESPASMOS TÓNICOS Ó HIPERCINESIAS.

Definicion. Son neuroses que se caracterizan por un estado de contraccion involuntaria y fija en parte ó en todo el sistema muscular, siendo la enfermedad local ó general, segun se verifique de un modo ú otro.

Etiología. Las causas son: la impresion de una corriente de aire frio y el contacto de un cuerpo irritante sobre las ramillas terminales de los nervios motores; el estímulo trasmitido á ellas desde ambos centros nerviosos; la alteracion que sufren estos mismos á consecuencia de una discrasia; las flegmasías de los mismos; las fluxiones viscerales y las neuralgias.

Sintomatología. Estas neuroses acometen ya de un modo rápido, ya van precedidas de ciertos fenómenos, como agitacion, desigualdad en los movimientos, calambres, temblor, saltos de tendones, vértigos, etc. Declarado el espasmo tónico, el músculo afecto se presenta contraido, acortado, abultado y duro; por razon de esta contraccion, comprime los vasos haciendo refluir la sangre á los órganos inmediatos y los nervios, produciendo un dolor más ó ménos agudo. Como

consecuencia de la contraccion se determina en las partes un estado de flexion ó extension forzada. Si el espasmo se verifica en músculos circulares, la contraccion cierra el paso del conducto en que dicho músculo existe.

Pronóstico. No es grave sino en los casos en que interesa los órganos de la vida vegetativa, ó en aquellos en que, haciéndose la rigidez permanente, dificulta ó imposibilita el ejercicio de las funciones necesarias á la vida.

Tratamiento. En el tratamiento de estas neuroses están indicados los calmantes en general y especialmente la belladona y la atropina. Si los espasmos dan orígen á congestiones, se emplearán las evacuaciones generales ó locales de sangre, segun la importancia del órgano ó la urgencia del caso. Duchenne ha obtenido buenos resultados de la faradizacion cutánea practicada con breves intermitencias. Pasado el ataque se combatirá la afeccion que le haya originado.

TÉTANOS.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por espasmos tónicos permanentes y más ó ménos violentos de todos los músculos voluntarios ó solo de algunos de ellos.

Etiología. El tétano aparece á consecuencia de las heridas, principalmente en las que atacan las articulaciones, los dedos ó las falanges y desgarran los tendones y los nervios; en otras ocasiones es producido por un grande enfriamiento general y repentino, por una violenta afeccion moral ó un trabajo físico exagerado; en otras es producido por una intoxicacion determinada por los alcalóides de las estrícneas. Es más frecuente en el hombre que en la mujer; en las constituciones robustas que en las delicadas; asimismo es más frecuente en la zona tórrida que en las templadas, y ataca más á los negros que á los blancos. Tambien es frecuente en los niños desde el primero al quinto dia despues de la caida del cordon umbilical. Segun su causa se ha dividido en tétanos *reumático, traumático* y *tóxico*. Al traumático puede referirse el llamado por algunos *tétanos de los recien nacidos*.

Sintomatología. El tétano puede sobrevenir de repente, sobre todo cuando es espontáneo; otras veces va precedido de prodromos, como abatimiento, tristeza, vértigos, insomnio y

dolores vagos, á cuyos síntomas sigue de cerca rigidez en la nuca y músculos de las mandíbulas que aumentando de intensidad dirige la cabeza hácia atrás y cierra con fuerza las mandíbulas (*trismo*); al mismo tiempo se hace difícil é imposible la deglucion; con frecuencia hay constriccion en el epigastrio y tension á lo largo de la columna vertebral. Bien pronto la contraccion involuntaria ataca al tronco y despues á los miembros. Cuando el tétanos es general, los movimientos de los miembros y los del tronco están suspendidos; la inmovilidad es completa y la rigidez general es tal, que podria levantarse de una vez al enfermo si se le cogiese por la cabeza ó los piés. Los músculos contraidos lo están de un modo permanente; se sienten en ellos dolores, ya ligeros, ya más comunmente dislacerantes ó calambres muy incómodos; están tensos.

Estas contracciones unas veces son contínuas, otras remiten ligeramente, pero sin relajarse por completo los músculos, y al cabo de algunos minutos se recrudece el ataque, ya espontáneamente, ya por un ligero movimiento, ya por la menor emocion y se renuevan los dolores y las contracciones. La cara, generalmente pálida, se presenta contraida; la frente arrugada; las cejas fruncidas; los ojos, ya inmóviles, ya agitados de movimientos convulsivos; las comisuras labiales dirigidas hácia afuera; las arcadas dentarias apretadas fuertemente una contra otra y las narices muy dilatadas. La contraccion ataca tambien á los músculos del pecho y hace la respiracion difícil, frecuente y entrecortada; igualmente ataca á los músculos del vientre, cuyas paredes están tensas, retraidas y duras, y esta contraccion explica el que algunos enfermos tengan evacuaciones involuntarias de orina y de las heces fecales, aunque es más frecuente que haya retencion de las mismas por la contraccion de los esfínteres, que tambien impide la expulsion de los gases por el ano. Al mismo tiempo está la piel cubierta de sudor, el pulso pequeño y frecuente, la temperatura aumentada, habiéndosela visto llegar en algunos casos hasta 44°. La sed es muy viva, la voz suele ser oscura y difícil, la palabra confusa y aun ininteligible; hay insomnio muchas veces, la inteligencia se halla intacta en la mayoría de casos, y cuando sobreviene delirio es á causa de una afeccion concomitante.—Aun cuando la rigidez de los te-

jidos acometidos de tétanos es permanente, experimenta sin embargo paroxismos en que aumenta la contraccion, á veces de un modo extenso, y no se interrumpe sino por sacudimientos convulsivos acompañados de intensos dolores. Estos paroxismos se repiten lo mismo de dia que de noche; sin embargo, esta suele ejercer una influencia favorable y pasarla tranquila los enfermos, aunque en estado de rigidez. Los paroxismos son generalmente cortos al principio de la enfermedad, pero cada vez van siendo más largos, pudiendo durar desde algunos minutos hasta media y una hora, y por fin llegan á hacer el estado rígido permanente, en cuyo caso la piel se seca, se deprime y hace más frecuente el pulso; la fisonomía se descompone, la respiracion se hace más difícil y sobreviene la muerte frecuentemente por asfixia.

En algunos casos, en vez de ser general la enfermedad es parcial, presentando las formas siguientes: el *trismo* ó *tétanos maxilar*, cuando la contraccion y rigidez solo ataca á los músculos elevadores de la mandíbula; el *tétanos facial*, cuando el trismo se acompaña de convulsiones tónicas de la cara y los ojos; *opistotonos*, cuando el espasmo se extiende á la nuca y músculos de la parte posterior del cuerpo, produciendo la curvatura más ó ménos considerable del tronco hácia atrás; el *emprostotonos*, cuando el espasmo afecta á los músculos de la parte anterior, lo que hace encorvar el cuerpo hácia adelante, y por fin el *pleurostotonos*, que es muy raro, en que el cuerpo se encorva ya á la derecha, ya á la izquierda.

Duracion y terminaciones. La duracion del tétanos es por lo general de cuatro ó seis dias, aunque algunas veces se prolonga á los doce y muy excepcionalmente hasta muchas semanas. La terminacion casi constante es por la muerte; sin embargo, en algunas y raras ocasiones termina por la curacion, en cuyo caso los paroxismos se hacen más raros y ménos intensos, hasta llegar á desaparecer.

Anatomía patológica. En la mayor parte de los enfermos que sucumben á consecuencia del tétanos no se encuentra ninguna alteracion de los órganos cerebro-espinales; sin embargo, en algunos casos se ha notado congestion en estos órganos, reblandecimiento inflamatorio, meningitis raquidiana, derrames sanguíneos en las membranas, pero ninguna de estas lesiones es constante, y cuando existen deben considerarse como complicaciones ó alteraciones secundarias. L. Clarke dice haber encontrado la sustancia gris muy congestionada, los vasos dilatados y rodeados de una exudacion granulosa, habiendo destruido ella misma la sustancia nerviosa.

Diagnóstico. El diagnóstico del tétanos no es difícil, atendido á que casi siempre empieza por el trismo; al carácter contínuo y tónico de las convulsiones; á que presenta exacerbaciones dolorosas con intérvalos más ó ménos cortos, sin cesar nunca del todo. No puede confundirse con las inflamaciones cerebro-espinales acompañadas de síntomas tetánicos, porque estas determinan al mismo tiempo, ya accidentes cerebrales, ya desórdenes de la sensibilidad y del movimiento que no se presentan en el tétanos.

Pronóstico. El pronóstico es muy grave, y más cuando el tétanos es general, acomete á un recien nacido ó es traumático.

Tratamiento. Se puede decir que no poseemos ningun medio seguro contra el tratamiento de esta enfermedad; pero los calmantes puede decirse que son los mejor indicados, prefiriendo entre ellos el ópio y sus preparados, siendo preciso darlos á altas dósis para que sean útiles. Se empieza por una dósis de 5 ó 10 centígramos, que se repite cada tres ó cuatro horas, debiendo advertir que, aunque en esta enfermedad se pueden dar enormes dósis de ópio sin producir efectos tóxicos, no debe dejarse de vigilar la accion fisiológica del medicamento. Como la deglucion está dificultada ó es imposible, se administrarán los calmantes por el ano ó por el método endérmico cuando no puedan serlo por la boca. Al mismo tiempo que se emplea el ópio se usan los baños generales templados, ó los de vapor, que producen buen resultado. Algunos médicos emplean los baños y afusiones frias poniendo despues al enfermo en una cama caliente y promoviendo el sudor. Tambien se ha recomendado por Lenoir la belladona. Los anestésicos en inhalacion, como el éter y el cloroformo, son un excelente recurso como paliativos. Los médicos ingleses recomiendan sobre todo los excitantes, tales como el carbonato de amoniaco, el vino y el aguardiente. En estos últimos tiempos se han recomendado las inyecciones subcutáneas del curare; pero como este preparado tiene una composicion desigual, es preciso antes de emplearle ensayar en animales hasta qué punto pue-

de elevarse su dósis, y si esto no se hace empezar por 6 ú 8 milígramos y aumentar progresivamente la dósis, segun los efectos, hasta llegar á 2, 5 y 7 centígramos. Además de estos medios se colocará al enfermo en una habitacion distante de todo ruido, que se mantendrá á una temperatura igual y algo húmeda y con escasa luz.

ESPASMO DE LA CARA Ó ESPASMO MÍMICO.

Definicion. Es una neurose del nervio facial que produce el espasmo de la mayor parte de los músculos por donde se ramifica.

Etiología. Se consideran como causas la excitacion del nervio por enfriamientos, contusiones ó presion de un tumor; como causas determinantes se tienen las emociones y el instinto de imitacion. Parece que es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Sintomatología. La mayor parte de las veces no ocupa más que un lado de la cara, y los espasmos son clónicos ó tónicos. Romberg lo describe así: «Son gestos momentáneos ó contínuos de una ó más raras veces de las dos mitades de la cara; en el primer caso hay una elevacion y depresion del músculo occipital ó frontal, fruncimiento de las cejas, pestañeo y oclusion de los párpados, depresiones y elevaciones del ala de la nariz y contorsion de la comisura de los labios hácia arriba y abajo, cuyos fenómenos aparecen súbitamente, desaparecen de igual modo para reaparecer despues de cortos intérvalos. En la contraccion tónica permanente de los músculos de la cara son más profundos los hoyuelos y arrugas del rostro en el lado enfermo; la punta de la nariz, la comisura de los labios y la barba están inclinadas hácia el lado atacado; los músculos parecen tensos y duros al tacto y hacen más difíciles los movimientos, de modo que el ojo de este lado no puede cerrarse tan completamente como el otro.»

Curso y duracion. Esta enfermedad, que puede desarrollarse de repente, ó más generalmente de un modo progresivo, sigue un curso crónico y tiene una duracion indeterminada, pudiendo á veces persistir por toda la vida.

Tratamiento. Han sido ineficaces los narcóticos, los purgantes, los antiespasmódicos, los tónicos, los amargos, el

frio, los rubefacientes, los vejigatorios y la electricidad. Niemeyer dice que parece dar buenos resultados en los casos recientes una medicacion diaforética y revulsiva. Dieffenbach practicó con éxito la seccion subcutánea de los músculos de la cara en un caso rebelde de espasmo facial.

CONTRACTURA DE LAS EXTREMIDADES.

Etiología. Esta enfermedad es más frecuente en la infancia, en la que la determinan el trabajo de la denticion, el extreñimiento ó diarrea pertinaces, los vermes intestinales, una mala alimentacion ó una constitucion enfermiza; pero tambien se presenta en la juventud y la edad adulta. En la mujer favorecen su desarrollo el estado puerperal y los trastornos de la menstruacion. Tambien son causas que determinan su desarrollo la impresion del frio, las estaciones frias y las emociones tristes.

Sintomatología. Es muy raro que sea brusca su invasion, pues generalmente se presenta precedida de malestar, quebrantamiento, cansancio, cefalalgia, vértigos, y sobre todo de una sensacion de entorpecimiento, de hormigueo, de punzadas y tirantez de los miembros amenazados de espasmo. La contractura empieza por uno ó ambos miembros superiores, quedando la afeccion limitada á ellos; pero otras veces se extiende tambien á las extremidades inferiores. Cuando la contractura está establecida se encuentran los dedos más ó ménos completamente doblados sobre la palma de la mano, ó se hallan incompletamente doblados y separados; si la contractura es poco intensa pueden ser extendidos fácilmente, pero cuando lo es mucho no es posible conseguirlo, aunque se emplee mucha fuerza, y estas tentativas siempre son dolorosas. Las muñecas pueden tambien estar dobladas sobre el antebrazo, pero las articulaciones del codo y del hombro generalmente están libres. Cuando ataca la contractura á las extremidades inferiores pueden estar doblados ó extendidos los dedos del pié, este en extension forzada sobre la pierna y su punta dirigida algunas veces hácia adentro. La extension obligada presenta las mismas dificultades y dolores que en las extremidades superiores. Tanto en unas como en otras los tendones forman relieve, los músculos están tensos y duros como

la piedra, y muchas veces las partes afectas son el asiento de contracciones fibrilares y algunas de temblores. Muchos accesos de esta especie de contractura, notable por su intermitencia, pero raras veces periódica, y durante los que los músculos son asiento de dolores insufribles, constituyen un ataque de la enfermedad. Esta va acompañada algunas veces de calentura, pero es generalmente moderada y remitente; no hay trastornos notables en las demás funciones, pero á veces sobreviene una tumefaccion edematosa, lividez ó rubicundez, frio ó calor intenso alrededor de las articulaciones del carpo ó de los maleólos, de la rodilla ó de las falanges. La contractura se extiende en algunos casos á los músculos del vientre y de la region dorsal, al cuello, á los labios, á la mandíbula, mas rara vez á la lengua y á los músculos del ojo. La contractura cesa algunas veces completamente; pero ya se alivie, ya desaparezca del todo, hay recidiva muy frecuentemente. A veces se agrega á la contractura la paralísis.

Duracion y terminaciones. Esta enfermedad, que está constituida por accesos cuya duracion varía desde algunos minutos hasta muchas horas y aun más de un dia, se prolonga más de uno ó dos setenarios y aun muchos meses. Su terminacion es generalmente feliz y por causualidad termina por la muerte.

Anatomía patológica. Por lo general no se observa ninguna lesion material de los nervios ni de los centros nerviosos; sin embargo, en algunos casos raros se ha encontrado la médula espinal reblandecida y difluente.

Diagnóstico. La contractura idiopática no puede confundirse con la sintomática, porque en la primera hay intermisiones y es independiente de todo fenómeno cerebral. Tampoco puede confundirse con el tétanos, con el que tiene mucha analogía, porque solo ocupa los miembros, y aun cuando se extienda á otras partes, siempre empieza por ellos; al paso que el tétanos empieza por la rigidez de los músculos del cuello y por el trismo. Tambien se diferencia de la intermitente perniciosa tetánica porque falta en ella el escalofrio inicial y los desórdenes cerebrales que existen en la intermitente.

Pronóstico. El de esta enfermedad es grave por la violencia de los dolores, la inmovilidad á que condena los enfermos

y la frecuencia de las recidivas, que no por su terminacion, que ya hemos dicho es favorable casi siempre.

Tratamiento. En los niños convendrán los calomelanos si hay extreñimiento, los astringentes si diarrea y los antihelmínticos si hay lombrices. En las mujeres convendrán los emenagogos si hay trastorno en la menstruacion. Cuando el sugeto sea vigoroso es útil la sangría, y por el contrario, cuando es débil y anémico los amargos y ferruginosos. Se han usado los antiespasmódicos, los opiados y los baños tibios aunque con poco resultado; sin embargo, parece han sido de bastante utilidad la belladona á altas dósis, la ipecacuana y las inhalaciones anestésicas de cloroformo.

CONTRACTURA DEL DIAFRACMA.

Esta enfermedad, observada y descrita por Duchenne, es muy rara, y parece que sobreviene en el reumatismo.

Sintomatología. Se caracteriza, segun el citado profesor, por los síntomas siguientes: «se ensancha la parte inferior del pecho, sobre todo el diámetro trasversal; se eleva todo el epigastrio de uno á otro hipocondrio; hay gran sofocacion; el enfermo se ve instintivamente impulsado á comprimir la base del torax para que desciendan los pulmones, contrayendo los músculos abdominales, siendo el resultado de la compresion de las vísceras por el diafracma y por estos músculos, que sean impelidas hácia los hipocondrios, agrandando así más el diámetro trasversal del pecho, que ya lo estaba por la accion del diafracma sobre las costillas inferiores. El ahogo que sufre el paciente le obliga á contraer con energía todos los músculos que se insertan en la mitad superior del torax, tirando la cabeza hácia atrás y elevando los hombros, con cuyos esfuerzos consigue respirar con la mitad superior de los pulmones, marcándose el acto respiratorio por una inspiracion repentina y una respiracion corta que se suceden con rapidez.» Además, segun Valetti, hay afonía y soplo bronquial.

Pronóstico. Es muy grave, pues si el espasmo no cede pronto sobreviene la muerte por la asfixia.

Tratamiento. Segun Duchenne, debe hacerse la aplicacion de la electricidad á las tetillas ó á la base del pecho.

ESOFAGISMO.

Definicion. Esta enfermedad, que tambien se conoce con el nombre de disfagia espasmódica, consiste en el espasmo ó constriccion de los planos musculares del esófago, principalmente junto al cardias.

Etiología. Esta enfermedad, que se observa principalmente en sugetos nerviosos é irritables, es las más veces de orígen reflejo, y de esta manera se presenta en el curso del histerismo, la hipocondría y otras neuroses; tambien puede ser un efecto sintomático de enfermedades del cerebro, de la médula ó de lesiones orgánicas del estómago. Tambien reconoce por causas un enfriamiento, las emociones morales vivas y repentinas. Igualmente puede determinarla la intoxicacion narcótica ó alcohólica.

Sintomatología. Esta enfermedad, que sobreviene por lo regular durante la comida, se da á conocer por la detencion que encuentra el bolo alimenticio en su curso, y los enfermos experimentan una sensacion dolorosa y persistente como si tuviesen un cuerpo extraño detenido en el esófago. Si el espasmo ocupa la faringe ó parte superior del esófago, la deglucion es imposible, volviendo á salir inmediatamente las sustancias introducidas; pero si ocupa la parte inferior, la deglucion se verifica y los alimentos quedan retenidos por encima del obstáculo, de donde al poco tiempo son arrojados por vómitos ó regurgitacion ya indolentes, ya dolorosos. Este espasmo coincide algunas veces con opresion, accesos de sofocacion y á veces contracciones espasmódicas de los músculos del cuello. La deglucion de las bebidas es muy varia, pues mientras unas veces pasan más fácilmente las calientes que las frias, otras sucede todo lo contrario; en ocasiones se devuelven como los alimentos á poco de haberlas tomado y otras pasan con facilidad. En el intérvalo de los accesos provocados por la deglucion existen varios síntomas, como entorpecimiento ó constriccion del esófago, dolor que suele provocar esfuerzos de espectoracion ó vómito y algunas veces vómitos mucosos; la sensacion de la existencia de un cuerpo extraño es variable y algunas veces movible. En algunas ocasiones hay hipo como síntoma simpático. El espasmo se propaga á

veces á los órganos de la respiracion, habiendo entonces sofocacion inminente, voz apagada y respiracion entrecortada.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del esofagismo presenta remisiones y exacerbaciones, presentándose estas últimas con la deglucion. Se han citado casos de esofagismo crónico ó habitual. La duracion es variable, pues mientras que unas veces se disipa en algunas horas, otras persiste por varios dias. Cuando la enfermedad es habitual los ataques se presentan á intérvalos que duran más ó ménos tiempo. La enfermedad termina por lo general de un modo favorable.

Diagnóstico. El diagnóstico es fácil, pues no puede confundirse el esofagismo con una disfagia sintomática de una inflamacion ó lesion orgánica, porque en esta los síntomas son permanentes lo mismo que el obstáculo. Tampoco puede confundirse con una paralísis de la faringe ó esófago, en que tambien puede haber retencion de los alimentos, porque en ella no hay regurgitacion de estos.

Pronóstico. No es grave.

Tratamiento. Este debe consistir en dieta ténue, los antiespasmódicos tales como la valeriana, la asafétida y los castóreos, pero lo más útil es el uso del extracto de belladona á la dósis de 25 milígramos á 5 centígramos repetidas cada tres ó seis horas, segun la intensidad del mal. Cuando estos medicamentos no se pueden aplicar por la boca, se ponen en lavativa. Tambien se ha recomendado poner un vejigatorio en la parte inferior del cuello y curarle con una sal de morfina. El Dr. Santero hace la aplicacion de una cantárida en la region más próxima al sitio del mal, con el objeto de desviar hácia esta parte el estímulo. Se han recomendado las bebidas heladas y los terroncitos de nieve en la boca, medio que algunas veces ha producido buen resultado. En los casos extremos puede recurrirse al cateterismo con la sonda esofágica, con lo que se consigue algunas veces buen éxito.

ESPASMO DE LOS ESFÍNTERES.

Respecto á esta afeccion, se expresa el Dr. Santero en su *Clínica médica* de la manera siguiente: «La accion del frio ocasiona á veces *espasmo de los esfínteres;* siendo más comun que se determine este afecto cuando existen estímulos

morbosos en las partes contiguas, como el infarto prostático por lo que toca á la vejiga urinaria y los tumores hemorroidales respecto al del orificio del intestino recto. El uso de la belladona en pomada y los baños de asiento á 28° prolongados hasta una hora, suelen vencer el espasmo en tales casos; exigiendo el uso de las sanguijuelas en la region correspondiente cuando precede ó acompaña la congestion que he indicado. En el del cuello de la vejiga debe acudirse al cateterismo, si, despues de aplicados los auxilios expuestos, no se vence el mal y la retencion de orina se hace notable.»

ESPASMO DE LA GLOTIS.

Definicion. El espasmo de los músculos de la glotis es una enfermedad caracterizada por accesos intermitentes y cortos de sofocacion en cuyo intérvalo la salud es completa.

Etiología. Esta enfermedad es casi exclusiva de la infancia y especialmente del sexo masculino desde la edad de tres meses á dos años. Se desarrolla por una predisposicion congénita, por la influencia del frio húmedo, quizá por una constitucion epidémica particular, el trabajo de la denticion y los trastornos de las funciones digestivas. En los adultos solo se observa excepcionalmente por estados nerviosos generales, como el histerismo, ó por lesiones que comprometan el nervio vago y el recurrente.

Sintomatología. El espasmo de la glotis no va precedido por lo general de ningun prodromo, pero en algunas ocasiones puede ir antecedido de movimientos frecuentes de deglucion, gritos, suspiros, disnea pasajera, y á veces pueden presentarse convulsiones ó contracturas de los miembros. La enfermedad está constituida por accesos de sofocacion á consecuencia de la interrupcion repentina y enérgica de la respiracion, á cuyo estado acompaña angustia, tumefaccion del cuello, ojos fijos en sus órbitas, color violado de los labios que puede extenderse á toda la cara, movimientos de deglucion, latidos del corazon tumultuosos é irregulares, pulso acelerado y pequeño apenas sensible, cavidad torácica inmóvil; no se nota el murmullo respiratorio; la cabeza se inclina hácia atrás; la boca se abre desmesuradamente como para respirar el aire que falta; la piel se cubre de sudor frio y hay

evacuaciones involuntarias. No hay tos, ni ronquera, ni dolor en la laringe y la inteligencia permanece intacta. Despues de diez ó veinte segundos en que los movimientos respiratorios se han suspendido por completo, vuelve á penetrar el aire en las vías respiratorias, produciendo un ruido sibilante y prolongado que es característico. Despues el enfermo experimenta un bienestar satisfactorio. Muchas veces se limita el acceso á una série de inspiraciones convulsivas, y en muchas otras acompañan al mismo, contracciones espasmódicas, ya de los dedos de la mano y del pié, ya de los músculos del cuello y del tronco, estrabismo y en algunos casos convulsiones generales, verdaderos accesos de eclampsia. En el intérvalo de los accesos gozan los enfermos al parecer de una salud perfecta.

Curso, duracion y terminaciones. La duracion ordinaria de los accesos varía entre algunos segundos y uno ó dos minutos, aunque puede prolongarse durante un cuarto de hora. Varios accesos muy próximos unos á otros, aunque separados por ligeras remisiones, constituyen un ataque que puede pasarse ocho dias ó más sin que se repita. Al principio los ataques aparecen muy de tarde en tarde, pero en los casos graves se multiplican y se aproximan, concluyendo por aparecer á cada instante. Hay casos en que el espasmo de la glotis no se presenta más que una vez para no volver á repetirse, pero por lo general tiene gran tendencia á las recaidas. La duracion de la enfermedad es variable, siendo su término medio desde algunas semanas á muchos meses.

La terminacion más comun es por la muerte, aunque no es imposible la curacion por más que sea muy rara.

Complicaciones. Las más comunes son las flegmasías de las vías aéreas.

Anatomía patológica. No se encuentra ninguna lesion propia del espasmo de la glotis, y solo se encuentra en la autopsia, enfisema pulmonar casi general, turgencia de los grandes vasos, derrame poco abundante de serosidad en los ventrículos y congestiones de las venas cerebrales, lesiones que son consecutivas. La hipertrofia ó infarto del timo, que Kopp consideraba como la causa del espasmo de la glotis, por cuya razon se dió á esta enfermedad del nombre de *asma timico*, falta las más veces.

Diagnóstico. El diagnóstico del espasmo de la glotis es fácil, pues la marcha de la afeccion por accesos intermitentes irregulares y separados de intérvalos de salud al parecer perfecta, no permiten confundirla con ninguna otra. La enfermedad con que tiene más analogía es con la laringitis estridulosa; pero esta siempre va precedida de algo de ronquera, tos y coriza, cosa que no sucede en el espasmo de la glotis; además en el acceso de la laringitis domina una tos seca, sonora, ronca, sibilante que no se presenta en el espasmo.

Pronóstico. El pronóstico es muy grave, pues esta enfermedad causa la muerte de más de las dos terceras partes de los atacados.

Tratamiento. Durante el acceso no pueden tomar los niños nada porque no se encuentran en estado de tragar; pero se los deberá levantar en cuanto se manifieste el acceso, se los rociará con agua la cara, se harán fricciones irritantes en el pecho y extremidades y se les pondrá un enema de infusion de manzanilla ó valeriana, y si no surtiese efecto, una de asafétida en los accesos inmediatos. En el intérvalo de los accesos se facilitará por todos los medios la denticion, se combatirá el extreñimiento y se corregirán las anomalías de las digestiones con el cambio de régimen, y si es preciso con el ruibarbo y los calomelanos. Cuando el espasmo es de naturaleza histérica se dirige el tratamiento contra el histerismo. Los medios más útiles contra esta enfermedad son el óxido de zinc, la asafétida, el agua de laurel cerezo, la belladona, y segun algunos autores el almizcle, al que consideran de una virtud casi específica.

ANGINA ESTRÍDULA.

De esta neurose nos hemos ocupado ya con el nombre de *laringitis estridulosa* al describir las demás laringitis; pero su verdadera colocacion es entre las neuroses, por más que el espasmo de la laringe sobrevenga por estímulo trasmitido de la mucosa laríngea fluxionada.

ASMA NERVIOSO Ó ESENCIAL.

Definicion. Es una neurose de las vías respiratorias caracterizada por accesos de disnea y de opresion, que se reproducen en épocas más ó ménos regulares, más ó ménos aproximadas, y en cuyo intérvalo las funciones respiratorias vuelven á su acostumbrada regularidad.

Etiología. El asma es ocasionado lo más comunmente por lesiones crónicas de los pulmones ó del centro circulatorio; pero entonces el asma es sintomático, y de él nos ocuparemos en cada una de las enfermedades que le dan orígen; ahora solo tenemos que ocuparnos del que depende de un espasmo de las fibras musculares de los bronquios, que estrechando el calibre de los mismos produce un ataque de disnea. Este asma, que es el que recibe el nombre de *nervioso* ó *esencial*, se presenta algunas veces en la práctica y reconoce por causas la herencia, el frio intenso, los cambios repentinos de temperatura ó de la densidad de la atmósfera, el aire viciado por falta de renovacion, el abuso del tabaco, de la Vénus y de los alcohólicos; las emociones morales intensas, la aspiracion de ciertos olores, como el de la ipecacuana, ó de ciertas sustancias pulverulentas. Tambien puede ser ocasionado por un trastorno general de la inervacion; por la plétora y la clorosis; la fluxion, congestion y apoplegía del pulmon; por ciertas enfermedades diatésicas, como la gota, el reumatismo, las hemorroides y las afecciones herpéticas, diatesis que suelen ofrecer manifestaciones que alternan con accesos de asma. Las localidades influyen en su produccion en algunos sugetos, pues los hay que en una localidad dada padecen de asma, y dejan de padecer la enfermedad en cuanto la abandonan.

Sintomatología. El asma acomete de repente por lo general, pero á veces precede al ataque, malestar, bostezos, pandiculaciones y desprendimiento de gases en los intestinos. El acceso se presenta por lo comun á media noche, y se manifiesta por una sensacion, compresion y constriccion del pecho, que obliga al enfermo á sentarse repentinamente en la cama ó salirse de ella y abrir la ventana para respirar un aire fresco, á cuyas sensaciones se une las más veces una disnea creciente, que impulsa á los enfermos á colocar las ma-

nos sobre un punto de apoyo para dárselo á los músculos inspiradores, proporcionando mayor amplitud al pecho y facilitar de este modo la inspiracion, que se hace con dificultad y á costa de grandes esfuerzos; la espiracion es prolongada y se acompaña de una especie de silbido casi patognomónico; al mismo tiempo el corazon late con violencia, el pulso está irregular y contraido, hay tos seca ó acompañada de espectoracion poco abundante y viscosa; la percusion presenta aumentada la sonoridad del pecho: por la auscultacion se encuentra casi constantemente disminuido el murmullo respiratorio, y á poco que se prolongue la enfermedad se perciben estertores vibrantes. La cara al principio está pálida, y despues roja y amoratada y tumefacta; los ojos están saltones, encendidos y lacrimosos; las alas de la nariz agitadas por rápidos movimientos de dilatacion y depresion; la piel se enfria y se cubre de un sudor igualmente frio y viscoso; la palabra es difícil y entrecortada. Al cabo de media, una ó dos horas, el acceso se calma, ya repentinamente como empezó, ya poco á poco; unas veces termina el ataque con eruptos ó salida de gases por el ano; otras veces con tos acompañada de espectoracion abundante de mucosidades espesas, y en ocasiones con una abundante secrecion de orina clara. Al fin los enfermos se quedan dormidos, el sueño es tranquilo y les proporciona un gran placer.

Curso, duracion y terminaciones. Esta enfermedad se presenta á veces de un modo incompleto, como otras varias afecciones nerviosas, caracterizándose estos ataques incompletos por la opresion, una disnea sibilante que nunca llega á la ortopnea, cefalalgia y espectoracion casi constante al terminar el acceso. En ocasiones, aunque raras, reviste el asma un tipo francamente intermitente. Siempre repite con intérvalos más ó ménos distantes y regulares, durante los que por lo general queda el enfermo en buen estado de salud; estos intérvalos al principio son largos, de algunos meses y aun años; pero á medida que la enfermedad avanza se renuevan los accesos más á menudo. La duracion es indeterminada, aunque comunmente dura toda la vida. La terminacion no suele ser fatal; sin embargo, si sobreviene un acceso de mucha duracion, puede ocurrir la muerte, porque determine la asfixia ó la apoplegía serosa del cerebro por el entorpecimiento que se verifica en la

circulacion venosa. Con todo, cuando la enfermedad se hace habitual es de temer que sobrevengan lesiones orgánicas del corazon, como consecuencia del desarreglo frecuente de las funciones de este órgano.

Diagnóstico. La principal cuestion que hay que resolver respecto al diagnóstico es si el asma es ó no esencial, para lo que debe examinarse atentamente el estado de los órganos contenidos en el torax, pues las afecciones que pueden producir el asma sintomático son las lesiones orgánicas del corazon, el aneurisma de la aorta y el enfisema pulmonar.

Pronóstico. El asma esencial es una afeccion poco grave bajo el punto de vista del peligro de la vida, pero lo es atendida la incomodidad y rebeldía que ofrece y las lesiones orgánicas que puede producir su persistencia.

Tratamiento. Se debe procurar al enfermo ante todo un aire puro y fresco, darle una posicion que facilite todo cuanto se pueda los movimientos de la respiracion, desembarazarle de los vestidos que puedan oprimirle, y recomendarle la quietud y un silencio absoluto. Parece que entre los medios higiénicos el más eficaz consiste en respirar *aire comprimido* en aparatos bien construidos al efecto. Entre los medicamentos recomendados para uso interno, no hay duda que los narcóticos como el ópio y la morfina son el antiespasmódico por excelencia en esta enfermedad, pudiendo disponer una mistura que contenga 10 centígramos de extrato tebáico disueltos en 120 gramos de vehículo para administrarlo por cuartas partes cada dos ó tres horas. Tambien se han recomendado los extractos de belladona y de beleño á las mismas dósis, medios que dan buenos resultados. Se ha administrado igualmente al interior el cloroformo á la dósis de 10 centígramos, suspendido en jarabe, pero las inhalaciones del mismo medicamento prestan un excelente auxilio, aunque por poco tiempo. Los preparados cianhídricos que están indicados por su accion sedante sobre los órganos respiratorios son inséguros por la instabilidad del ácido cianhídrico, por cuya razon y para obviar este inconveniente se administra la mistura amigdalina de la Farmacopea Española á la dósis de una cucharada mediana. La tintura de lobelia se ha recomendado á la dósis de 10 á 30 gotas de cuarto en cuarto de hora ó de media en media hora para moderar y abreviar los accesos; pero

segun Niemeyer, sus efectos no corresponden á los elogios que de ella se han hecho. Se usan las hojas de estramonio solas ó mezcladas con las de sálvia para fumarlas como el tabaco, medio que solo produce resultados cuando el ataque es de poca intensidad; igualmente se han recomendado las fumigaciones de papel nitrado y los cigarrillos con papel arsenical, pero con escasos resultados. Algunos han alabado como muy ventajoso cauterizar la pared posterior de la faringe con el amoniaco líquido, pero es un medio que produce en algunos enfermos un gran acceso de sofocacion, razon por la que Trousseau recomendaba que en su lugar se saturase la atmósfera de vapores amoniacales, colocando en la habitacion del enfermo algunos recipientes llenos de amoniaco líquido. Niemeyer recomienda, cuando el acceso se hace largo y pesado, el empleo del tártaro emético ó la ipecacuana en dósis que produzcan náuseas y no vómitos. Las sangrías se han recomendado por algunos, al paso que han sido rechazadas por otros; pero es lo cierto que solo debe recurrirse á ella cuando el asma sobrevenga por plétora ó por fluxion, ó cuando á consecuencia del espasmo se producen congestiones, y aun en estos casos, así como cuando los sugetos son sanguíneos, la evacuacion debe ser moderada. Romberg ha conseguido contener en ocasiones los accesos de asma tomando cucharadas de sorbete de frutas, utilizando de este modo la accion sedante del frio. A estos medios internos se asocian con ventaja las fricciones en el pecho y el ráquis con pomada de belladona ó con el cloroformo asociado al aceite de beleño, las de esencia de trementina caliente al pecho, los sinapismos en los brazos y pantorrillas, los maniluvios y pediluvios calientes. Para precaver la vuelta de los accesos se ha recomendado el ioduro de potásico, el arseniato de sosa á la dósis de 5 centígramos disueltos en 100 gramos de agua destilada para tomar una cucharada de café al principio de las dos comidas principales, las flores de azufre, el óxido de zinc á la dósis de 10 á 20 centígramos, la tintura de valeriana, el castóreo, el alcanfor, la asafétida y el almizcle unidos á los calmantes. Además de estos medicamentos se recomendará un plan higiénico consistente en precaverse de los cambios atmosféricos, resguardándose del rigor de las estaciones, vestirse de franela, guardar tranquilidad de espíritu, cenar poco, privarse de toda

alimentacion indigesta, de bebidas excitantes y alcohólicas, aunque en el régimen, así como en las localidades, es conveniente estudiar las susceptibilidades especiales de los sugetos; tambien es conveniente el ejercicio moderado y tener el vientre libre por medio de los laxantes.

Naturaleza. La opinion más generalmente admitida sobre la naturaleza del asma esencial es ser una neurose ocasionada por una contraccion espasmódica de las fibras musculares de los bronquios que produce el estrechamiento de los mismos. Entre los profesores que consideran el asma esencial como una enfermedad espasmódica, se halla el doctor Kidd, que «supone al asma ocasionado por una afeccion de la médula oblongada y del centro nervioso espinal, cuyo estado morboso se manifiesta por la convulsion del conjunto de los músculos inspiradores.»

NEUROSES ATÁXICAS.

Definicion. Son neuroses del movimiento en que alternan rápidamente la contraccion con la relajacion, ó en que los movimientos se verifican sin la regularidad con que se coordinan en el estado normal.

Etiología. Estando probado por la experimentacion fisiológica que reside en el cerebelo la facultad de presidir á la coordinacion de los movimientos de los músculos voluntarios, es natural atribuir á lesiones dinámicas ú orgánicas de dicho órgano las neuroses atáxicas. Así estas se presentan unas veces por simple modificacion nerviosa, y otras por modificaciones de textura de los centros nerviosos. Las causas más apropiadas para producirlas son: las emociones morales, la alimentacion escasa, el aire frio y húmedo y toda causa debilitante, las depauperaciones de la sangre como la anemia y la clorosis. Tambien se manifiestan en lo que se llama *estado nervioso*, y son asimismo producidas por el abuso de los alcohólicos.

Sintomatología. El principal síntoma de esta neurose es la falta de precision en los movimientos, ya con convulsiones clónicas y transitorias, ya con agitacion mayor ó menor, duradera y permanente. Esta irregularidad de los movimientos unas veces solo aparece cuando se quieren hacer movimien-

tos, y en otras de una manera espontánea. A esta perturbacion en los movimientos suele acompañar la anestesia de los músculos afectados por la ataxia.

Curso y duracion. El curso de estas neuroses es el mismo que el de las demás y su duracion muy varia.

Pronóstico. Estas enfermedades cuando son esenciales no comprometen la vida por sí mismas, sino por complicaciones ó por accidente. Cuando son sintomáticas el pronóstico depende del de la enfermedad que la origina.

Tratamiento. En el tratamiento de estas neuroses se hallan indicados los antiespasmódicos como el almizcle y los éteres si son pasajeras, y los antiespasmódicos unidos á los tónicos-neurosténicos cuando son más permanentes. Tambien se han empleado los baños simples, los aromáticos y los sulfurosos. Igualmente se hace uso de la electricidad y de los medicamentos que aumentan la energía de los movimientos, como son los preparados de la nuez vómica.

COREA Ó BAILE DE SAN VITO.

Definicion. El corea es una neurose caracterizada por una agitacion desordenada, una falta de coordinacion y de equilibrio de los movimientos voluntarios, ya parcial, ya general.

Sinonimia. Se ha dado tambien á esta enfermedad el nombre de danzomanía ó el de coreomanía. Los ingleses le dan el nombre de locura muscular.

Etiología. Esta enfermedad es propia de la infancia y de la adolescencia, siendo rara antes de los seis años y en la edad adulta; el sexo femenino está más predispuesto á padecerla que el masculino; se presenta especialmente en los sugetos nerviosos, débiles y anémicos; algunos están predispuestos por herencia; el estío la desarrolla con más frecuencia que el invierno. Entre las causas del corea se citan el instinto de imitacion, las emociones morales, sobre todo el terror, la accion del frio húmedo, un golpe sobre la cabeza, la presencia de vermes en el intestino, el onanismo, la preñez, etc., y coincide tambien con el reumatismo.

Sintomatología. El corea va generalmente precedido de cambio de carácter, que se vuelve impresionable é irritable; las extremidades inferiores se debilitan, se pierde la fijeza de

los movimientos de los brazos, hay gran movilidad en la fisonomía, y en un corto número de enfermos aturdimiento y vómitos. Aunque el corea se desarrolla por lo general de una manera lenta y progresiva, hay casos en que se ha visto lo hace de repente. El corea empieza por movimientos involuntarios irregulares; unos enfermos gesticulan constantemente y de un modo extraordinario, otros nunca se están quietos aunque estén sentados, teniendo ya las piernas, ya los brazos en contínuo movimiento: cogen los objetos con dificultad y los dejan caer; arrastran la pierna cuando andan y se caen con facilidad.

Todos estos movimientos, que son involuntarios, se van graduando hasta que el corea llega al máximum de su desarrollo y se caracteriza bien, en cuyo caso las partes afectas son el asiento de saltos de tendones, movimientos diversos, irregulares é involuntarios. Cuando el corea afecta la cara, la frente se arruga y desarruga con rapidez, las orejas se aproximan y separan, los párpados se abren y se cierran, los ojos ruedan en su órbita, los labios se mueven en todos sentidos, la boca se abre y se cierra prontamente, se saca y se mete la lengua con viveza, la cabeza gira á derecha ó á izquierda, adelante ó atrás. Si los miembros superiores se hallan tambien afectados, el hombro sube y baja con rapidez, los brazos se dirigen adelante ó atrás; en los antebrazos y manos alternan la pronacion con la supinacion, la flexion con la extension, participando los mismos dedos de estos movimientos irregulares; y si los enfermos intentan coger algun objeto, solo lo consiguen despues de pasar varias veces las manos cerca de él sin poder conseguirlo, sucediendo lo propio cuando intentan llevarse algo á la boca, que solo lo consiguen al cabo de mil vueltas. Movimientos parecidos, aunque ménos violentos, ejecutan las extremidades inferiores; así que los enfermos en su marcha no pueden seguir la línea recta; andan á saltos y resbalones, ó despues de levantar una pierna, y á un breve tiempo de detencion se suceden algunos pasos precipitados hácia adelante.

Los músculos del tronco tambien pueden afectarse, y entonces la columna vertebral se dirige adelante ó atrás ó á un lado. Si la afeccion ataca á los músculos de la lengua, la pronunciacion es difícil y hay una especie de tartamudez, y aun

en algunos casos no se puede articular palabra; si la neurose afecta los músculos de la faringe, la deglucion puede ser más ó ménos difícil é irregular. Las demás funciones no se comprometen por lo general, pero en algunas, aunque raras ocasiones, se produce gastralgia, extreñimiento, palpitaciones, disnea, y en ciertos casos alteraciones mentales, como trastornos de la sensibilidad moral, disminucion de la memoria, poca fijeza en las ideas, poca atencion, alucinaciones, y en ciertos casos rarísimos delirio maniaco. A todos estos síntomas suelen agregarse á veces dolores en la cabeza y el dorso, la paralísis y la anestesia. La corea es en ocasiones parcial, limitándose á la cara, ó á un miembro, ó á una sola mitad del cuerpo, y aunque ataque á las dos se marca siempre más en una de ellas, observándose en todos los casos que la movilidad morbosa adquiere mayor intensidad y extension cuando los enfermos se observan á sí mismos ó saben que son observados por otras personas. Hay de notable en esta enfermedad que durante el sueño cesan todos estos desórdenes.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad puede ser agudo ó crónico, presentando remisiones y exacerbaciones irregulares, ó bien va aumentando progresivamente hasta llegar á su máximum; se mantiene en este estado algun tiempo y disminuye luego poco á poco. La duracion del corea es muy variable; por lo general es de dos á cuatro setenarios, aunque algunas veces se prolonga hasta el sexto ó el octavo, muchas veces por espacio de tres ó cuatro meses, y excepcionalmente se hace habitual. El mayor número de veces termina el corea por la curacion completa; sin embargo, cuando es muy intenso y grande el desórden de los movimientos se le ha visto complicarse y terminar por la muerte.

Complicaciones. Pueden sobrevenir durante el curso del corea estados fluxionarios ó flojísticos de los centros nerviosos, fiebres eruptivas, enfermedades del corazon, espasmos de la glotis y probablemente tambien la contractura del diafracma.

Anatomía patológica. No se encuentra lesion ninguna en el cerebro, médula ni sus cubiertas; sin embargo, se observa que pueden coincidir con esta enfermedad diversas lesiones de los centros nerviosos, como son reblandecimiento, hipertrofia y tumores de la médula, así como serosidad en los centros nerviosos.

Diagnóstico. El corea bien caracterizado es de fácil diagnóstico; además de la continuidad de los movimientos, que son más bien irregulares que convulsivos; su desarrollo progresivo, la falta de fiebre, de coma, delirio y rigidez tetánica son signos apropiados para diferenciarle de las demás enfermedades del eje cerebro-espinal.

Pronóstico. El corea por sí mismo no es grave, á no ser en aquellos casos en que la excitacion nerviosa y las convulsiones tienen una grande intensidad, ó en los casos en que es sintomática.

Tratamiento. Debe disponerse un plan higiénico consistente en una alimentacion nutritiva y moderada, abrigo del cuerpo y tranquilidad de espíritu. Los medicamentos empleados contra esta enfermedad son los preparados ferruginosos, y entre ellos el carbonato de hierro á la dósis de 25 á 50 centígramos, y el cianuro férrico á la de 10 á 15 centígramos cuando anteceden síntomas anémicos; los baños sulfurosos cuando han precedido ataques de reumatismo; los antihelmínticos cuando se descubre la existencia de vermes intestinales. Algunos médicos han propuesto y usado las evacuaciones sanguíneas tanto generales como tópicas, pero más bien agravan el padecimiento, así que solo se emplearán cuando el sugeto sea sanguíneo ó pletórico ó haya alguna complicacion que reclame su uso. Tambien se han recomendado los purgantes, que deben emplearse solo cuando hay una complicacion que lo indique. Los medicamentos más indicados son: los antiespasmódicos, los neurosténicos y los ferruginosos; entre los primeros se recomiendan la valeriana en polvo á la dósis de 60 centígramos hasta 4 á 8 gramos, la asafétida á la de 10, 30 ó 40 centígramos, el almizcle y mejor aun el óxido de zinc á la dósis de 30 centígramos á 75 y el valerianato de la misma base. El doctor Santero prefiere y dice haber obtenido buenos resultados con el electuario antiepiléptico de Fuller, al que asocia 5 centígramos de almizcle por dósis, alternándolo con el valerianato de zinc. El profesor Romberg recomienda el arsénico, pero Niemeyer prefiere el licor arsenical de Fowler á la dósis de 5 á 6 gotas tres veces al dia. Entre los narcóticos se ha hecho uso del ópio y la morfina, que han

fallado muchas veces, aun cuando han sido muy recomendados por Trousseau, que ha llegado á dar 1 gramo de ópio y 40 centígramos de morfina, dósis que son excesivas.

Niemeyer cree, segun su experiencia, que son más bien perjudiciales que útiles los narcóticos. El mismo Trousseau empleaba 5 centígramos de sulfato de estricnina en 90 gramos de jarabe para tomar tres cucharaditas de las de café al dia, aumentando gradualmente la dósis segun el efecto que se marcaba; pero tanto Niemeyer como el Dr. Santero no han obtenido de esta preparacion los resultados deseados. Tambien se han recomendado las inyecciones subcutáneas del curare; pero es un medio peligroso y de dudoso resultado. Entre los tónicos neurosténicos, la quina y sus preparados son un eficaz auxilio para entonar y regularizar la inervacion, obteniéndose iguales efectos de los ferruginosos. Además de estos medios internos se acudirá á las fricciones aromáticas á lo largo del ráquis y los miembros, á los baños generales templados de 27° á 28°, los aromáticos, los sulfurosos y los de vapor, igualmente á los chorros sobre el ráquis, los baños y afusiones frias. No debemos pasar en silencio que Duchenne ha empleado la faradizacion muscular con intermitencias cortas, y Briquet la faradizacion cutánea cada tercer dia ó diariamente por cinco ó seis minutos á lo largo de los músculos afectos; pero el uso de la electricidad solo debe reservarse para los casos graves ó rebeldes. Niemeyer considera como un excelente paliativo en los casos graves las inhalaciones de cloroformo.

ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.

Definicion. Esta enfermedad es, segun el Sr. Trousseau, una neurose espasmódica caracterizada por la falta de aptitud en la coordinacion de los movimientos voluntarios, complicada á menudo con perturbaciones parciales de la sensibilidad y del movimiento, y que produce consecutivamente una alteracion especial de la médula y de sus raices posteriores.

Sinonimia. Ha sido denominada por Landry *Paralisis del sentimiento de actividad muscular*; por Duchenne, *Ataxia locomotriz progresiva*; por Jaccoud, *Ataxia del movimiento*; por Trousseau, *Asinergia locomotriz progresiva*; por Axenfeld, *Ataxia muscular*; por Romberg, *Tabes dorsal*; por Carre, *Myelopthisis atáxica*; por Leyden, *Degeneracion gris de los cordones posteriores de la médula.*

Etiología. La de esta enfermedad es bastante oscura aun; con todo, se ha observado que ataca de preferencia á los hombres, sobre todo en el período medio de la vida, ó sea de veinte á cuarenta años; tambien se ha visto que hay á veces una predisposicion congénita á padecerla, pues uno ó varios hijos de los mismos padres han sido atacados de la enfermedad; asimismo se han citado casos de trasmision por la herencia. Como causas ocasionales se citan el onanismo, los excesos venéreos, las pasiones de ánimo deprimentes, los desarreglos higiénicos, las grandes fatigas, los enfriamientos, el reumatismo y la sífilis constitucional.

Sintomatología. Las manifestaciones sintomáticas de esta enfermedad se dividen en tres períodos. En el primero aparecen, figurando en primera línea, dolores de los músculos de los miembros, especialmente de los inferiores, que son ordinariamente muy intensos, circunscritos, fulgurantes, es decir, que aparecen y desaparecen con la velocidad del relámpago, y otras terebrantes é instantáneos, los cuales se dejan sentir algunos segundos, medio minuto; repiten diez, quince ó veinte veces cada hora y se manifiestan bajo la forma de accesos varias veces al año ó al mes, sin más causa determinante que las variaciones atmosféricas, acompañándose de sensacion de constriccion en los miembros ó en la base del pecho, y á veces de hiperestesia cutánea. A estos dolores se agrega en este período hemiplegia y paralísis permanentes ó transitorias de los músculos del ojo, que producen trastornos del órgano de la vista, como diplopia, ambliopia y estrabismo; paralísis que tienen una duracion muy variable y que algunos enfermos la padecen por el resto de su vida. Tambien se presenta en este período incontinencia nocturna de orina, espermatorrea, impotencia, ó, por el contrario, facultad de poder repetir el cóito muchas veces en un corto espacio de tiempo.—En el segundo período los fenómenos oculares y los dolores del primer período pueden persistir y aun hacer progresos; se manifiesta la incoordinacion de los movimientos, que aparece primero en las extremidades inferiores y despues en las superiores, presentándose desde luego en las plantas de los piés y palmas de las manos, de donde se extiende á las

piernas y los brazos; al principio de la enfermedad unas veces solo se observa un cansancio insólito que sobreviene rápidamente durante la marcha y que no está en relacion con la duracion del ejercicio, y otras veces la progresion y los movimientos se ejecutan bien cuando hay luz, pero son vacilantes y dudosos en la oscuridad. Cuando la enfermedad progresa los enfermos en el decúbito dorsal ejecutan con prontitud y energía todos los movimientos parciales ó generales que se les ordenan, pero en la bipedestacion no se sostienen bien y la marcha es irregular y con falta de firmeza, vacila al andar y la necesidad del equilibrio hace que agite ambos brazos sin cesar con movimientos análogos á los del acróbata; su marcha se ejecuta involuntariamente de un modo precipitado, y si apoya una de sus manos en un baston, la otra se separa del cuerpo y oscila para guardar el equilibrio.

Al verificar la progresion, la pierna se separa del suelo mediante una flexion brusca de la rodilla seguida de una tension forzada que dirigen el pié en una direccion que no es siempre la misma, y cuya planta, al descansar en el suelo, produce un ruido particular. Esta dificultad y desórden de los movimientos aumenta cuando el enfermo cierra los ojos ó está en la oscuridad, hasta el punto de vacilar y caer al suelo por no poder sostenerse, de donde resulta que el atáxico para poder andar tiene que llevar la vista fija en el suelo y sobre sus extremidades inferiores. Hay de notable en los atáxicos, segun Trousseau, que si se les manda sostenerse de pié aplicando paralelamente uno contra otro ambos piés, lo hacen con cierta dificultad aunque tengan abiertos los ojos, pero si está algo trastornada ya la marcha no pueden sostenerse y caen si los cierran. Al mismo tiempo existe anestesia muscular y cutánea, que cuando se generaliza hace perder al enfermo la conciencia de la posicion que ocupa y creerse suspendido en el aire; paralísis ordinariamente parciales del ojo, del oido, de la vejiga y del recto. En el tercer período se generalizan y agravan los síntomas, se imposibilita todo movimiento, los músculos se atrofian, decae la memoria y el juicio, que se habian mantenido intactos, aparecen la incontinencia de orina y las materias fecales, se forman escaras en diferentes puntos y los enfermos pueden sucumbir con los síntomas de la fiebre urinosa ó de la infeccion purulenta.

Curso, duracion y terminaciones. La enfermedad, localizada en un principio, hace progresos lentos é invade sucesivamente otras partes, siguiendo un curso irregular con exacerbaciones y remisiones. Su duracion es larga, y puede persistir seis, diez, veinte años y más, aunque algunas veces solo dura meses. Su terminacion es fatal por la índole de las alteraciones que lleva consigo, y á veces puede sobrevenir la muerte á consecuencia de una enfermedad intercurrente.

Anatomía patológica. Las lesiones anatómicas que se han encontrado generalmente son: tumefaccion, y más comunmente atrofia de la médula, la cual está casi siempre reblandecida y en pocos casos indurada; la sustancia blanca de los cordones posteriores de la médula está gris ó amarillenta y semitrasparente, y ellos mismos reducidos de volúmen, que en vez de tener doble que los anteriores, como sucede en estado normal, le tienen por el contrario menor de la mitad. Estas alteraciones ocupan la mayor parte de veces la parte inferior de la region dorsolumbar y rara vez ascienden á la region cervical. Se ha encontrado tambien la atrofia, el estado grasiento y semitrasparente de los tubérculos cuadrigéminos, de los nervios ópticos y del gran nervio hipogloso. Las meninges pueden estar intactas, aunque por lo general están hiperemiadas ó infiltradas de serosidad. «Las observaciones micrográficas han demostrado al principio de la alteracion de los tubos nerviosos el cambio granuloso de la sustancia medular, y más adelante corpúsculos amilóides, nueva formacion de núcleos y de celulillas, fibrillas de tejido conjuntivo, y en ocasiones una alteracion ateromatosa ó engruesamiento de las túnicas vasculares. Entonces los tubos nerviosos se hallan completamente atrofiados y reducidos á las vainas celulares.»

Diagnóstico. Se ha podido confundir la ataxia locomotriz con las paralísis, pero mientras en estas hay debilidad muscular real, en la ataxia está intacta la energía de los movimientos. Tambien puede confundirse con lesiones del cerebelo que se acompañan de falta de equilibrio, ambliopia, diplopia y estrabismo, pero en estas existe un estado vertiginoso que no se observa en la ataxia. Los trastornos histéricos de los movimientos, que pueden tener cierta semejanza con la ataxia, se distinguirán en que la incoordinacion de los movimientos depende ó es una consecuencia de la anestesia.

Pronóstico. Es de una gravedad extremada, pues esta enfermedad crece progresivamente hasta terminar por la muerte, segun lo que hasta ahora se ha observado.

Tratamiento. Varios son los recursos empleados contra esta enfermedad, pero desgraciadamente han sido poco eficaces; sin embargo, se deben y pueden llenar algunas indicaciones; así si hay antecedentes que puedan hacer suponer que la enfermedad tiene un orígen sifilítico se deben usar los mercuriales y el ioduro potásico; cuando existen signos manifiestos de inflamacion ó congestion de la médula se usarán las emisiones sanguíneas locales á lo largo de la espina dorsal; tambien se han recomendado para llenar la misma indicacion los revulsivos. Se han empleado tambien contra esta enfermedad los tónicos, los alterantes, los preparados de la nuez vómica y las aguas minerales, pero sin obtener grandes resultados. Igualmente se ha administrado el nitrato de plata al interiorá la dósis de 25 milígramos elevada progresivamente hasta 1, 2, 3 ó 4 centígramos al dia, pero las observaciones de su resultado son contradictorias. La hidroterapia se ha aconsejado tambien, especialmente el chorro frio aplicado á la espalda, mas tampoco ha dado resultado. Grisolle ha empleado las preparaciones arsenicales, que en atencion á la rebeldía de la enfermedad pueden ensayarse. Trousseau asegura le han producido algun resultado los baños sulfurosos administrados con perseverancia. Ya que no podemos combatir la enfermedad, debe emplearse un tratamiento sintomático; así que contra los dolores se empleará, segun recomendacion de Trousseau, las preparaciones de belladona alternadas con el aceite esencial de trementina. La faradizacion cutánea calma á veces tambien los dolores y parece obrar favorablemente sobre el desórden de los movimientos y la insensibilidad tactil. Romberg proscribe los tratamientos activos, considerándolos más bien perjudiciales, y dice que «solo puede servir para prolongar la vida de los enfermos la discreta y bien ordenada aplicacion de los recursos higiénicos.»

Naturaleza de la enfermedad. Aun fluctúan las opiniones respecto á este punto; así Duchenne cree que la afeccion empieza por lo general en los nervios motores del órgano de la vista y en los tubérculos cuadrigéminos, de donde se extiende á los pedúnculos cerebelosos superiores é inferiores y por

fin al cerebelo. Bouillaud ve en esta enfermedad una afeccion del cerebelo, órgano del que ha hecho el centro de la coordinacion de los movimientos. Landry la juzgó como una pérdida del sentimiento de actividad muscular. Ollivier la considera como una mielitis. Axenfel la mira como atrofia ó más bien una destruccion particular de la médula. Por último, las observaciones y trabajos de Charcot, Vulpian, Friedreich, Topinard y otros han extendido la opinion de que esta enfermedad reside por lo comun en los cordones posteriores de la médula, y consiste en la alteracion granulosa y la atrofia, degeneracion gris ó esclerosis de dichos cordones. El profesor Trousseau cree que consiste, como el corea, «en un espasmo que ataca á uno ó varios músculos, los cuales dejan de obrar sinérgicamente desde entonces, y dan por consiguiente al movimiento una irregularidad y una incertidumbre que asemejan los enfermos á los titiriteros perdiendo el equilibrio.» En vista de estas encontradas opiniones y en la de que en algunas autopsias de atáxicos no se han encontrado lesiones, debe colocarse la enfermedad por los síntomas que la caracterizan entre las neuroses.

TEMBLOR.

Definicion. Consiste, segun J. Frank, en una oscilacion rápida, que agita de contínuo á los miembros en direcciones contrarias, con movimientos iguales de va-y-ven.

Etiología. Es una afeccion habitualmente hereditaria, debida algunas veces á emociones morales vivas ó prolongadas, á la impresion del frio, á los excesos venéreos, al uso inmoderado del té, del café y de los licores fermentados. Algunas veces es sintomático de la intoxicacion alcohólica, de la saturnina, de los envenenamientos por los neurosténicos, las neuralgias intensas, las emanaciones mercuriales, etc.

Sintomatología. El temblor puede afectar todo el cuerpo ó una parte de él como la cabeza ó un miembro, y algunas veces uno ó dos músculos solos; generalmente es contínuo, pero desaparece á veces durante el sueño ó cuando los enfermos están en reposo; otras veces es periódico. Su intensidad es variable, pues unas veces apenas es perceptible y otras es tan violento, que los enfermos no pueden sostenerse de pié ni coger na-

da con las manos. No produce la abolicion de los movimientos voluntarios.

Duracion. Es varia, pues puede ser momentáneo ó persistir mucho tiempo y aun hacerse incurable.

Pronóstico. No compromete por sí la vida, pero á veces es rebelde y aun incurable.

Tratamiento. Deben combatirse las causas que le originan. Tambien independientemente de la indicacion causal convienen los antiespasmódicos, los baños sulfurosos y de vapor, y aun los revulsivos.

CONVULSIONES CLÓNICAS.

Las convulsiones clónicas pueden ser sintomáticas, y en este sentido nos hemos ocupado ya de ellas; tambien pueden ser esenciales, en cuyo caso generalmente reconocen por causa alguna fuerte emocion del ánimo. Están caracterizadas por alternativas rápidas de contraccion y relajacion de los músculos; se repiten más ó ménos y son más ó ménos regulares. Su tratamiento consiste en el uso de las misturas anti-espasmódicas.

VÓMITOS NERVIOSOS.

Etiología. Estos vómitos, que dependen de una modificacion de la inervacion del estómago, se presentan como dependientes de un estado nervioso general como el histerismo, ó como consecuencia de ciertas enfermedades despues que estas se han curado, como se ve en la convalecencia del cólera y en la declinacion de la fiebre tifoidea.

Sintomatología. Los vómitos nerviosos sobrevienen, ya de repente, ya despues de un malestar más ó ménos prolongado en el epigastrio. Pueden aparecer en ayunas, en cuyo caso se arrojan mucosidades viscosas ó bílis, ó despues de las comidas, y se componen de sustancias alimenticias, en que pueden salir todas indistintamente ó algunas de ellas solamente. Estos vómitos, que se verifican con facilidad y sin mucha incomodidad, son seguidos siempre de un alivio momentáneo y muchas veces de una sensacion de hambre. A los vómitos se unen muchas veces en los intérvalos dolor epigástrico y eruptos.

Curso, duracion y terminaciones. Los vómitos nerviosos unas veces se reproducen dejando grandes intérvalos entre sí, y otras despues de todas las comidas. Su duracion es variable, pues unas veces duran solo algunos dias y otras se prolongan por meses y años. Los vómitos recidivan con facilidad y terminan por la curacion; pero si durando mucho tiempo se arrojan los alimentos á poco de ingeridos, puede sobrevenir la muerte.

Diagnóstico. Para establecer el diagnóstico deben examinarse detenidamente todos los órganos y todas las funciones para no confundir los vómitos nerviosos con los sintomáticos de alguna lesion orgánica.

Pronóstico. Cuando no traen por resultado arrojar todos los alimentos ingeridos no es una enfermedad grave, pero sí molesta.

Tratamiento. Cuando dependen de una sobreexcitacion del estómago se recurrirá á los narcóticos, especialmente al ópio; tambien son útiles los baños tibios y el subnitrato de bismuto. Cuando hay un estado de atonía del estómago se recurre á los amargos y los ferruginosos. Terroncitos de nieve tragados de vez en cuando corrigen á veces los vómitos, así como tambien el bicarbonato de sosa, el agua de Vichy, la de Seltz y la pocion de Riberio. Los antiespasmódicos, aunque no son tan eficaces, producen á veces buenos efectos. En los casos rebeldes se cubrirá el epigastrio con un vejigatorio, y si esto no bastase se pondrá un sedal.

TOS NERVIOSA.

La tos nerviosa, que es seca y penosa por su continuidad, se distingue por la falta de una lesion que la explique, por el temperamento nervioso del sugeto y porque la carrera, la fonacion y los movimientos lejos de aumentarla la disminuyen, y al contrario se agrava por todo lo que conmueve los nervios, especialmente las emociones morales. Su tratamiento consistirá en los calmantes, como el ópio, el beleño, la belladona, el ejercicio al aire libre, los antiespasmódicos y los baños templados. Cuando coincide con atonía son precisos los amargos, los ferruginosos y el ácido sucínico líquido.

HIPO NERVIOSO.

El hipo es con bastante frecuencia un síntoma que se presenta en el curso de varias afecciones, pero en otras ocasiones es independiente de todo estado morboso apreciable. Se presenta en las personas nerviosas, especialmente en las mujeres histéricas y principalmente á consecuencia de emociones vivas. Unas veces sobreviene repentinamente, otras es producido por una fuerte impresion nerviosa, en ocasiones se determina por imitacion. La mayor parte de las veces se disipa por sí solo en poco tiempo, pero en otras puede prolongarse durante meses y años y hacerse insoportable por su persistencia, que produce demacracion marcada. A veces se contiene por una emocion intensa, como un susto; por la ingestion de una bebida helada, con un simple terron de azúcar ó bebiendo agua lentamente y sin respirar. Cuando dura por mucho tiempo se recurre á los baños, el éter, los opiados y los revulsivos al epigastrio. El Sr. Santero dominó un caso de hipo rebelde con el ópio unido al almizcle y un revulsivo en la direccion de las inserciones anteriores del diafragma.

PALPITACIONES NERVIOSAS DEL CORAZON.

Definicion. Diremos con Grissolle que «se entiende por *palpitaciones del corazon* unos movimientos desordenados y tumultuosos de este órgano, más frecuentes y comunmente más fuertes que en el estado natural, y acompañados casi siempre de una sensacion de incomodidad y de dolor.»

Etiología. Se presentan con especialidad en los sugetos nerviosos y son determinadas por las emociones de ánimo, las pasiones tristes, las vigilias, los excesos alcohólicos y venéreos; se presentan en los sugetos anémicos, en los hipocondriacos y en las histéricas.

Sintomatología. Las palpitaciones nerviosas producen una celeridad mayor en las pulsaciones del corazon, que se hacen más perceptibles, no solo á la mano aplicada en la region precordial, sino á la simple vista, y aun el mismo enfermo las siente, así como los ruidos del corazon si se echa sobre el lado izquierdo. Por la auscultacion se suelen percibir en mayor extension los ruidos del corazon por ser más fuertes, y en algunas ocasiones existe un ligero ruido de fuelle que solo dura lo que ellas. El pulso está más frecuente, y suele presentarse desigual, intermitente é irregular. A las palpitaciones suele acompañar ansiedad, dolor precordial y tendencia á las lipotimias.

Curso, duracion y terminacion. Generalmente aparecen de pronto y por la noche; son raras veces contínuas; tienen una duracion corta, pero á veces pueden persistir por años con intermitencias más ó ménos largas. Terminan por la curacion, aunque cuando se reproducen con frecuencia pueden determinar la hipertrofia del corazon.

Diagnóstico. Se distinguen las palpitaciones nerviosas de las sintomáticas en que se presentan con largas intermitencias, durante las que no se nota ningun trastorno apreciable del sistema circulatorio.

Pronóstico. No es grave.

Tratamiento. Ante todo hay que separar las causas siempre que sea posible; así los ferruginosos y un régimen analéptico serán útiles en las cloróticas y en la anemia, y los medios apropiados contra el histerismo y la hipocondría cuando existan estos estados. Los baños tíbios ó frescos, segun la estacion, han sido aconsejados por Laennec. La aplicacion del frio á la region precordial ha acortado el acceso, así como las misturas anti-espasmódicas con éter, la tintura de castóreo y la etérea de valeriana. Son útiles las fricciones á la region precordial con la pomada de belladona y la tintura etérea de digital. Algunos han recomendado los narcóticos y la digital al interior, pero estos medicamentos deben emplearse con mucha reserva.

PARALÍSIS Ó ACINESIAS.

Definicion. Las *paralisis*, *acinesias* ó *amiotilias* son enfermedades que consisten en la disminucion ó abolicion de los movimientos musculares.

Etiología. Las paralísis con relacion á sus causas son producidas bien por lesiones anatómicas, ya del cerebro (hemorragias, reblandecimiento, atrofia, congestion, tumores, induraciones), ya de la médula espinal (hemorragias, reblan-

decimiento, atrofia, congestion), ya por lesiones traumáticas ó espontáneas de los nervios, ya por lesiones musculares (miositis, atrofia muscular fibrosa de J. Guerin, atrofia grasosa de los músculos, y por fin la paralísis muscular llamada pseudo-hipertrófica), ya por obliteraciones arteriales, cuyas paralísis se conocen con el nombre de *sintomáticas con lesiones*, bien por ciertas discrasias (anemia, cloro-anemia), diatesis (sífilis, reumatismo, difteria), enfermedades agudas ó crónicas que alteran la sangre (fiebre tifoidea, sudor miliar, cólera, fiebres eruptivas, neumonía, empiema, disentería, enfermedades uterinas, afecciones de las vias urinarias), intoxicaciones (alcoholismo, intoxicacion saturnina, por el sulfuro de carbono, por los miasmas palúdicos, por el arsénico, por el mercurio), neuroses (neuralgias, corea, histerismo, epilepsia), y accion refleja de padecimientos de ciertos órganos distantes, cuyas paralísis se las considera *sintomáticas sin lesiones apreciables*, ó bien, finalmente, que no dependen ni de una lesion anatómica, ni de un estado patológico anterior y que son producidas por causas difíciles de determinar, aunque algunas veces dependen de la accion del frio ó de la humedad, cuyas paralísis se han llamado *idiopáticas*. Solo debemos ocuparnos de las paralísis esenciales, que son mucho más raras que las sintomáticas de una afeccion orgánica de los centros nerviosos.

Sintomatología. La paralísis va precedida muchas veces de debilidad en los movimientos, temblor ó calambres; otras veces sobreviene de repente. Los músculos atacados de paralísis están en completa relajacion, inmóviles, flácidos y rebeldes al influjo de la voluntad y al de los excitantes; pierden la facultad de contraerse por el influjo de la electricidad; la sensibilidad de las partes afectas está con frecuencia disminuida ó abolida; es decir, que acompaña á la paralísis la anestesia muscular y aun la cutánea, aunque en ocasiones puede haber una hiperestesia. Cuando la paralísis ha durado mucho tiempo, la falta de movimiento produce la lentitud en la circulacion, y en su consecuencia el descenso de la temperatura de la parte, el enflaquecimiento, y aun la atrofia y degeneracion grasosa de los músculos, acompañada á veces de un ligero edema. La paralísis puede ser completa cuando los músculos no responden á la excitacion de la voluntad ni de los estímulos, ó incompleta, en cuyo caso se ve que un estímulo enérgico ó un esfuerzo violento despierta contracciones en las fibras en que no está por completo abolida la motilidad, soliendo suceder que los enfermos, cuando se hallan tendidos, mueven las extremidades interesadas como desean, y no pueden servirse de ellas en la posicion vertical. Además de estos fenómenos se observan algunas veces deformaciones debidas á la contraccion tónica y preponderante de los músculos sanos, antagonistas de los que están paralizados.

Curso, duracion y terminaciones. Estas paralísis no suelen acometer de un modo general, sino limitadas á una mitad lateral del cuerpo, en cuyo caso reciben el nombre de *hemiplegías*, ó á la inferior y se llaman *paraplegías*, ó á una sola region, cuyo nombre toman entonces. Cuando la paralísis ocupa un miembro, ataca por lo regular á todos los músculos del mismo, mas, sin embargo, á veces lo hace con solo los encargados de un órden de movimientos, como sucede con los extensores en las paralísis saturninas. Su curso es muy variable, segun las causas de que depende; es por lo general largo, ofreciendo á veces alternativas é irregularidades. En cuanto á las terminaciones, las que dependen de lesiones orgánicas, ó son incurables como ellas mismas, ó desaparecen con la misma lentitud que ellas; las que dependen de una discrasia pueden terminar por la curacion si la sangre vuelve á su estado normal y la inervacion se entona; las que dependen de una diatesis, así como las provocadas por accion refleja de otros padecimientos, siguen la marcha que las afecciones á que deben su existencia, siendo por fin las que más fácilmente se curan las dependientes de trastornos generales de la inervacion y las idiopáticas, porque no se acompañan de lesion fija. Las producidas por intoxicacion tambien podrán curarse si se logra expulsar de la economía el agente intoxicante.

Diagnóstico. Puede sospecharse que la paralísis depende: ó de una lesion aguda del cerebro, cuando invade de pronto, se limita á una mitad del cuerpo, es persistente una vez desarrollada y se acompaña de trastornos intelectuales; ó de una lesion crónica de la misma víscera, cuando á una cefalalgia á veces muy intensa se unen trastornos intelectuales ó de los sentidos, convulsiones epileptiformes y espasmos; además de

estos caractéres hay el de que se conserva la contractilidad y sensibilidad eléctrica. Puede creerse que depende de una lesion de la médula espinal cuando hay dolor en un punto fijo del ráquis, reside la paralísis y se presenta simultáneamente en las dos extremidades inferiores, con frecuencia en el recto y la vejiga y están debilitadas ó abolidas la contractilidad eléctrica y la sensibilidad de los músculos paralizados. Puede considerarse producida por una lesion de los nervios, cuando la paralísis se limita á la zona anatómica de las ramificaciones de un tronco nervioso y se comprueba además la existencia de una inflamacion de las partes vecinas, ó una compresion del nervio por tumores, ó una lesion de los huesos. La paralísis por lesiones musculares son fáciles de reconocer por la existencia de las cuatro enfermedades que hemos enumerado en la etiología, así como tambien lo son las producidas por obliteraciones arteriales, pues se acompañan de los síntomas propios de ellas y ordinariamente de la gangrena. Las paralísis producidas por un estado caquéctico y anémico se conocen por aparecer indiferentemente en las diversas regiones de ambos lados del cuerpo, frecuentemente por su marcha ascendente y progresiva de las extremidades al centro, la ausencia de signos morbosos por parte de los centros nerviosos, con frecuencia la integridad de las funciones de la vejiga y la abolicion de la irritabilidad electro-muscular.

Las paralísis procedentes de una disposicion sifilítica ó reumática se sospecharán por la preexistencia de estas afecciones. Las dependientes de la difteria se distinguirán por la existencia de la difteria como antecedente, preceder siempre la paralísis del velo del paladar y ser esencialmente progresiva la debilidad muscular, la que se desarrolla lentamente y se acompaña de hormigueo y trastornos de la sensibilidad de las extremidades; además se conserva la contractilidad eléctrica de los músculos. Entre las paralísis producidas por las intoxicaciones, la originada por el alcoholismo se conoce en que siempre es general y se acompaña de debilitacion intelectual; la producida por intoxicacion saturnina se distingue por localizarse comunmente en los músculos extensores de las extremidades superiores y estar abolida la contractilidad eléctrica; la determinada por la intoxicacion por el sulfuro de carbono, porque afecta principalmente los miembros inferiores, es la

mayoría de veces general, y el enfermo exhala habitualmente olor de sulfuro; las producidas por intoxicacion palúdica se reconocen fácilmente cuando cesan durante la apirexia. Las paralísis que se refieren á diversas enfermedades agudas ó crónicas, que hemos enumerado en la etiología, se reconocen por haber precedido estas, ser habitualmente de una duracion efímera y su desaparicion más ó ménos rápida bajo la influencia de un tratamiento apropiado. Las paralísis dependientes de una neuralgia se acompañan generalmente de integridad de la contractilidad electro-muscular con aumento de la sensibilidad en ciertos puntos, no siendo raro que se complique con atrofia muscular. Las paralísis histéricas rara vez se generalizan á los cuatro miembros, sino que se localizan en el siguiente órden de frecuencia: miembros del lado izquierdo, extremidades inferiores, miembros del lado derecho, raras veces uno de los superiores ó uno de los inferiores, piés, manos, cara, laringe y diafragma; además la paralísis es muy inestable y algunas veces desaparece de pronto sin dejar vestigios, la contractilidad eléctrica de los músculos se conserva, pero su sensibilidad está abolida. Las paralísis producidas por accion refleja se conocen por la existencia de alguna de las enfermedades que las determinan. Las paralísis primitivas ó idiopáticas se conocerán por exclusion de las especies que acabamos de exponer cuando hecho un exámen atento del enfermo no podamos referir el orígen de ella ni á una lesion material, ni á un estado patológico independiente de toda lesion apreciable.

Pronóstico. Las paralísis no ofrecen gravedad por sí mismas, á no ser que ataquen músculos cuyos movimientos son esenciales á la vida, como la de los intercostales y el diafragma, ó bien aquellos cuya paralísis puede complicarse con accidentes mortales, como algunas veces se ve en la del esófago.

Tratamiento. Deben combatirse las causas que determinen la paralísis siempre que esto sea dable, y además excitar la accion de los músculos paralizados por medio de los antiespasmódicos y los excitantes usados interiormente, los preparados de nuez vómica y la electricidad, ya por medio de la corriente constante, ya por medio de la corriente de induccion. Al exterior conviene tambien emplear las fricciones y los baños aromáticos.

HEMIPLEGÍA.

Definicion. Es aquella paralísis que afecta una de las mitades del cuerpo ó los dos miembros de un mismo lado.

Etiología. Es producida muy comunmente por la hemorragia con foco del hemisferio cerebral contrario al lado en que se manifiesta, tambien por la simple congestion, y raras veces por el reblandecimiento. Todas las causas de compresion de uno de los hemisferios pueden producirla como los tumores y exostoses intracranianos. Las lesiones del cerebelo pueden determinarla, ya en el lado de la lesion, ya en el opuesto. Ollivier ha referido algunos casos en que dependia de lesiones de la médula, pero esto es muy raro y entonces ocupa el mismo lado de la lesion. Tambien se produce por causa nerviosa, como sucede en el curso del histerismo. Simpson ha señalado tambien la albuminuria como causa de la hemiplegía.

Sintomatología. Esta paralisis, que puede aparecer repentinamente ó de un modo gradual, y ser ya completa ó incompleta, en cuyo caso se conoce más fácilmente en la extremidad inferior, presenta unos caractéres tan claros que no tiene necesidad de ser descrita de un modo particular.

Diagnóstico. La dificultad del diagnóstico estriba en distinguir la hemiplegía sintomática de la esencial, pero para esto es preciso tener en cuenta los antecedentes; así que si la hemiplegía aparece en un sugeto predispuesto á las hemorragias y congestiones, ó despues de los síntomas propios de una apoplegía, ó en la terminacion de una cerebritis, puede sospecharse que depende de una lesion orgánica; pero si se presenta en una persona propensa á neuropatías, ó en el curso de un histerismo ó de una afeccion neuropática, se puede tener por idiopática; además, en la hemiplegía procedente de lesion orgánica se paraliza tambien la cara y la lengua, cosa que no sucede en la nerviosa.

Pronóstico. La hemiplegía nerviosa se cura más fácilmente que la dependiente de lesion orgánica.

Tratamiento. Cuando es producida por causa nerviosa se suele corregir con el uso interior de los antiespasmódicos ó el extracto alcohólico de la nuez vómica á la dósis de un centígramo, que se va aumentando gradualmente, y con las fricciones estimulantes y los baños aromáticos. El profesor Duchenne ha empleado con algun éxito la faradizacion muscular de intermitencias largas, de corrientes débiles en su principio y dirigidas sobre cada uno de los nervios paralizados, sin olvidar los troncos nerviosos. Este mismo profesor ha hecho aplicaciones eléctricas en los casos de hemiplegía por lesion orgánica, y con buen resultado, cuando ha pasado la época de la reabsorcion del foco; sin embargo, considera contraindicada la faradizacion en la hemiplegía cuando hay derrame, ó cuando á pesar de haberse reabsorbido este se acompaña aquella de contracturas.

PARAPLEGÍA.

Definicion. Es la paralísis que ocupa los dos miembros inferiores.

Etiología. Puede ser producida por la mielitis, la congestion, la hemorragia y las demás lesiones de la médula, las compresiones que sufre, la obliteracion de la aorta descendente, de las arterias iliacas primitivas ó femorales; tambien la pueden producir por accion refleja las enfermedades de los órganos génito-urinarios, la irritacion gastro-intestinal y otras afecciones gástricas; la cloroanemia complicada con histerismo, la anemia por grandes pérdidas de sangre y la espermatorrea. Tambien queda como resultado del tífus, las intermitentes prolongadas, la difteria, la pelagra, la sífilis, la glucosuria, la diatesis reumática, la intoxicacion saturnina ó arsenical, y la produce directamente la repentina accion del frio ó su aplicacion prolongada en los que por su ejercicio tienen metidos los piés en agua ó en humedad por mucho tiempo.

Sintomatología. La paraplegía puede desconocerse cuando es incompleta si acostado el enfermo se le manda ejecutar movimientos, pues puede hacerlos á pesar de que la marcha ofrece cierta dificultad. Esta paralísis, que se da á conocer por cierta debilidad ó torpeza en las piernas cuando el sugeto hace algun ejercicio, debilidad que desde luego se marca en la articulacion tibiotarsiana de donde se propaga hácia arriba, se acompaña frecuentemente de hormigueo, arrastra la

punta del pié, la rodilla se dobla bajo el peso del cuerpo y los miembros se levantan en la marcha por movimientos característicos de la cadera ó del tronco. La sensibilidad se embota tambien y el enfermo cree que sus piés se apoyan sobre un cuerpo blando como una alfombra. A la paralísis muscular se unen la de la sensibilidad y con frecuencia la de la vejiga y del recto. Los miembros afectos presentan algunas veces rigidez y son asiento de dolores sordos ó pinchazos. La paralísis puede ser absoluta desde un principio ó llegar á serlo gradualmente.

Diagnóstico. Puede presumirse que la paraplegía depende de una mielitis ó una lesion de la médula cuando la preceden y acompañan síntomas de estas enfermedades; igualmente se puede considerar que es debida á una accion refleja de otros padecimientos cuando la precede alguno de los que hemos enumerado en la etiología. Cuando no haya precedido ninguna enfermedad aguda ó crónica á que poder referir la paralísis, ni una causa traumática, la consideraremos como esencial.

Pronóstico. No es curable cuando depende de lesiones orgánicas; cuando procede de accion refleja es difícil y lenta la curacion, y por fin las secundarias al histerismo y las idiopáticas son más fácilmente curables.

Tratamiento. Se administrará el extracto de nuez vómica á la dósis de 12 miligramos, aumentando progresivamente la dósis; al mismo tiempo se usarán los baños de vapor aromáticos, los sahumerios con yerbas aromáticas y las fricciones con las tinturas aromáticas ó de tintura de nuez vómica. Duchenne aconseja la faradizacion, pero manifestando que en la paraplegía producida por lesion de la médula no obedece á ella cuando se han abolido la sensibilidad y contractilidad electro-musculares.

PARALÍSIS FACIAL Ó DE BELL.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por la abolicion del movimiento en los músculos animados por el sétimo par de nervios cranianos.

Etiología. La paralísis facial puede reconocer por causa la compresion, la atrofia y la destruccion del nervio por un tumor óseo, una herida que ocasione la seccion del nervio, una contusion de la cara; tambien puede presentarse en los recien nacidos por consecuencia de la aplicacion del forceps y compresion del nervio. En ocasiones se presenta de un modo idiopático por la impresion de una corriente de aire frio y húmedo, y en algunos casos raros por una violenta emocion moral. Esta paralísis, rara antes de la pubertad, es más comun de los veinte á los cuarenta años, y en los hombres más que en las mujeres.

Sintomatología. La enfermedad empieza unas veces repentinamente y otras de un modo progresivo. Cuando está declarada se conoce á primera vista por el aspecto particular que presenta la fisonomía: cuando esta está inmóvil hay falta de simetría entre ambos lados de la cara; la mitad paralizada parece algo más prominente que la sana; las facciones caidas en el lado paralítico y tiradas hácia el sano; la mitad correspondiente de la frente no puede arrugarse; la ceja está más baja que la del lado opuesto; el ojo permanece abierto y deja correr las lágrimas; la nariz y mejilla deprimidas en el mismo lado, resultando la nariz correspondiente más estrecha; la boca aparece torcida hácia el lado sano y deprimida al lado enfermo; se escapan de la misma los alimentos, las bebidas y la saliva; la masticacion es defectuosa, así como la pronunciacion de las vocales que requieren la intervencion de los labios y las consonantes labiales; tambien se halla imposibilitada la accion de silbar, de soplar ó de arrojar los esputos y salivas. En algunos casos la conjuntiva se seca y la córnea se empaña á consecuencia del contacto contínuo del aire y no estar bañada por las lágrimas como no puede cerrarse el ojo. Esta falta de simetría entre ambos lados de la cara se hace más notable cuando el enfermo habla, rie ó hace gestos. Algunos han observado la desviacion de la lengua hácia el lado sano, pero lo más general es que salga derecha; algunas veces está debilitado el gusto en la mitad correspondiente á la paralísis y seca en su misma superficie. La sensibilidad cutánea está intacta en el lado paralizado, pero á poco que se prolongue la afeccion se embota algo. En algunos casos se ha observado la disminucion del oido en el lado paralítico. Generalmente no hay cefalalgia ni fiebre, y las funciones digestivas se ejecutan bien.

Curso, duracion y terminaciones. Unas veces se desarrolla de pronto y otras sigue un curso progresivo. Su duracion es larga, pudiendo ser desde catorce dias á seis semanas y aun más. Cuando no depende de ninguna lesion del nervio se cura casi siempre.

Diagnóstico. No es difícil el diagnóstico de esta afeccion atendidos los caractéres que presenta, y únicamente existirá dificultad en determinar si la paralísis es sintomática ó idiopática. Se sospechará en la existencia de esta última cuando la produzcan causas directas, invada bruscamente y tenga una marcha rápida y exenta de toda complicacion. Por el contrario, una invasion lenta y progresiva, la coincidencia de paralísis en un lado del cuerpo, una cefalalgia pertinaz ó trastorno de los sentidos, un flujo por el oido, la existencia de una inflamacion alrededor de la oreja, una otitis interna, una parotiditis, un tumor desarrollado en el trayecto del nervio, una cáries del peñasco indicarán que la paralísis es sintomática. Además de estos caractéres diferenciales, hay que tener en cuenta que en la paralísis facial está el ojo abierto, al paso que no sucede esto en la paralísis sintomática de apoplegía.

Pronóstico. La paralísis facial es poco grave cuando es idiopática.

Tratamiento. Cuando es sintomática debe combatirse la enfermedad que la ha producido y la sostiene. Cuando es idiopática, como es la accion del frio la que la produce comunmente y puede determinar fluxiones, se debe empezar el tratamiento por una aplicacion de sanguijuelas detrás de las orejas ó al ano y revulsivos á las extremidades y al tubo digestivo por medio de algun laxante. Al mismo tiempo se darán fricciones con un linimento amoniacal, el bálsamo de Opodeldoc, el aceite de trementina ó la tintura de nuez vómica, y se aplicarán vejigatorios repetidos sobre el sitio de emergencia y trayecto del nervio facial. Al interior se usará el extracto alcohólico de la nuez vómica. La faradizacion es tambien uno de los medios más á propósito para reanimar el movimiento abolido.

PARALÍSIS DEL MÚSCULO SERRATO MAYOR.

Etiología. Sus causas pueden ser una contusion ó dilaceracion del nervio torácico superior, del respiratorio de Bell, una caida sobre el hueco de la axila, la accion del frio húmedo.

Sintomatología. Hé aquí cómo describe esta paralísis Grisolle: «Lo primero que llama la atencion en esta paralísis es la desviacion que experimenta la escápula, que, continuando aplicada á la pared del torax por la contraccion simultánea del serrato mayor y del rombóideo, forma debajo de la piel una eminencia más ó ménos considerable, producida por el borde espinal y por el ángulo inferior. Efectivamente, tirado el homóplato hácia adentro y arriba por el rombóideo, hácia arriba por el angular, hácia abajo por el pectoral menor y por el peso del brazo, experimenta un movimiento de rotacion tal, que el borde interno se vuelve oblícuo de abajo arriba y de dentro afuera; el ángulo inferior, como ya no tira de él hácia abajo y adelante la porcion inferior del serrato, forma debajo de la piel una eminencia de algunas pulgadas, está más inmediato al ráquis y corresponde á veces á la quinta vértebra dorsal, mientras que el del lado opuesto puede hallarse al nivel de la sétima; finalmente, el ángulo externo ó muñon del hombro está más bajo. Tienen los enfermos más ó ménos libertad en los movimientos del brazo y del hombro, pero no pueden ejecutar ninguno de los que exigen la intervencion del serrato mayor, como la abduccion de la escápula, la elevacion del hombro y el movimiento de rotacion del homóplato sobre su eje.»

Curso, duracion y terminacion. La paralísis del serrato mayor sobreviene unas veces repentinamente y otras poco á poco. Esta enfermedad tiene una duracion larga y ordinariamente permanece estacionaria por mucho tiempo. Nunca se obtiene la curacion radical, pero á veces se consigue una mejoría muy notable.

Diagnóstico. No puede confundirse esta enfermedad con una desviacion lateral de la columna vertebral, porque además de estar las apófisis espinosas en su línea natural, se puede volver con facilidad al homóplato á su posicion normal; tampoco puede sospecharse que la deformidad depende de un tu-

mor desarrollado entre las costillas y el homóplato, porque la percusion ó la palpacion nos convencerán de lo contrario. La paralísis del trapecio, una contractura del angular ó del rombóideo que producen un descenso del hombro, no se pueden confundir con la paralísis del serrato mayor, porque estas enfermedades no pueden producir la salida del ángulo inferior del homóplato al mismo tiempo que la depresion del hombro.

Pronóstico. Es grave, por ser completamente incurable esta paralísis.

Tratamiento. Si hay dolores fuertes se aplicarán sanguijuelas, tópicos emolientes y despues los revulsivos, las fricciones estimulantes, los baños simples, aromáticos y sulfurosos y los vejigatorios. Tambien puede acudirse á las aplicaciones eléctricas.

PARALÍSIS MUSCULAR PROGRESIVA ATRÓFICA Ó ATROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la debilitacion indolente de la accion motriz de algunos músculos ó grupos de músculos, á la que se une la demacracion cada vez más graduada de las partes afectas.

Etiología. Esta enfermedad ataca á toda las clases de la sociedad, más á los hombres que á las mujeres; es propia de la edad adulta: á veces es congénita la predisposicion á esta afeccion; en algunos casos parece que se desarrolla á consecuencia de excesivo trabajo muscular: en otros es debida á enfriamientos, pero lo más comunmente no puede averiguarse cuáles sean las causas ocasionales. Las opiniones están divididas respecto á si esta enfermedad consiste en un estado morboso de las raices de los nervios con atrofia consecutiva de los músculos, ó en una afeccion primitiva del tejido muscular; así que, en vista de no hallarse aun resuelta la cuestion de la naturaleza de esta afeccion, la colocamos entre las afecciones paralíticas, atendida la sintomatología.

Sintomatología. El primer síntoma que se nota es una debilidad notable y gradualmente creciente de la fuerza muscular, que aumenta por el cansancio excesivo ó la accion del frio y llega hasta imposibilitar los movimientos. Esta enfermedad empieza casi siempre por las extremidades superiores, sobre

todo la derecha, y principalmente por los músculos de la eminencia tenar, á los que siguen los de la eminencia hipotenar y despues los interóseos; muchas veces se ha visto empezar en los músculos de la espalda y el tronco, en el cuello ó en la region cervical y rara vez en la cara. La debilidad muscular al principio está, como decimos, limitada á un miembro ó una parte de él, extendiéndose y generalizándose despues á toda su extension, no afectando por igual á todos los músculos y respetando algunos; se acompaña en muchos casos de calambres, saltos de tendones y contracciones fibrilares de los músculos afectos. Estas contracciones, que unas veces son muy frecuentes y otras raras, son involuntarias, indolentes la mayor parte de las veces y pasan á menudo desapercibidas para los enfermos, aunque en otras ocasiones son el asiento de una sensacion que varía desde un ligero estremecimiento hasta una violenta convulsion. La torpeza ó debilidad de los movimientos coincide con una demacracion notable de las partes afectas, aunque en algunos casos, segun ha observado Duchenne, la atrofia muscular se une á un aumento de gordura, y solo se caracteriza por la debilitacion de los movimientos. Esta demacracion no es general, afecta tal músculo más bien que tal otro, y á su nivel se nota por la presion cierta blandura en vez de la sensacion de resistencia elástica que dan los músculos sanos. La demacracion produce modificaciones considerables en las partes atrofiadas formándose superficies planas ó casi planas, y aun depresiones donde existian superficies prominentes, y como no es uniforme la demacracion se ven masas musculares que conservan sus formas regulares al lado de otras que están deprimidas, lo que establece un contraste notable. Estas deformidades pueden recaer sobre el conjunto de las diversas regiones del cuerpo ó quedar limitadas en regiones más ó ménos circunscritas.

Otro de los fenómenos notables de esta enfermedad es el cambio de actitud de los miembros y el tronco durante el reposo muscular, pues si atrofiado un músculo ó un haz muscular queda sano su antagonista, destruido el equilibrio de las potencias musculares, los miembros ó el tronco son llevados en la direccion del músculo ó del haz muscular predominante, produciéndose de este modo varias deformaciones; tambien son notables los trastornos de la locomocion durante los movi-

mientos voluntarios, trastornos que recaen unos sobre el movimiento propio que ejerce un músculo ó una porcion de él; los otros sobre la sinergia muscular á que estaban estos músculos llamados á concurrir, así que quedarán abolidos ó debilitados esos movimientos. En algunos casos pueden los enfermos suplir algunos de los músculos que les faltan haciendo obrar instintivamente sus congéneres, pero como los hay que no los tienen, entonces son enteramente imposibles los movimientos á que presiden los atrofiados. Mientras un músculo no ha desaparecido se le puede poner en contraccion por la corriente eléctrica de induccion y estas contracciones tienen una energía proporcionada á la fuerza de la corriente y á la cantidad de sustancia muscular todavía intacta. Si se afectan de la atrofia los músculos que intervienen eficazmente en el desempeño de ciertas funciones importantes para la vida, estas sufren trastorno; así la atrofia de los músculos abdominales dificulta la miccion y la defecacion; la de los músculos del torax, la de los intercostales y del diafragma imposibilita más ó ménos los movimientos respiratorios, lo cual no sucede por lo comun hasta que está bastante avanzada la enfermedad; la atrofia de los músculos que sirven para la masticacion y la deglucion dificulta tambien más ó ménos estos actos de la funcion digestiva. La sensibilidad cutánea se disminuye notablemente, así como tambien, cuando la enfermedad está avanzada, desciende la temperatura dé la parte afecta, cuyo fenómeno, que empieza por ser sensible para el enfermo, se comprueba despues por medio del tacto. Las facultades intelectuales no sufren trastorno ninguno durante todo el curso de la enfermedad, así como tampoco los sentidos.

Curso, duracion y terminaciones. La enfermedad, como hemos dicho, empieza generalmente por las extremidades superiores, y principalmente en la derecha, siguiendo una marcha progresiva, pues apareciendo en los músculos de la eminencia tenar, se extiende sucesivamente en la mano á los de la hipotenar é interóseos dorsales; en el antebrazo, á los supinadores y flexores más bien que á los de la region posterior; en el brazo, al biceps y braquial anterior; en el hombro, á los músculos intrínsecos y estrínsecos, y en particular al deltóides. En el tronco desaparecen al principio el trapecio en su

parte inferior, y despues los rombóideos, los angulares del homóplato, los extensores y flexores de la cabeza. Raras veces empieza la atrofia por los músculos de las extremidades inferiores, en cuyo caso lo hace principalmente en los flexores del pié sobre la pierna y del muslo sobre la pelvis. La duracion puede ser desde algunos meses á un gran número de años. Esta enfermedad no es curable, y puede sobrevenir en ella la muerte por asfixia ó por una ligera afeccion del aparato respiratorio cuando se han interesado los músculos que intervienen en la funcion de la respiracion.

Anatomía patológica. Las lesiones que se han encontrado en el tejido muscular son las siguientes: los hacecillos musculares están en un principio pálidos y adelgazados, no en toda la masa muscular, sino en parte de ella; más adelante se compromete toda y queda constituida por un tejido célulo-fibroso; por último, aparecen grasosos por haber reemplazado á la fibra carnosa la grasa. Con el microscopio se comprueba la disminucion de diámetro de los haces musculares, al mismo tiempo que palidecen las fibrillas carnosas y desaparecen sus estrías trasversales. Conforme desaparecen estas se vácia el sarcolema, y sus paredes se arrugan ó se llenan de vexículas adiposas de nueva formacion. Tambien se han encontrado en las autopsias atrofia de las raices anteriores de los nervios raquidianos, especialmente en la region cervical y dorsal superior; por excepcion se ha encontrado en la sustancia gris de la médula una lesion análoga. Algunos autores han encontrado una alteracion fibro-grasosa en las porciones cervical y torácica del gran simpático y de los ganglios cervicales. En otros casos no se ha encontrado ninguna lesion.

Diagnóstico. Esta enfermedad, en virtud de tener unos síntomas tan marcados, no puede ser confundida por punto general con otra; sin embargo, hay casos en que ofrece dificultad el diagnóstico, como cuando una exagerada gordura impide que se reconozca la atrofia de los músculos, pero entonces la debilidad muscular y los trastornos de la locomocion facilitan el diagnóstico. No puede tampoco confundirse con los casos de paralísis sintomática de afeccion cerebral ó espinal, porque en estas la invasion de la paralísis es repentina ó rápida y ocupa una parte considerable del cuerpo, la atrofia de los miembros afectos es uniforme y muy tardía, la sensi-

bilidad electro-muscular queda abolida generalmente desde luego, y hay síntomas de afeccion de la médula ó del cerebro, mientras que en la atrofia progresiva se presentan los caractéres opuestos. No se confundirá con la paralísis saturnina si se tiene en cuenta que en esta hay antecedentes y síntomas coincidentes de intoxicacion saturnina, la paralísis ataca con preferencia á los extensores de los dedos y está completamente perdida la contractilidad eléctrica. A veces á consecuencia de dolores reumáticos sobreviene la atrofia de los músculos, que no se confundirá con la progresiva porque esta es indolente generalmente, al paso que la atrofia reumática va precedida de dolores más ó ménos violentos, que pueden exacerbarse con los movimientos y la presion.

Pronóstico. El pronóstico es grave, atendido á ser posible en ella las terminaciones funestas que quedan expuestas, y á ser muy rebelde á los medios de tratamiento.

Tratamiento. La terapéutica es casi impotente contra esta enfermedad, y únicamente se ha obtenido algun éxito deteniendo la marcha de la enfermedad cuando solo están atrofiados los músculos y no han sufrido aun la trasformacion grasosa: en este caso aconseja el profesor Duchenne que se empleen aparatos de mucha fuerza, se usen intermitencias rápidas y no exceda cada aplicacion de ocho ó diez minutos. Al propio tiempo se prescribirán los tónicos y un régimen reconstituyente, y durante el tiempo en que se deja de emplear la faradizacion se usarán los baños de aguas sulfurosas naturales, como las de Arenosillo, Arteijo, Buyeres de Nava, Carratraca, Esparraguera, Grávalos, Molar, Ontaneda, Paracuellos de Giloca y Paterna, ó las sulfurosas artificiales.

APOPLEGÍA NERVIOSA.

Definicion. Con este nombre, aunque impropio, pues el nombre de *apoplegía* debe reservarse exclusivamente á la sanguínea, se han descrito varios casos en que ha sobrevenido de repente una paralísis completa, sin que exista ninguna lesion encefálica apreciable capaz de explicar estos accidentes graves.

Etiología. Se presenta como efecto de causas debilitantes, de fuertes dolores, de pasiones de ánimo, de excesos en el estudio. Tambien suele presentarse en los hipocondriacos, en las histéricas y en los niños. Una constitucion débil y un temperamento nervioso exagerado predisponen á padecerla.

Sintomatología. Esta enfermedad, que suele ir precedida de entorpecimiento de los sentidos, vértigos, pesadez en las articulaciones y temblores, se caracteriza por la pérdida del sentimiento y movimiento, palidez de la piel, frialdad más bien que calor, pulso pequeño y fácil de comprimir. El diagnóstico de esta enfermedad se facilitará atendiendo á la constitucion y temperamento del enfermo, así como á sus enfermedades anteriores.

Tratamiento. Debe consistir en un método excitante antiespasmódico; por lo tanto están indicados la valeriana, el árnica, el espíritu de asta de ciervo sucinado, los castóreos, la asafétida en emulsion y al mismo tiempo los rubefacientes á las extremidades inferiores, las lavativas de asafétida y las estimulantes. Tambien es útil un vejigatorio á la nuca. Al mismo tiempo se debe investigar la causa que ha desarrollado el estado nervioso que produce la enfermedad para combatirle con los medios apropiados.

NEUROSES DE LA INTELIGENCIA.

Compréndense bajo este nombre todas aquellas enfermedades en que se hallan desarregladas las funciones intelectuales, sin que una lesion material del encéfalo pueda explicar este desarreglo. Las funciones intelectuales pueden estar, ya pervertidas en su esencia de un modo completo ó parcial, ya debilitadas gradualmente y destruidas, ya incompletamente desarrolladas desde el nacimiento. En el primer grupo pueden colocarse la locura y sus diversas variedades, en el segundo la demencia y en el tercero la imbecilidad y el idiotismo.

LOCURA.

Definicion. La locura es, segun Esquirol, una afeccion cerebral comunmente crónica, sin calentura y caracterizada por

desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad.

Etiología. Hay cierta oscuridad en la etiología de la locura; sin embargo, se sabe que es rara en la infancia, más comun de los 20 á 30 años y mucho más desde esta edad á los 40 años, disminuyendo progresivamente hasta la vejez; la herencia es tambien una de las causas predisponentes más poderosas, siendo más fácilmente trasmisible la de la madre, especialmente á las niñas, al paso que á los niños se trasmite más la del padre. Un temperamento nervioso, irritable, el apocamiento de ánimo, la originalidad de carácter, la imaginacion exaltada, una educacion viciosa por defecto ó mala direccion, el celibato, predisponen tambien á padecer la locura. La aparicion ó cesacion del flujo ménstruo, la preñez, los excesos de todos géneros, la violencia de las pasiones, los pesares, las vicisitudes de la fortuna, las revoluciones políticas son causas que pueden favorecer poderosamente el desarrollo de la locura. Son tambien determinantes de la locura las contusiones del cráneo, la insolacion, la accion de un frio intenso, las vigilias, los estudios excesivos y ciertas enfermedades agudas, como la erisipela de la cara, la pulmonía y la calentura tifoidea. Asimismo la epilepsia es una causa muy frecuente de la locura.

Sintomatología.—*Caractéres generales.* Las funciones intelectuales están á veces trastornadas de un modo general, en que las concepciones son delirantes é incoherentes, sin que funcionen de modo alguno la memoria, la atencion, el juicio y la conciencia; pero estos trastornos generales son bastante raros comparados con las alteraciones parciales de la inteligencia; así que se ven sucederse con rapidez mayor ó menor, ideas erróneas, falsos juicios, concepciones extravagantes con ideas justas, juicios sensatos y concepciones razonables, constituyendo una mezcla extraña de razon y de delirio. Unas veces ponen los enajenados en juego su atencion, otras veces es imposible conseguir que la fijen sobre cualquier objeto; unos conservan la memoria de lo pasado, otros lo han olvidado todo; muchos conservan tambien la memoria del presente; los juicios que forman son á veces discordantes, asociando los objetos y las ideas más opuestas; es raro que conozcan su estado, y por muy extravagantes que sean sus acciones y palabras se

consideran como cuerdos. En algunos se observan actos completamente automáticos; así que lloran, gritan ó rien, sin más objeto que llorar, gritar y reir, sin que la voluntad domine estos actos, sino que los ejecutan por un impulso irresistible; sus afecciones morales están más ó ménos profundamente desarregladas, presentándose ya pervertidas, ya abolidas por completo, hasta el punto de ver con indiferencia ó aun aborrecer á sus propios parientes y amigos. Muchos se entregan á acciones vergonzosas, que no están de modo alguno en relacion con los antecedentes de educacion de los sugetos que las ejecutan. Los enajenados sufren alucinaciones, falsas sensaciones ó ilusiones sensoriales.

Las alucinaciones, ó sean sensaciones producidas sin excitacion exterior, pueden presentarse en todos los sentidos; así que oyen voces misteriosas se creen en comunicacion con séres imaginarios, de los que oyen ó sus consejos, ó sus injurias, ó sus mandatos; otros les parece ver personas ó cosas ausentes, á Dios, á los santos, al demonio, etc.; otros perciben olores y sabores ya gratos, ya ingratos, que no existen realmente; algunos creen que andan cuando no se mueven, les parece que les castigan sus enemigos, que un animal los roe ó los devora ó que cualquiera se entretiene en atormentarlos; sin embargo, estas alucinaciones del olfato, del gusto y del tacto son más raras que las del oido y la vista, las que pueden presentarse reunidas ó separadas. Las falsas sensaciones se refieren á padecimientos ó necesidades reales de los enfermos, como los dolores, las hemorroides, las enfermedades de la matriz, etc., que les hace suponer la existencia de animales en la cabeza, pecho, matriz, etc., así como el apetito venéreo hace nacer los ensueños de los incubos y los sucubos. Las ilusiones son tambien muy variables; en un ruido cualquiera creen percibir la voz de un amigo ó de un enemigo; en un objeto cualquiera, en una persona creen ver objetos ó personas completamente distintas, pero al gusto de las ideas dominantes del enajenado; las cosas más sucias les parece un manjar delicioso, que comen con avidez; los olores más ingratos los aspiran con deleite. Muchos se engañan acerca del tamaño, forma y peso de los cuerpos, y otros se creen trasformados en animales. La motilidad presenta en algunos enajenados trastornos particulares, de los que los más principales

son los siguientes: agitacion contínua ó pasajera, movimientos raros ó desordenados, gestos, temblores parciales ó generales, contracturas, convulsiones ó paralísis. La sensibilidad está por lo general intacta, aunque en otros casos está disminuida ó pervertida. Muchos enajenados tienen insomnio, ó bien sueño corto y agitado. No hay calentura, pero el pulso está algo frecuente. El apetito es variable, natural, disminuido ó aumentado hasta la voracidad; algunos rehusan el comer á consecuencia de concepciones delirantes; la mayor parte de las veces hay alternativas de extreñimiento y diarrea; por fin tambien existe un marasmo general ó una obesidad más ó ménos pronunciada.

Formas de la locura. La locura presenta diversas formas, que vamos á dar á conocer para completar la sintomatología.

Monomanía. Se dice que existe esta cuando el delirio versa sobre una idea sola ó un solo corto número de ellas; pero con predominio de una, que en el caso de ser triste se llama *lipemanía* ó *melancolía*. Los monomaniacos en quienes predomina una idea alegre tienen sus facciones animadas y expresivas, los ojos vivos y á veces inyectados, están alegres, tienen una notable vivacidad, son atrevidos y hacen mucho ejercicio. Unos se creen ricos y poderosos, príncipes, monarcas, papas, etc. (*monomanía ambiciosa*); así como tambien los más sobresalientes en una ciencia ó arte, tomando en su consecuencia un continente orgulloso y cierto aire de superioridad; otros están tierna y apasionadamente enamorados, haciéndose la ilusion de ser correspondidos (*erotomanía*); otros, por el contrario, tienen deseos venéreos excesivos y siempre están diciendo palabras obscenas y haciendo gestos provocativos (*satiriasis* en el hombre y *ninfomanía* en la mujer). Los monomaniacos en quienes predomina una idea triste, es decir, en los que hay *lipemanía* ó *melancolía*, siempre están tristes, son tímidos, desconfiados y buscan la soledad; su cara tiene por lo comun un tinte pálido ó amarillento; su fisonomía contraida, sus ojos fijos ó inquietos; están habitualmente inactivos; sus funciones se ejercen con lentitud; ya están poseidos de un gran terror (*panofobia*); ya están atormentados por escrúpulos religiosos sobre su vida pasada ó se creen en comunicacion con Dios ó ven apariciones celestes (*monomanía religiosa*); ya se creen condenados y en poder del demonio (*demonomanía*); ya tienen una inclinacion irresistible al suicidio (*monomanía suicida*). Otros hay que en lugar de matarse matan á otro (*monomanía homicida*), unas veces sin pasion ni motivo alguno, por una tendencia irresistible á su voluntad, y otras arrastrados por una idea delirante. Otros en lugar de matar roban, incendian, destruyen y cometen varios crímenes, ya instintivamente, ya fundados en falsas razones. La *nostalgia* ó amor exagerado al país en que uno ha nacido, y que produce tristeza cuando se está ausente de él, puede considerarse como una variedad de lipemanía.

Manía. La manía se distingue por existir un delirio general sin predominio de ninguna idea; en un principio los maniacos solo están agitados y habladores; son indiscretos y caprichosos; mas adelantado el trastorno intelectual, su atencion en nada se fija, la memoria es confusa, las ideas son rápidas, falsas é incoherentes, hablan con rapidez y sus palabras sueltas no representan sino imágenes confusas; no tienen voluntad; pasan en un momento de la tristeza á la alegría, de la cólera á la risa; gritan, cantan, vociferan, gesticulan y se entregan á toda especie de violencias; parecen poco sensibles al frio, al calor, y aun á los dolores fuertes; no duermen, ó duermen poco y agitados; algunos están en contínuo movimiento y se entregan á los ejercicios más violentos y desordenados sin manifestar el menor cansancio; tienen alucinaciones; así que toman unas personas por otras, unos objetos por otros; oyen voces que no existen y que les aconsejan, insultan ó mandan; su gusto está pervertido; exageran sus sensaciones internas; unas veces su exaltacion es pacífica, otras son presa del ódio, de la venganza y del furor; por lo general pierden todo sentimiento de pudor y delicadeza. Generalmente no hay calentura, y solo se nota aceleracion del pulso. Hay, sin embargo, algunos maniacos que, aunque deliran entregados á sí mismos, si se les llama la atencion hablan con juicio sobre diferentes materias, aunque por poco tiempo. Esta variedad de manía ha sido llamada *razonadora*.

Demencia. Se da este nombre á la debilidad ó abolicion más ó ménos completa de las facultades intelectuales, afectivas ó sensitivas. Es generalmente consecutiva á las formas precedentes, aunque á veces es primitiva; procede ya de los progresos de la edad, ya de cualquier clase de excesos, de los

excesivos trabajos de cuerpo y espíritu; á veces de los pesares y privaciones; en otras ocasiones es tambien consecutiva á una alteracion material orgánica del cerebro y sus dependencias. La demencia presenta muchos grados, no consistiendo á veces en su principio más que en una lentitud y pereza de las funciones intelectuales, principalmente de la memoria, que cada vez es menor. Una vez confirmada la demencia, los enfermos están pálidos, tienen las pupilas dilatadas, la mirada incierta, la fisonomía inmóvil y sin expresion. Respecto á sus facultades intelectuales, los dementes «tienen poca atencion, memoria confusa de lo pasado, nula de lo presente; comparacion falsa y disparatada; sus ideas se suceden sin ilacion ni motivo; parece que tienen en la cabeza una porcion de cuentos extravagantes; vierten sus pensamientos como si obedeciesen á cierto impulso voluntario. Además no hay pasiones, deseos, esperanzas, ódios; todo les es desconocido ó extraño.» Generalmente están tranquilos, rien ó lloran sin motivo, duermen generalmente bien, comen mucho, están bien nutridos. La mayor parte tienen de vez en cuando algo de excitacion, pero no tardan en volver á su primitivo estado. Con frecuencia acompaña á la demencia la paralísis general despues de diversos trastornos de la motilidad.

Curso. En algunos casos la locura se desarrolla de repente, pero generalmente lo hace de un modo lento y gradual, habiendo una especie de período de incubacion durante el que sobrevienen diversos cambios en el carácter y costumbres del sugeto, aunque generalmente goza de buena salud, y solo algunos se quejan de cefalalgia y más particularmente de insomnio. Una vez declarada la enfermedad, casi siempre sigue un curso contínuo, aunque algunas veces presenta remisiones y exacerbaciones por lo comun irregulares. Por fin la locura puede ser intermitente, y Esquirol la admite que puede ser cotidiana, terciana, cuartana, mensual y anual.

Duracion y terminaciones. Cuando la enfermedad se cura, tiene una duracion variable, que, segun Georget, es de dos años; segun Pinel, de cinco meses para la manía y seis para la lipemanía, y segun Esquirol, de un año poco más ó ménos. La curacion rara vez se verifica de repente á consecuencia de una emocion viva, de la aparicion de las reglas, del parto, etc., pues casi siempre es lenta, disminuye en los enajenados el número de sus ideas falsas, piensan en sus parientes y amigos, conocen su estado, duermen, y por fin vuelven poco á poco á su estado fisiológico. La convalecencia es lenta y puede durar algunas semanas ó muchos meses; durante ella conservan algunos enfermos tristeza, irritabilidad y extravagancias en su carácter, siendo en semejantes circunstancias muy frecuentes las recidivas. Otra terminacion bastante comun de la locura es su paso al estado crónico y luego á la demencia. La locura generalmente no ocasiona la muerte; esta sobreviene á consecuencia de algun accidente, de alguna enfermedad intercurrente ó como consecuencia de la paralísis general.

Complicaciones. La más frecuente de todas es la paralísis general, que tambien puede preceder á la enajenacion. Esta paralísis tiene su mayor frecuencia de los 35 á los 50 años; es más comun en la clase elevada que en la media, y en la ciudad más que en el campo. Lo primero que se observa es que los enfermos tienen entorpecida la palabra; la fuerza de los miembros va disminuyendo; tienen un andar vacilante, poca seguridad en los movimientos de los brazos y excretan la orina con dificultad; esta paralísis sigue haciendo progresos hasta completa impotencia. Muchos tienen convulsiones epilépticas, y la mayor parte escaras en el sacro. El curso y duracion de estas paralísis es variable. Las enfermedades incidentales que sobrevienen en los enajenados se asemejan á las mismas en los sugetos sanos, sucediendo únicamente que la locura produce modificaciones en los síntomas, curso y terminacion. Estas enfermedades incidentales son unas veces diversos accidentes del sistema nervioso, como congestiones cerebrales, movimientos convulsivos, ataques de epilepsia y de histerismo; otras veces son afecciones extrañas al sistema nervioso, como tísis pulmonares, pulmonía, pleuresía crónica, pericarditis, etc., y con mucha frecuencia la colitis crónica, que segun Calmeil se presenta en la mitad de casos.

Anatomía patológica. En muchos enajenados no ha descubierto la autopsia lesion ninguna apreciable de los centros nerviosos, y en los casos en que se han hallado estas no hay una sola que no se encuentre tambien en enfermos no enajenados, ni hay tampoco una sola que sea constante; por esta razon nos limitaremos á hacer una enumeracion de las lesio-

nes encontradas en los enajenados. Con frecuencia se encuentran diversas lesiones de las meninges, como inyeccion, engrosamiento, adherencias de las mismas entre sí ó con el cerebro; falsas membranas é infiltraciones de sangre ó serosidad en dichas membranas; osificaciones de la aracnóides; concreciones poliposas en el seno longitudinal; congestiones sanguíneas del cerebro; hipertrofia cerebral en unos casos, atrofia de las circunvoluciones en otros; hidropesía de los ventrículos con ó sin dilacion; induracion ó reblandecimiento, ya general, ya parcial, del cerebro; diversas alteraciones de la glándula pineal; decoloracion de la sustancia gris del cerebro, ora general, ora parcial.

Diagnóstico. La locura se distingue de las flegmasías meníngeas y cerebrales y del delirio sintomático en que no se acompaña de calentura, en que tiende el delirio á agravarse y persistir, en que faltan los síntomas de una enfermedad anterior que los explique, y en que no se han debilitado las fuerzas. Para conocer si un enfermo está loco, es necesario investigar sus antecedentes, sus hábitos y costumbres, interrogar á las personas que viven con él sobre sus actos diarios, observar su fisonomía y su actitud; se le llamará la atencion sobre varios objetos para saber cómo la ejerce; se observará si tiene memoria de cosas pasadas ó de las presentes; se procurará que compare y juzgue de las relaciones de los objetos; se investigará con prudencia y sagacidad cuáles son sus deseos, necesidades y proyectos; se le recordarán ciertos hechos, ó se le hablará del presente ó del porvenir, á ver qué impresion ejercen nuestras palabras sobre su moral. Si despues de recogidos todos estos antecedentes no podemos fijar nuestro juicio, se le someterá por espacio de algunos dias á una observacion minuciosa para no diagnosticar de ligero.

Pronóstico. La locura es una enfermedad grave, pero lo es más cuanto mayor es la edad del enajenado; más antigua es, cuando es hereditaria, cuando hay paralísis, cuando existen antecedentes de excesos alcohólicos y venéreos y de epilepsia. La demencia es la más grave, y despues la lipemanía, la monomanía y la manía, que es la que cura más pronto.

Tratamiento. En el tratamiento de la locura se emplean dos clases de medios, que son los morales y los físicos. El aislamiento es el medio más indispensable en el tratamiento de esta

afeccion, pues aun en los casos más sencillos no hay que esperar la curacion si se deja al enfermo expuesto á las afecciones de familia, á los intereses y trabajos que han favorecido el desarrollo de la enfermedad. Debe manifestarse á los enfermos mucho interés, benevolencia y afecto para captarse su confianza, y segun el carácter de ellos halagar á unos, lisonjear á otros, imponerse á estos, engañar á aquellos; en fin, sacar partido con sagacidad de los antecedentes que se tengan de los gustos del enfermo, de sus relaciones de familia, de las causas probables de su enfermedad y objetos sobre que versa su delirio para combatir moralmente la enfermedad. El tratamiento moral se compone además del trabajo manual bien ordenado, de las distracciones de todo género, como los viajes, los paseos, los juegos y la música.—Respecto al tratamiento físico ó médico no pueden establecerse reglas absolutas, aunque el medio más útil en la mayoría de los casos es el baño tíbio prolongado y repetido con frecuencia; sin embargo, á algunos enfermos les prueban mejor los baños frescos. La sangría convendrá cuando haya que combatir alguna congestion cerebral ú otras complicaciones, ó en los casos en que se quiera restablecer una hemorragia constitucional suprimida. Los eméticos y purgantes no deberán emplearse sino cuando haya una verdadera indicacion. Los antiespasmódicos y narcóticos se han administrado en la locura; pero solo el ópio puede ser de alguna utilidad cuando hay necesidad de calmar un dolor ó producir el sueño. Cuando haya debilidad serán útiles los tónicos y ferruginosos. Los revulsivos estarán tambien indicados en algunos casos cuando se trate de combatir alguna complicacion ó hacer una derivacion. Cuando la locura es intermitente está indicada la quina. Contra las alucinaciones alaba Moreau el estramonio á la dósis de 10 á 20 centígramos, aumentando hasta 30 en una pocion. En una palabra, no hay un tratamiento farmacológico especial contra la locura, sino que se deben ir llenando las indicaciones que se vayan presentando con arreglo á los preceptos generales de la terapéutica.

HIPOCONDRÍA.

Definicion. Es una neurose de la inteligencia en que hay una preocupacion excesiva de la salud, ya que el enfermo se imagine tener una enfermedad que realmente no existe, ya exagere la importancia ó gravedad de sufrimientos ó lesiones reales.

Etiología. Entre las causas pueden contarse la herencia, la edad de 35 á 45 años, el sexo masculino más que el femenino, los excesos venéreos de todo género, el celibato, el temperamento nervioso, la ociosidad, la lectura de libros de medicina por personas extrañas á ella, los digustos continuados, los estudios abstractos, ciertas enfermedades, y especialmente las gastro-intestinales y las de los órganos génito-urinarios, y el trato con los hipocondriacos por personas predipuestas á padecer la enfermedad.

Sintomatología. La hipocondría se desarrolla por lo general de un modo lento, sintiendo los sugetos al principio inquietud por su salud, aunque están completamente sanos; esta inquietud no es permanente en los primeros tiempos, dejándoles algunas épocas completamente tranquilos; pero cada vez se repiten y prolongan más estos temores y se creen afectados de tal ó cual enfermedad; lo cual les induce á observar su pulso, su lengua, sus deposiciones, su orina y todas sus funciones; leen las obras de medicina, consultan á médicos y curanderos, y hoy se creen presa de los prodromos de un ataque de apoplegía, mañana de un cáncer ó una úlcera del estómago, al otro de una lesion orgánica del corazon, de una tísis ó cualquier otro padecimiento siempre grave. Los órganos que más llaman la atencion de los hipocondriacos son los digestivos, despues los respiratorios y circulatorios, y algunos, aunque en corto número, se creen atacados de alguna enfermedad de los órganos génito-urinarios. Cuantos más progresos hace la hipocondría más erróneo es el juicio del enfermo sobre el estado de su cuerpo, y no hay razonamiento ninguno que pueda convencerle de que está sano. A fuerza de creerse enfermos y de concentrar su accion sobre algun órgano, llegan más ó ménos tarde á experimentar verdaderos trastornos funcionales en el órgano sobre que dirigen su

atencion, como por ejemplo, á hacer difícil y lentamente las digestiones, tener dispepsia ó algun otro accidente de neuroses del estómago. En algunos casos, y principalmente en aquellos en que realmente hay un órgano enfermo, se fijan en una dolencia determinada y no varían tanto en la apreciacion de la enfermedad que les aqueja, pero exageran las sensaciones que experimentan, ya por el temor que tienen, ya porque se convencen de que el médico da poca importancia á sus quejas, y de este modo piensan llamar más la atencion sobre su padecimiento. Lo notable en esta enfermedad es que á pesar de sus quejas y pretendidos padecimientos, no solo tienen la apariencia de una excelente salud, sino que continúan ocupándose de sus negocios y cuidando de sus intereses y de los de su familia; sin embargo, en los grados intensos de la enfermedad pierden el interés por todo lo que no se refiere á su salud, descuidan sus negocios é intereses, adelgazan y toman un aspecto caquéctico, desarrollándose trastornos digestivos y anomalías en las secreciones.

Curso duracion y terminaciones. El curso de la hipocondría es crónico, pero se suelen observar en él exacerbaciones por las emociones morales, las pasiones tristes, la vista de personas enfermas, etc., y remisiones por las distracciones de un viaje, las de los negocios, las de una pasion, etc. La duracion puede ser de toda la vida; pero algunas veces es más corta, terminando por la curacion, aunque es enfermedad muy expuesta á las recidivas. Aunque la terminacion por la muerte es un caso excepcional, puede ocurrir á causa de la consuncion y el marasmo.

Diagnóstico. No puede confundirse la hipocondría con ninguna otra enfermedad real, pues los síntomas aquejados por los hipocondriacos no guardan relacion con los de las enfermedades de que se creen atacados, además de que todos tienen las apariencias de una buena salud. No se confundirá tampoco con la lipemanía, porque en los hipocondriacos las ideas tristes versan sobre su salud, temen morirse y se dedican á sus ocupaciones, al paso que en los lipemaniacos sus ideas tristes versan sobre varios objetos, no están en aptitud de ocuparse de sus negocios, piden la muerte y muchas veces atentan contra su vida.

Pronóstico. La hipocondría por lo general no es grave por

sí; sin embargo, lo es si se tiene en cuenta lo que atormenta al paciente, á las consecuencias que á la larga puede traer y á que á veces es originada por verdaderas lesiones.

Tratamiento. Nada se consigue queriendo hacer ver á un hipocondriaco que su enfermedad es imaginaria; hay que averiguar ante todo si la neurose es simple ó está complicada con una alteracion funcional ú orgánica, en cuyo último caso lo primero de todo es combatir por medio de los agentes farmacéuticos las complicaciones, y despues de curadas estas, atacar la hipocondría por un tratamiento moral en que el médico se ganara la voluntad del enfermo, haciendo que cree en sus males imaginarios y asegurándole que le curará por ser su enfermedad fácil de dominar. Además se le colocará en buenas condiciones higiénicas respecto á su moral, se le prescribirá el paseo á pié ó á caballo, se le aconsejará que se dedique á diversos ejercicios manuales, segun sea su inclinacion, y á los gimnásticos enérgicos, que juntos con los baños frios son de mucha utilidad. Los viajes son tambien muy útiles.

IDIOTISMO.

Definicion. «Es un estado congénito, que consiste en la falta ó incompleto desarrollo de las facultades intelectuales, morales y afectivas.»

Division. En el idiotismo se coloca á los *imbéciles* y á los *idiotas* propiamente dichos, á los que Grisolle añade los *crelinos*.

Etiología. Nada se sabe de positivo acerca de las causas del idiotismo, por más que se hayan supuesto algunas.

Imbecilidad. Los imbéciles son por lo regular bien conformados, y su organizacion difiere poco de la normal; gozan de las facultades intelectuales y afectivas, pero en menor grado que el resto de los hombres y con varios grados, lo que ha dado lugar á que Hoffbaner haya hecho de ellos cinco categorías. 1.ª «Los que no pueden juzgar de objetos nuevos, sino de aquellos que les son familiares, teniendo por lo mismo muy limitada la atencion y la memoria. 2.ª Los que confunden lo pasado con lo presente, á una persona extraña con la que conocen, y olvidan tiempos, lugares y circunstancias. Hay en ellos poca atencion, poquísima memoria y comparacion rudimentaria. 3.ª Los que solo pueden hacer cosas que no exigen reflexion, sienten la superioridad de los demás, se inclinan á las prácticas devotas y les faltan la memoria y la comparacion. 4.ª Los que tienen el entendimiento completamente comprimido con una insensibilidad profunda; estos están exentos de toda facultad intelectual. 5.ª Los que carecen de inteligencia, tienen apagadas las facultades del alma, no sienten pasion ni deseo alguno y comen como un bruto.» Los imbéciles son por lo comun tercos; violentos y sucios; algunos aprenden á leer, escribir, ó un oficio; pero siempre es limitada su instruccion.

Idiotismo. En los idiotas son nulas ó casi nulas las facultades intelectuales y morales, y á veces faltan tambien los instintos más necesarios para la conservacion de la vida. Los idiotas tienen generalmente una constitucion afeminada; muchos son raquíticos, epilépticos ó paralíticos; su cabeza es desproporcionada por lo grande, ó por el contrario, pequeña; en el primer caso, el cráneo es voluminoso y la frente prominente; en el segundo, la cara es ancha y aplastada, los labios gruesos y caidos, los ojos ó vivos y azorados, ó sin expresion; las facciones insignificantes; la sonrisa estúpida; el cuello es voluminoso, ya corto, ya excesivamente largo; la talla es corta y deforme; la columna vertebral está desviada ya en un sentido, ya en otro. En cuanto á sus facultades, regularmente son mudos, y si pronuncian algunas palabras, lo hacen imperfectamente; su sensibilidad es por lo comun obtusa; son tímidos; carecen de deseos, necesidades y sentimientos, así que no tienen ni amor, ni ódio; muchos comen solos, pero lo hacen con voracidad y sin limpieza; á otros hay que darlos de comer, vestirlos y desnudarlos.

Cretinismo. El cretinismo es una forma del idiotismo, que se acompaña de algunas deformidades exteriores, y principalmente del *bocio* ó hipertrofia del cuerpo tiróideo.

Duracion y terminaciones. Tanto el idiotismo como la imbecilidad son incurables, con la diferencia de que los idiotas mueren jóvenes y los imbéciles pueden llegar á una edad muy avanzada.

Diagnóstico. En algun tiempo se ha confundido el idiotismo con la demencia; pero esta confusion es imposible, atendido á que el idiotismo es la falta congénita de las facultades

intelectuales y afectivas, y la demencia es la disminucion ó abolicion de estas mismas facultades despues de desarrolladas.

Pronóstico. El idiotismo é imbecilidad son dos estados graves, en atencion á que no son curables.

Tratamiento. Aunque este estado es incurable, puede aliviarse la suerte de los desgraciados idiotas dándoles un buen alimento, teniéndolos limpios, obligándolos á hacer ejercicio y procurando mejorar en lo posible su estado intelectual por medio de la educacion.

VÉRTIGOS.

Definicion. El *vértigo* consiste en una percepcion errónea y pasajera, en el que los objetos que están quietos parece que giran alrededor del enfermo, ó en una falta de equilibrio que obliga á buscar un punto de apoyo para evitar una caida, la cual se verifica algunas veces. Cuando hay vacilacion y oscurecimiento de la vista, se le conoce con el nombre de *vértigo tenebricosa*, y cuando hay pérdida del conocimiento con el nombre de *vértigo caduca*.

Etiología. El vértigo puede ser producido por una congestion ó una anemia del cerebro; tambien se presenta en otras afecciones cerebrales ó meníngeas, en la convalecencia de las fiebres graves, en las afecciones del centro circulatorio con éxtasis sanguíneo á la cabeza, en las enfermedades de los órganos respiratorios con gran disnea, en ciertas enfermedades de los órganos digestivos, y sobre todo en la dispepsia estomacal, la indigestion, el empacho gástrico, la presencia de entozoarios en los órganos digestivos, y el extreñimiento. Tambien se produce en ciertas intoxicaciones, la gota, la enfermedad de Brigth y la anemia. Igualmente puede ser producido por las mismas causas que todas las enfermedades nerviosas.

Sintomatología. Al enfermo le parece ver girar con rapidez á su alrededor los objetos que están quietos, ó que estos se mueven ya de arriba abajo, ya de abajo arriba; á veces los ve duplicados ó de un color distinto del que tienen; en ocasiones se oscurece la vista. Hay zumbido de oidos, y algunos enfermos experimentan un mareo con náuseas y vómitos. A veces parece que no pueden sostenerse, vacilan y tienen que apoyarse para no caer, ó efectivamente se caen; en algunos casos pierden el conocimiento. El vértigo es muy raras veces contínuo.

Se han admitido por los autores un *vértigo inflamatorio* ó producido por la plétora y determinado por las causas que la originan, y se acompaña por lo regular de pesadez de cabeza, rubicundez de la cara, dolor en la region lumbar y extreñimiento; un *vértigo reumático* ó *catarral*, que se presenta á consecuencia de cambios bruscos de temperatura y va precedido ó acompañado de dolores en los miembros ó afecciones catarrales; un *vértigo gástrico* ó *estomacal*, que va precedido ó acompañado de trastornos gástricos, dispépticos ó de otra índole: un *vértigo artrítico* ó *goloso* unido con la cefalea y postracion de fuerzas; y un *vértigo nervioso*, que es producido por el terror, la inanicion, las vigilias, las pasiones, etc., y se acompaña de excrecion de orinas claras, eruptos nidorosos y otros trastornos nerviosos. Además se han admitido otras especies de vértigos, cuya denominacion la han recibido de la causa que los determinan.

Pronóstico. El del vértigo es variable, segun la causa que le produzca, su mayor ó menor persistencia y la edad de los enfermos.

Tratamiento. Hay que averiguar la causa que produce el vértigo para combatirla; además los enfermos expuestos al vértigo deben salir siempre acompañados de otra persona y no ponerse en sitios de donde puedan caer. Cuando el vértigo es inflamatorio y permanente se recurre á las emisiones sanguíneas generales ó las aplicaciones de sanguijuelas á las mastóides ó al ano, los pediluvios y los laxantes ligeros. Cuando el vértigo es reumático ó catarral se emplearán los sudoríficos como el acetato de amoniaco líquido, la infusion de flor de sauco y la resina de guayaco. Cuando el vértigo es gástrico se investigará la causa del trastorno digestivo para tratarla convenientemente, y si es dispéptica produce buenos efectos, segun el profesor Trousseau, el tomar por la mañana en ayunas una taza de una maceracion de 2 gramos de cuasia amarga, y despues de cada una de las dos comidas principales y por la noche al acostarse un papel de unos polvos compuestos de 1 gramo de bicarbonato de sosa, 2 de creta prepa-

rada y 1 de magnesia, que se dividen para tres dósis. Estos polvos se toman cinco ó seis dias seguidos, y despues, por espacio de ocho dias, se usan aguas minerales alcalinas para volver á usar los polvos despues. Cuando el vértigo proviene de languidez del estómago, se emplea una buena alimentacion y los amargos. Si el vértigo es artrítico se emplean los baños calientes, los sudoríficos, y se mantendrá el vientre libre. En el vértigo nervioso se recurre al éter sulfúrico alcoholizado, el sucino, la asafétida, la valeriana, los tónicos como la quina y los ferruginosos.

NEUROSES COMPLEXAS.

Definicion. Las neuroses complexas son aquellas en que á la vez se suspenden ó perturban las funciones intelectuales, el sentimiento y el movimiento.

Caractéres. Interesan todo el sistema nervioso; se trasmiten con más seguridad por la herencia que las demás; son habituales; se manifiestan por ataques periódicos, generalmente regulares; son comunmente crónicas y refractarias á todo tratamiento; no comprometen la vida, como no sea entorpeciendo la circulacion en las principales vísceras; pero su repeticion da lugar al reblandecimiento del cerebro ó la médula y á la hipertrofia del corazon.

Tratamiento. Estas enfermedades conviene combatirlas durante el ataque con los medios indicados para contenerlas, y despues establecer el plan conveniente para modificar el estado nervioso que las constituye, aunque no hay seguridad de conseguir la curacion de las mismas.

EPILEPSIA.

Definicion. Es una neurose esencialmente caracterizada por accesos de corta duracion, ordinariamente convulsivos, y siempre acompañados de pérdida del conocimiento y la sensibilidad.

Etiología. Es enfermedad bastante comun y se desarrolla

por influencia de una predisposicion individual hereditaria el mayor número de veces; las mujeres la padecen con más frecuencia que los hombres; ataca á todas la edades, aunque es ménos frecuente en la vejez. Son causas predisponentes y tambien ocasionales las pasiones tristes, el trabajo intelectual excesivo, el abuso de los alcohólicos y de los placeres venéreos, especialmente el onanismo. Entre las causas ocasionales ninguna tiene más fuerza que un terror súbito aun cuando se experimente durante el sueño. En algunos casos depende de una lesion material del encéfalo.

Sintomatología. Casi siempre empieza la enfermedad de repente, pero en algunos casos va precedida la enfermedad de prodromos, como son: cambio en el carácter y costumbres del enfermo, soñolencia ó insomnio, vértigos, cefalalgia, calambres, signos de iminencia ó congestion cerebral ú otros trastornos nerviosos. Otras veces hay un signo prodrómico de más importancia, al que se ha llamado *aura epiléptica*, que consiste en una sensacion variable y completamente especial de dolor, prurito, adormecimiento, frio, calor, que de pronto se desarrolla en un dedo del pié ó de la mano, en un miembro ó en un punto cualquiera del tronco ó de la cara que sube inmediatamente al cerebro y es seguida inmediatamente del ataque. Existan ó no prodromos, el ataque se presenta siempre de repente; pero unas veces solo quedan aturdidos los enfermos y otras á la pérdida del conocimiento se agregan movimientos convulsivos. De aquí resultan dos formas, que son: el vértigo epiléptico y la epilepsia propiamente dicha, que presentan una fisonomía distinta, como vamos á ver.

Vértigo epiléptico. Esta forma, que tambien se conoce con los nombres de *aturdimiento epiléptico*, *epilepsia incompleta* y *pequeño mal*, varía tanto en su manifestacion segun los individuos, que es imposible hacer una descripcion general de él. Las más veces el sugeto pierde el conocimiento, cae ó se sienta; su cara se pone pálida é inmóvil; los ojos fijos y huraños, ó bien hay algun ligero temblor de los miembros superiores ó de la cara. Permanece así algun tiempo, al cabo del que se anima poco á poco y se levanta como atontado. Algunos recobran prontamente su razon y continúan la conversacion que tenian comenzada sin conocer que la han interrumpido. Otros tienen algunos movimientos convulsivos, ejecu-

tan actos desordenados y pronuncian palabras incoherentes. Raras veces se observa que algunos individuos que por una fuerza irresistible se ven obligados á correr hácia adelante ó hácia atrás y despues caen sin conocimiento para volverse á levantar en seguida como atontados. Varios padecen distracciones, y tambien se citan casos en los que el mal aparece con delirio fugaz. Los vértigos suelen preceder por meses y años á la verdadera epilepsia.

Epilepsia propiamente dicha. En esta forma, que se conoce tambien con los nombres de *epilepsia convulsiva* ó *gran mal*, el ataque empieza de repente, cayendo el enfermo al suelo privado del conocimiento despues de dar ó no un grito fuerte; al mismo tiempo hay pérdidas de la sensibilidad y de los movimientos voluntarios. Al principio hay rigidez muscular más graduada en un lado que en otro; la cara está pálida, pero en seguida se inyecta y se pone roja, violada y aun negra; las venas del cuello se hinchan; el pulso es débil y pequeño; la respiracion se suspende. Pasados algunos segundos se presentan en la cara, y despues en el tronco y miembros, ligeras convulsiones clónicas que se hacen cada vez más violentas y se marcan más en la contraccion de los músculos flexores, y sobre todo en el lado donde tambien lo fué la rigidez. La frente se arruga, las cejas se bajan y aproximan, las facciones se retraen, los músculos de la cara sufren convulsiones que producen distintos gestos; los párpados, entreabiertos y convulsos, dejan ver los ojos fijos ó girando en su órbita; las mandíbulas se aproximan una á otra y se mueven en distintos sentidos produciendo rechinamiento de dientes; por la boca sale una saliva espumosa y á veces sanguinolenta por haberse mordido la lengua; las extremidades están vueltas hácia adentro y sufren fuertes sacudimientos; los puños están fuertemente doblados, y el pulgar cogido debajo de los otros dedos; la cabeza está inmóvil ó ejecuta movimientos rápidos y sucesivos de rotacion, de flexion ó de extension. El tronco se retuerce en distintos sentidos por la contraccion convulsiva de los músculos que le mueven. La respiracion es difícil, entrecortada, sibilante y de ronquido; el pulso se acelera, se desarrolla y se pone irregular y tumultuoso; á veces hay palpitaciones de corazon, vómitos y deyecciones involuntarias de excrementos, orina y esperma: el cuerpo se halla bañado en

sudor. Despues de uno, dos ó tres minutos reemplaza á las convulsiones un estado comatoso parecido al apoplético; el pulso se hace más lento y se desarrolla; la respiracion se hace libre y la cara palidece. Al cabo de un cuarto de hora, media ó una hora vuelve en sí el enfermo como asustado, se queja de cefalalgia y cansancio; no recuerda nada del acceso y se halla triste. A veces, antes de despejarse el enfermo repite unnuevo ataque. En ocasiones, al terminar el acceso y salir el enfermo del estado de estupor y de coma, cae en un delirio maniaco; otros presentan paralísis ó diversos trastornos nerviosos.

Curso. El curso de la epilepsia es crónico; sus accesos varían no solo en su aparicion, sino tambien en su intensidad y en los fenómenos que los constituyen; así que algunas veces en lugar de ser generales las convulsiones se limitan á algunas partes del cuerpo. Cuando la enfermedad es reciente los accesos son ménos frecuentes y ménos intensos; pero á medida que la enfermedad progresa se hacen más numerosos y violentos. Los enfermos pueden tener nada más que un ataque, mas lo general es que se reproduzcan mayor ó menor número de veces seguidas, pudiendo variar de 2 á 3 hasta 20, 30 ó 60 en las veinticuatro horas. Los intérvalos entre acceso y acceso varían segun los individuos; unas veces son de uno ó muchos años; otras de varios meses ó semanas, y en fin, en otras se presentan varios ataques en un dia. La reproduccion de estos accesos nunca guarda un órden regular, sino por excepcion. En los más de los accesos no se puede hallar una causa manifiesta que los produzca, pero algunas veces son producidos por un susto, una fatiga, un exceso, y además por el onanismo y el cóito.

Duracion. La duracion de los ataques es variable, pues aun cuando por término medio solo duran de dos á cuatro minutos, hay casos en que puede durar solo algunos segundos, y otros en que se prolongan por algunas horas. La duracion de la epilepsia es indeterminada.

Terminaciones y consecuencias. A veces termina la epilepsia por la muerte, la cual sobreviene ó á consecuencia de una violenta congestion cerebral terminada por apoplegía, ó porque durante el acceso se rompa un aneurisma preexistente, ó el corazon enfermo de antemano, ó por penetracion en las

vías aéreas de los materiales vomitados, ó por asfixia á consecuencia de la repeticion de los ataques, ó por el marasmo que produce la demencia. La curacion de la enfermedad es muy excepcional, y en este caso los ataques se presentan más de tarde en tarde y son de menor intensidad; por esto no se ha de creer que la enfermedad se ha curado cuando hace mucho tiempo que no ha vuelto á aparecer el ataque, si este ha sido muy intenso. Si los accesos se repiten con frecuencia y son violentos sobrevienen varios accidentes como consecuencia de ellos; así que los enfermos se vuelven irascibles, tercos y obstinados; las facultades intelectuales se debilitan, se pierde la memoria, tienen de cuando en cuando delirio y aun caen en un estado de manía y luego de demencia. A algunos les queda como consecuencia estrabismo, convulsiones dolorosas de la cara, contracturas y paralísis pasajera ó permanente de las extremidades.

Anatomía patológica. Por lo general no se encuentran lesiones anatómicas en los cadáveres de los que han muerto de epilepsia, aparte de las congestiones cerebrales y pulmonares dependientes de las convulsiones; algunas veces, sin embargo, se han encontrado diversas lesiones, tales como tumores intracranianos de distinta naturaleza, hidátides, derrames diversos, engrosamiento de las membranas del cerebro, engrosamiento ó deformidad de los huesos del cráneo, reblandecimiento, inflamaciones y abscesos del cerebro, etc.; pero ninguna de estas lesiones puede considerarse como propia y peculiar de la epilepsia, porque se encuentran tambien en otras enfermedades distintas. Sin embargo, las investigaciones modernas de histología demuestran, como consecuencia de la epilepsia, alteraciones de la médula oblongada, en la que en los casos recientes se encuentra una hiperemia de sus vasos y más adelante exudaciones plásticas y aun una degeneracion grasienta de la médula; pero estas observaciones no están aun bien comprobadas.

Diagnóstico. La epilepsia se caracteriza perfectamente por invadir repentinamente, perderse el conocimiento, haber insensibilidad absoluta y convulsiones que dominan en uno de los lados del cuerpo, la lividez de la cara que se convierte despues en palidez, la salida de espuma por la boca, y por quedar despues del acceso coma y debilidad de la inteligencia. Podrá confundirse con la eclampsia porque presentan algunos caractéres comunes; pero en esta las convulsiones son mucho más largas, no se marcan tanto en un lado del cuerpo y no se acompañan de la alteracion de las facciones ni de la espuma en la boca; además es siempre una enfermedad aguda ocasionada por causas apreciables. Se podrá distinguir la epilepsia de las convulsiones epileptiformes sintomáticas de lesiones cerebrales ó tumores intracranianos, por ir precedidos estos ataques de ciertos desórdenes nerviosos, característicos de una lesion local y acompañados ó seguidos de alguna lesion del movimiento ó del sentimiento. El histerismo se distingue de la epilepsia en que la convulsion es esencialmente clónica, y la inteligencia y la sensibilidad no se hallan abolidas desde el principio; los accesos se prolongan al ménos por media hora sin ser seguidos de sueño comatoso. Los accesos de catalepsia se distinguen por su forma tónica sin ninguna sacudida convulsiva y permanecer los miembros inmóviles en las actitudes que se les dan.—Al establecer el diagnóstico de la epilepsia hay que distinguir si es ó no simulada, para lo cual hay que tener presente que en esta el individuo escoge para caerse un sitio en que no pueda hacerse daño; que sorprendiéndole con un ruido fuerte, la inspiracion de vapores fétidos ó la amenaza de una operacion dolorosa, se verá que no está abolida la sensibilidad; además, tampoco puede hacer suceder á la turgencia de la cara la palidez.

Pronóstico. La epilepsia es una enfermedad grave por ser rebelde siempre ó casi siempre á todo tratamiento; además, aunque no produce por lo general la muerte, degrada al hombre, porque repitiéndose los ataques con frecuencia trastornan su inteligencia. Esta enfermedad es más grave cuando es hereditaria, depende de un vicio de conformacion congénito y cuando los accesos son largos y frecuentes.

Tratamiento. Durante el acceso, el estado en que se halla el enfermo impide el administrar todo medicamento al interior, teniendo que limitarnos á evitar las congestiones cuando los ataques son fuertes y repetidos por medio de los sinapismos á las extremidades inferiores, la aplicacion del agua fria á la cabeza, y si hay señales bien marcadas de congestion, las aplicaciones, de sanguijuelas y aun la sangría, aunque con parsimonia, teniendo en cuenta que se trata de un padeci-

miento nervioso. Terminado el ataque debe satisfacerse la indicacion causal combatiendo las causas que han predispuesto ú ocasionado el ataque siempre que estas nos sean conocidas. Además se someterá á los enfermos á un régimen higiénico que favorezca el ejercicio normal de las funciones; así que se les dará alimentos suaves, evitando los excitantes, así como tambien los condimentos irritantes; se prohibirán las bebidas estimulantes, como el té, el café y los licores; se evitarán las fluxiones á la cabeza manteniendo el vientre libre por medio de las lavativas y los purgantes; se favorecerán las funciones de la piel con los baños tibios y las friegas secas; se recomendará á los enfermos que hagan ejercicio sin fatigarse, que no permanezcan en locales donde el aire esté muy caliente, enrarecido ó viciado; si los enfermos abusan de los placeres sexuales se combatirá este abuso; se evitarán todas las causas que puedan excitar las pasiones; si hay síntomas de anemia se prescribirá una alimentacion reparadora y los ferruginosos; si, por el contrario, existe un estado pletórico se prescribirá un régimen vegetal y bebidas atemperantes, evitando las sangrías siempre que no haya indicacion urgente, porque los epilépticos las soportan mal. En cuanto á los preparados farmacológicos recomendados para combatir la epilepsia son infinitos; la valeriana ha sido muy recomendada á la dósis de 4 gramos, aumentando progresivamente hasta 15 en polvo ó en electuario; tambien lo ha sido el añil, el alcanfor, la asafétida, el almizcle, el aceite de trementina, la graciola, el ácido prúsico, el amoniaco líquido, el sulfato de cobre amoniacal, el arsénico, el mercurio. Igualmente ha sido muy recomendada la artemisa vulgar á la dósis de 25 á 50 centígramos. Trousseau recomendaba unas píldoras, compuesta cada una de 1 centígramo de extracto de belladona y otro de polvo de hojas de la misma, para tomar una todos los dias durante el primer mes, dos durante el segundo, tres el tercero y aumentando así hasta llegar á 5, 10, 15, 20 y más. Tambien se ha recomendado el óxido de zinc, que ha sido reemplazado en estos últimos tiempos por el valerianato de zinc, que se da á la dósis de 60 centígramos al dia. Varios han usado el nitrato de plata, empezando por $^1/_2$ centígramo hasta llegar á 10 y 20. En estos últimos tiempos se ha usado el bromuro de potasio, del cual se toman á lo más cuatro cucharadas diarias de una

disolucion compuesta de 8 gramos de bromuro en 180 de agua, teniendo cuidado de elevar la dósis del bromuro hasta 15 gramos. Otros muchos más medicamentos, que seria prolijo enumerar, han sido recomendados contra la epilepsia.

ECLAMPSIA.

Definicion y division. Se da este nombre á convulsiones tónicas, generales ó parciales que sobrevienen por accesos, con pérdida habitual del conocimiento y observadas en los niños de pecho ó en las mujeres en estado puerperal. De esto resulta que se admiten dos especies de eclampsia, que son *la puerperal* y *la de los niños*. Solo nos ocuparemos de esta última.

Etiología. La eclampsia de los niños reconoce varias causas, siendo acaso la más poderosa la trasmision hereditaria ó al ménos una disposicion orgánica especial, las emociones morales de la madre, ya durante la preñez, ya durante la lactancia. En los niños predispuestos aparece la eclampsia por el terror, la cólera, un dolor vivo, la accion de los irritantes cutáneos, la época de la denticion, una simple indigestion, el extreñimiento habitual, una diarrea intensa, la impresion de un calor excesivo ó del frio, la presencia en el tubo digestivo de vermes intestinales y en el principio de una enfermedad aguda febril.

Sintomatología. Generalmente se presenta de un modo brusco; pero en otras ocasiones va precedida de prodromos, que consisten en agitacion ó abatimiento, sueño intranquilo, insomnio ó soñolencia. Las convulsiones tónicas y clónicas que caracterizan la eclampsia pueden ser generales ó parciales. En el primer caso hay pérdida del conocimiento, mirada fija ó bien los ojos giran en todos sentidos y van á fijarse por debajo del párpado superior; las pupilas están dilatadas, á veces hay estrabismo, los párpados están abiertos ó cérrados, se descomponen las facciones, los músculos de la cara entran en convulsion, esta está abotagada, roja ó violada y despues pálida; hay muchas veces trismo y rechineo de dientes y con frecuencia sale espuma por la boca; hay movimientos alternados y bruscos de extension y flexion en las extremidades; el cuerpo se retuerce hácia atrás; las extremidades se ponen frias; el cuerpo se cubre de sudor; el pulso es frecuente y concentrado; la

respiracion difícil y entrecortada y despues muy acelerada y estertorosa; la sensibilidad está á veces completamente abolida; en algunas ocasiones hay emision involuntaria de la orina ó de las heces fecales.—En otros casos, en los que puede faltar la congestion de la cara y la espuma en la boca, pueden estar limitadas las convulsiones á una mitad del cuerpo ó á las partes supradiafragmáticas, con especialidad al cuello ó á la cara. En estos casos persiste la sensibilidad, no está abolida por completo la inteligencia; hay simple aceleracion de los movimientos respiratorios con palidez del semblante, color violado de los labios y fijeza en los ojos, cuyos fenómenos solo duran algunos segundos y se disipan por sí mismos.

Curso, duracion y terminaciones. La eclampsia unas veces consiste en un solo ataque, otras veces se suceden muchos en un corto espacio de tiempo. En ocasiones recobran los enfermos el sentido muy pronto, en otras, y principalmente cuando se repiten mucho los accesos, se recobra lentamente. En los intérvalos de las convulsiones unos niños se encuentran completamente bien, otros están algun tanto adormecidos y tienen la mirada espantada. Esta enfermedad es propensa á las recidivas. Cuando ha de terminar la eclampsia por la salud desaparecen los síntomas de pronto ó poco á poco, en cuyo caso disminuye el número de accesos y su intensidad. En otras ocasiones puede ocurrir la muerte, ya despues de un ataque violento, ya despues de varios de ellos á consecuencia de una congestion cerebral, de la asfixia ó de un síncope muy prolongado.

Diagnóstico. Al tratar de la epilepsia hemos hecho el diagnóstico diferencial entre esta y la eclampsia. Ahora solo debemos decir que la dificultad del diagnóstico está en dilucidar si las convulsiones son esenciales ó sintomáticas, para lo cual hay que tener presente que estas últimas rara vez son iniciales, sino que se presentan antes síntomas característicos de las enfermedades que las originan, ocupan un solo lado del cuerpo en el mayor número de casos, su duracion es mayor y se complican, ya con el coma, ya con la parálisis.

Anatomía patológica. En el mayor número de casos no se encuentran lesiones apreciables en el cerebro, la médula y sus cubiertas, aunque algunas veces se nota una congestion

mayor ó menor del cerebro ó una ingurgitacion de sangre en los pulmones.

Pronóstico. Las convulsiones eclámpticas tienen alguna gravedad, y su pronóstico está principalmente subordinado á las causas que las producen. La que depende de la denticion ó de una causa pasajera es poco grave; las que dependen de excesos en el régimen, de un susto, de una emocion de la nodriza son más graves, y las que toman su orígen de un desórden de la nutricion ó de un vicio constitucional hereditario son más peligrosas. El pronóstico se agrava cuando los ataques son violentos y se repiten con frecuencia; la calentura es tambien causa agravante porque casi siempre depende de una complicacion.

Tratamiento. Lo primero que debe hacerse es desnudar al niño y quitarle todas las ligaduras y mantenerle en una habitacion fresca; al mismo tiempo se procura averiguar la causa que ha producido el ataque para combatirla si es posible; así es que si depende de una indigestion, se administrará un vomitivo ó un purgante, segun donde se encuentren los alimentos indigestos. Cuando el niño es fuerte y pletórico y hay señales de congestion, se aplicarán sanguijuelas detrás de las orejas, se pondrán revulsivos á las extremidades inferiores, aplicaciones frias á la frente. Algunos aconsejan los baños tíbios prolongados.

Si á pesar de todo persisten las convulsiones, debe recurrirse á los antiespasmódicos, siendo los más usados el almizcle y el óxido de zinc, ó este unido al beleño en la cantidad de 10 centígramos del óxido y 20 del extracto de beleño en las veinticuatro horas repartido en 12 dósis. Tambien se han recomendado la asafétida, la valeriana, el sucinato de amoniaco y el alcanfor.

CATALEPSIA.

Definicion. La catalepsia es una neurose caracterizada por una contraccion tónica general ó parcial, en la que los miembros conservan durante el ataque la posicion que tenian antes de él ó la que se les ha dado, y acompañada comunmente de la pérdida del conocimiento.

Etiología. Esta enfermedad es más comun en las mujeres,

y sus causas predisponentes son la juventud y el temperamento nervioso. Sus causas ocasionales son las emociones vivas de placer ó pena, los trabajos excesivos, etc. Tambien se la observa acompañando otros estados nerviosos, como en el histerismo, el corea, el tétanos, la locura.

Sintomatología. Algunas veces va precedida de cefalalgia, vértigos, zumbido de oidos, sueño intranquilo y otros desórdenes de la inervacion. El acceso sobreviene de repente, quedando los músculos de la vida de relacion en el mismo grado de contraccion en que los ha sorprendido el ataque, por penosa ó rara que sea la posicion. Puede forzarse la extension de los músculos del enfermo, y entonces conserva este la nueva posicion que se le da. Durante el ataque está abolida la inteligencia y la sensibilidad á los estímulos exteriores, ó bien permanece íntegra la conciencia y perciben las irritaciones exteriores, aunque los enfermos no están en disposicion de indicar con palabras ó movimientos que su conciencia no está alterada. Al mismo tiempo la respiracion está libre y el pulso comunmente lento, pero en los ataques fuertes la respiracion, así como la circulacion, son lentas y débiles y las extremidades están frias; la emision de la orina y las deposiciones de vientre están generalmente suspendidas. Al cabo de más ó ménos tiempo los enfermos bostezan y suspiran, vuelven en sí, están fatigados, tristes y con pesadez de cabeza, pero no conservan ningun recuerdo del ataque.

Curso, duracion y terminaciones. Puede no haber más que un ataque, pero otras veces, más raras, pueden repetirse con intérvalos más ó ménos largos. El acceso dura por lo general algunos minutos, pero en algunos casos raros se prolonga por muchas horas ó muchos dias. La terminacion más comun es por la curacion; otras veces puede terminar por la muerte por efecto de alguna complicacion.

Pronóstico. La catalepsia no es por sí sola una enfermedad grave, á no ser que se complique.

Tratamiento. Se han empleado durante el acceso por unos las sangrías generales ó locales, por otros los estimulantes, por la mayor parte los baños, las afusiones, y en los casos rebeldes la electricidad. Esta diversidad de opiniones indica que el tratamiento habrá que variarle segun las indicaciones. Cuando la alimentacion es imposible por la falta de deglucion, habrá que recurrir al empleo de la sónda esofágica, y si se suspende la respiracion momentáneamente habrá que practicar la insuflacion pulmonar.

ÉXTASIS.

Definicion. El éxtasis consiste en un estado nervioso en que el sugeto, concentrado sobre un objeto real ó imaginario, permanece inmóvil y extraño á cuanto le rodea.

Etiología. Esta enfermedad bastante rara se observa en las personas entregadas á largas meditaciones sobre cosas abstractas, en las dadas á prácticas devotas y que están siempre pensando en cosas celestes. Se une con frecuencia á la locura y el histerismo. Algunas veces se le ha visto reinar epidémicamente.

Sintomatología. Los individuos que le padecen tienen la mirada fija, el rostro pálido: hay abolicion pasajera de las sensaciones, insensibilidad, suspension de los movimientos voluntarios, y á veces, aunque es muy raro, conservan los enfermos la posicion que se les da; algunos tienen alucinaciones de los sentidos. Pasado el ataque, los enfermos están abatidos y cansados, y algunas mujeres lloran y sienten opresion. La duracion del acceso es muy variable, y puede repetir con más ó ménos frecuencia.

Tratamiento. Durante el acceso se hará volver en sí al enfermo, rociándole con agua la cara, haciéndole aspirar un olor penetrante y poniéndole sinapismos. Para evitar otros accesos se cambiará el régimen y costumbres del enfermo, y se le distraerá del objeto de su contemplacion.

HISTERISMO.

Definicion. Es una enfermedad del sexo femenino, en la que se presentan perturbaciones de la sensibilidad, del movimiento, de los nervios vaso-motores y de las facultades intelectuales.

Sinonimia. Esta enfermedad se ha denominado tambien mal histérico, pasion histérica, sofocacion uterina, extrangulacion, epilepsia uterina, vapores, mal de nervios.

Etiología. El histerismo es propio de la mujer, y reconoce

por causa cierta predisposicion, adquirida muchas veces por herencia; la exageracion del temperamento nervioso, sobre todo en la pubertad y la juventud, ó á causa de una vida ociosa y contemplativa; la lectura de ciertas novelas, el cultivo de la música, las vigilias, las pesadumbres y la abstinencia; tambien son causa del histerismo las emociones morales vivas, las estaciones y climas cálidos, los alimentos demasiado suculentos y excitantes, la continencia y con más frecuencia el abuso del cóito y el onanismo. Hacen tambien un gran papel en el desarrollo del histerismo la época menstrual, la edad crítica, el embarazo, el parto, la supresion de los loquios y la lactancia. Tambien influye mucho el poder de la imitacion. La anemia y la clorosis dan lugar igualmente á su desarrollo.

Sintomatología. El histerismo empieza por lo general de un modo gradual y se anuncia por los prodromos siguientes: las mujeres están tristes, distraidas ó irritables; cambian de carácter, están impacientes, padecen calambres; tienen desasosiego, hormigueo, necesidad de estirarse, andar, cambiar de posicion; se sienten aquejadas de malestar, pesadez de cabeza, palpitaciones, calor ardiente ó frio glacial en las manos; se presentan llantos y risas sin motivo alguno; hay aberraciones en el apetito, y la digestiones y tumefaccion en el vientre debida al desprendimiento de gases en el estómago y los intestinos. En ocasiones todo se limita á estos trastornos, pero en otras sobreviene el ataque histérico, que varía en su expresion sintomática. — Unas veces el ataque se caracteriza por una constriccion dolorosa en el epigastrio y en el pecho y la sensacion de una bola que asciende desde el hipogastrio, y más bien desde el estómago hasta la garganta, donde produce una constriccion y sofocacion tal, que la enferma cree que se va á ahogar. Al mismo tiempo sienten las enfermas llamaradas de calor al rostro, un dolor de cabeza fijo y como terebrante, que se ha llamado *clavo histérico*, ruido de oidos, calambres, borborigmos, meteorismo, que puede ser considerable y desarrollarse de repente; que unas veces se disipa por eruptos, otras sin salir los gases al exterior; la respiracion está acelerada y algunas veces hay palpitaciones, vértigos y pérdida más ó ménos completa del conocimiento; en otras hay éxtasis, delirio y tambien alucinaciones; varias veces la insensibilidad es aparente, y despues de pasado el ataque

cuentan las histéricas todo lo que han visto y oido.—Otras veces empieza el ataque del mismo modo que el anterior, pero en el momento que ocurre la sensacion de extrangulacion dan las enfermas uno ó varios gritos desgarradores y característicos, pierden por lo general el conocimiento y aparecen las convulsiones; las enfermas se mueven en todos sentidos, se incorporan y vuelven á caer; tan pronto se mueve el cuerpo como un gusano, tan pronto se contrae en todos sentidos; la cabeza se agita hácia adelante, hácia atrás y hácia los lados; los miembros se mueven en todas direcciones; la flexion, la extension, la rotacion, la adduccion, la abduccion, se suceden con la mayor rapidez; los músculos de la cara rara vez se hallan atacados de convulsiones que tuerzan la boca ó hagan girar los ojos en sus órbitas; estos movimientos convulsivos se acompañan algunas veces de chasquidos en las articulaciones; la cara por lo comun está bultuosa y animada, raras veces pálida y fria; hay palpitaciones, el vientre se meteoriza, la respiracion es irregular, por lo comun acelerada y ruidosa, el pulso tiene una frecuencia proporcionada.—Además de estos síntomas se suelen observar en algunas histéricas ya una tos convulsiva, ronca, brusca, á golpes, que repite con suma frecuencia; ya la voz como apagada ó la afonía; ya diversas hiperestesias, en medio de las que dominan los dolores en la region epigástrica, en la hipogástrica, en la lumbar, en el lado izquierdo del torax, á lo largo del ráquis, en las extremidades, etc.; ya una anestesia general ó parcial, que interesa principalmente la piel, los músculos y los órganos de los sentidos; ya paralísis complicada con contractura ó dolores, que puede ocupar á la vez las extremidades superiores é inferiores, aunque ordinariamente se limita á estas, ó bien á un solo lado, que por lo general tiene una marcha irregular y pasajera, y desaparece repentinamente para volver á aparecer de nuevo, aunque en otros casos persiste largo tiempo sin cambiar de sitio; ya el éxtasis, la catalepsia, el sonambulismo, el coma y el letargo.—El acceso histérico, sea la que quiera su forma, se calma poco á poco y se termina por sollozos, llanto, orinas claras y abundantes, quedando cefalalgia, cansancio y dolores torácicos. En el intérvalo de los ataques suelen persistir diversas alteraciones de las funciones digestivas; ya anorexia alternando con una exageracion del apetito ya depravaciones

del mismo y vómitos espasmódicos repetidos; al mismo tiempo puede haber extreñimiento pertinaz.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del histerismo es muy variado; en la mayor parte de los casos se desarrolla la enfermedad lentamente, consistiendo al principio en un simple estado espasmódico, al que más tarde se unen los ataques convulsivos en número más ó ménos considerable y con mayor ó menor intensidad, pues es raro que la enfermedad empiece por un ataque convulsivo. Los accesos unas veces son espontáneos, otras se reproducen bajo la influencia de las mismas causas que los han desarrollado primitivamente, vuelven de un modo irregular y con más ó ménos frecuencia, aunque á veces guardan cierta periodicidad. En unas ocasiones las enfermas gozan una salud completa en el intérvalo de los accesos, y en otras conservan algun trastorno en sus funciones. La duracion del histerismo es tambien variable, pues mientras algunas enfermas tienen solo algunos ataques y en algunas se suspenden por cierto número de años, en otras persiste por toda la vida, ó al ménos por espacio de muchos años con mayor ó menor intensidad, que generalmente disminuye en la edad crítica. La terminacion más comun del histerismo es la curacion, aunque hay tambien casos en que se hace rebelde á todo tratamiento y no se cura nunca. La terminacion por la muerte es rara, aunque se citan casos de haberla producido una congestion cerebral ó un obstáculo á la respiracion.

Complicaciones. Las más frecuentes son la epilepsia, la ninfomanía, la locura y la clorosis. Cuando coexisten el histerismo y la epilepsia, unas veces se presenta cada una con sus caractéres propios, y otras veces, y es lo más comun, no hay más que un ataque en que se encuentran los síntomas de las dos enfermedades.

Anatomía patológica. En el histerismo no se encuentra ninguna lesion anatómica que pueda explicarle.

Diagnóstico. El histerismo puede confundirse con algunas otras neuroses. Se distingue de la eclampsia puerperal en que en esta las convulsiones son tónicas, su duracion es mayor, hay pérdida completa del conocimiento, el pulso es muy pequeño y faltan las sensaciones particulares y los síntomas no convulsivos que existen en el histerismo. La epilepsia se distingue porque acomete á los dos sexos; su invasion es casi siempre repentina; los sacudimientos convulsivos poco extensos y más marcados en un lado; la cara está violada y torcida; hay salida de saliva espumosa por la boca, gran dificultad de respirar y el enfermo cae en el colapso despues del ataque convulsivo; al paso que en el histerismo los movimientos son clónicos, desordenados é iguales en ambos lados, no está amoratada la cara, ni hay saliva espumosa por la boca, ni se observa el estupor que termina los accesos epilépticos. Los vómitos, la tos, los dolores y las paralísis histéricas no pueden confundirse con los mismos síntomas dependientes de lesiones de los órganos á que se refieren, porque cuando son histéricos tienen gran movilidad, una marcha irregular, invaden y desaparecen repentinamente, y explorados atentamente el estómago, los pulmones, el cerebro y la médula no ofrecen la menor alteracion. El histerismo puede simularse, pero una investigacion inteligente y sostenida hará imposible toda equivocacion.

Pronóstico. El del histerismo no es grave por lo general, pues no suele comprometer la vida de los enfermos, á no ser que los accesos comprometan el cerebro, el corazon y los pulmones. La forma convulsiva es la más grave.

Tratamiento. El del histerismo consiste en tratamiento de los accesos y tratamiento de la enfermedad. En el tratamiento del acceso debe colocarse á la enferma en la postura más apropiada para que respire bien y no se pueda lastimar, quitarla todos los vestidos que puedan molestarla ó comprimirla, y además se procurará que en la habitacion donde se halle tenga fácil entrada el aire fresco. En cuanto á los medios farmacológicos, solo se emplearán aquellos que tengan una accion rápida, como las misturas con éter ó almizcle, las afusiones frias á la cabeza, el éter en olfacion. Si el acceso es muy violento y se prolonga dificultando la respiracion ó congestionando la cabeza, hay que practicar la sangría, pero con cautela, y aplicar los refrigerantes á la frente. El tratamiento de la enfermedad debe consistir lo primero en combatir las causas que la produzcan, ya sean estas alguna enfermedad del útero, ya influencias morales, ya un empobrecimiento de la sangre. Además se obtiene un resultado satisfactorio del ejercicio activo á pié ó á caballo, la ocupacion del espíritu en

trabajos que le distraigan, el empleo de la gimnástica, los baños de 25° á 26°, una alimentacion suave y evitar todo lo que pueda excitar el sistema nervioso. El tratamiento hidroterápico produce grandes ventajas siempre que sea seguido con perseverancia por bastante tiempo. Entre los antiespasmódicos se aconsejan principalmente el castóreo, la valeriana, la asafétida, la sal volátil de asta de ciervo y el valerianato de zinc. Niemeyer aconseja el cloruro de oro y sódio en píldoras para tomar una al dia despues de las comidas, despues dos, y así aumentando progresivamente hasta ocho píldoras diarias; estas píldoras se componen de 25 centígramos de cloruro de oro y sódio y 4 gramos de azúcar blanca para hacer 40 píldoras. El ópio y la belladona son útiles contra los dolores y los espasmos, tales como los vómitos y la tos, y los tónicos y los ferruginosos cuando el histerismo se acompaña de clorosis ó atonía.

ALCOHOLISMO.

Definicion. Es una enfermedad debida á la accion del alcohol cuando de él se abusa, sobre el sistema cerebro-espinal.

Etiología. La causa única de esta enfermedad es el abuso de las bebidas alcohólicas y fermentadas, y más frecuente en los bebedores de aguardiente y rom. Aunque esta enfermedad es una verdadera intoxicacion, la colocamos entre las neuroses porque sus síntomas la hacen entrar sin violencia en las mismas condiciones que estas.

Sintomatología. La enfermedad presenta tres grados: el *primero* lo constituye la embriaguez, en el que se encuentran trastornos mayores ó menores de la inteligencia, de la motilidad y de las funciones digestivas, como boca pastosa, lengua sucia, pesadez de cabeza, excitacion ú obtusion de los sentidos y vértigo, que puede llegar hasta el síncope. La excitacion cerebral da lugar á una depresion invencible y el sueño es parecido al de los apopléticos. Este estado dura poco y deja detrás de sí malestar. El *segundo grado*, llamado delirio tembloroso ó *delirium tremens*, se anuncia por agitacion, inquietud, sueño intranquilo, principio de temblor nervioso, tristeza y anorexia. Luego aparece el delirio, que unas veces es tranquilo, pero en el mayor número de casos es agi-

tado y furioso. El enfermo padece alucinaciones, principalmente del oido y de la vista, que le hace creerse amenazado por asesinos, asaltado por ladrones, perseguido por la policía, siendo presa de mil angustias por el terror que experimenta. A estas alucinaciones se suelen añadir otras penosas del olfáto y del gusto. La cara está por lo general animada, roja ó pálida, manifestando sufrimiento y cansancio; la boca está entreabierta; los dientes cubiertos de una pastosidad amarillenta por la desecacion de las mucosidades bucales; el aliento es fétido. Lo más característico de la enfermedad es un temblor que principalmente se advierte en los miembros, á los que agita con pequeños movimientos repetidos é irregulares, que se aumentan durante los movimientos voluntarios, hacen la progresion vacilante, impiden que el enfermo se lleve un vaso de líquido á la boca sin verterlo y produce mayor ó menor entorpecimiento de la palabra. A veces se unen á estos trastornos musculares convulsiones epileptiformes. Hay insomnio más ó ménos completo, y cuando hay sueño está turbado por ensueños miedosos. El pulso es débil, ya lento, ya acelerado; no hay sed ó es por el contrario intensa; existe anorexia, peso en el epigastrio, extreñimiento y las orinas son escasas y rojas. El *tercer grado*, que se conoce con el nombre de alcoholismo crónico, está caracterizado por síntomas que varían segun está más ó ménos avanzada la enfermedad. Al principio hay temblor de las manos y de la lengua, disminucion de las fuerzas, torpeza en la palabra, calambres y contracciones en las pantorrillas, hormigueo en los piés y piernas, que puede extenderse hasta la region lumbar y aun las extremidades superiores; hiperestesia, vértigos ligeros, indiferencia, debilitacion de la memoria, sueño agitado y con ensueños. El temblor y la debilidad muscular hacen progresos; se presenta una anestesia en las extremidades inferiores, desde donde se extiende á las superiores, y alucinaciones de la vista y del oido; el enfermo se demacra cada vez más. En una época más avanzada progresan todos los síntomas, el temblor se convierte en convulsiones parecidas á las producidas por la aplicacion de la electricidad, la debilidad muscular progresa y los enfermos no pueden tener otra posicion que la horizontal. La pupila se presenta dilatada, la vista se debilita, la inteligencia tambien, y esta obtusion al-

terna algunas veces con el delirio y concluye con el embrutecimiento. La piel se seca, se presenta edema en las extremidades inferiores, la demacracion se aumenta y un delirio tranquilo precede á la muerte.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del segundo grado ó *delirium tremens* es agudo, durando el acceso de sesenta á setenta horas, siendo su terminacion más comun la curacion y la más rara la muerte. El alcoholismo crónico se desarrolla, ó bien á consecuencia de repetirse los ataques agudos con más ó ménos frecuencia, ó bien por la ingestion lentamente creciente del alcohol; su duracion es más ó ménos larga y su terminacion generalmente fatal; sin embargo, la marcha de los accidentes puede suspenderse y el alcoholismo crónico curar ó mejorarse. Respecto al alcoholismo crónico hay que tener en cuenta que muchas veces puede existir sin revelarse por fenómeno alguno, y en estos casos si acomete al enfermo una enfermedad aguda, entonces hace explosion el alcoholismo y compromete el éxito del tratamiento.

Complicaciones. Entre las complicaciones se cuentan la enfermedad del Bright, la esteatosis y cirrosis del hígado, las úlceras del estómago, la peritonitis crónica y la epilepsia.

Anatomía patológica. Por lo general no se encuentran lesiones anatómicas; pero en algunas ocasiones se encuentran diversas alteraciones orgánicas, de circulacion ó tróficas, del sistema cerebro-espinal.

Diagnóstico. El alcoholismo puede confundirse con el envenenamiento producido por el ópio, la belladona, el estramonio y la mandrágora; pero los antecedentes de la introduccion de una de estas sustancias tóxicas es suficiente para aclarar el diagnóstico; lo mismo puede decirse del delirio nervioso de los operados. La confusion con la encefalopatía saturnina puede ser más fácil; sin embargo, el antecedente de estar el sugeto expuesto á las emanaciones del plomo y el faltar en el intérvalo de los accidentes cerebrales saturninos el temblor muscular y la falta de precision en los movimientos aclaran el diagnóstico. Es difícil distinguir el alcoholismo de la paralísis general incipiente, porque son comunes á ambas enfermedades la dificultad de hablar y el temblor de las extremidades; pero en el alcoholismo, la dificultad de hablar es raras veces precursora de los demás trastornos nerviosos, y la

debilidad muscular se une al temblor, que en nada se parece á las impulsiones espasmódicas del paralítico general.

Pronóstico. El delirium tremens se termina con frecuencia por la curacion, pero si continúa el hábito de la embriaguez puede el alcoholismo hacerse crónico y entonces la terminacion más frecuente es por la muerte.

Tratamiento. Para el tratamiento de esta enfermedad se ha aconsejado el ópio á la dósis de 15 á 25 centígramos para moderar la agitacion y producir el sueño; otros le han empleado á dósis altas, pero esto tiene algunos inconvenientes, y aun algunos le consideran de poca utilidad, lo cual es tambien exagerado. Los vomitivos, que han sido recomendados por algunos, serán convenientes cuando haya saburra y los purgantes cuando exista constipacion. Si en alguna ocasion se presentan síntomas de inflamacion ó congestion cerebral conviene usar de las sangrías. Chomel solo empleaba la dilucion y los baños tibios. Esquirol, Georget y Calmeil han aconsejado una medicacion casi espectante. Cuando el alcoholismo se hace crónico el abatimiento que se apodera de los enfermos exigirá el uso de los neurosténicos y los antiespasmódicos.

NEUROSES ESPECIALES.

DISPEPSIA.

Definicion. La dispepsia es una neurose caracterizada por trastornos digestivos de diferentes formas sin modificacion apreciable de la estructura del estómago.

Etiología. La dispepsia ha sido considerada por unos como un síntoma y por otros como una enfermedad, y la verdad es que puede ser las dos cosas. Puede ser causada por algun desórden nervioso del centro epigástrico, ó por las malas condiciones de la sangre, ó por ambas circunstancias á la vez; pero depende inmediatamente del aumento, disminucion ó alteracion de los jugos gástricos, el humor pancreático y la bilis, que hacen imperfecta la trasformacion de los alimentos en quimo y en quilo. Tambien es causa abonada para producir

la dispepsia, la debilidad de la contraccion de las fibras musculares del estómago y el desprendimiento considerable de gases en su cavidad. En algunos casos la dispepsia se presenta como síntoma de alguna lesion orgánica del mismo aparato digestivo. Sus causas pueden ser las mismas de la gastralgia, ó como dice J. Frank, pueden comprender toda la etiología.

Sintomatología. En esta enfermedad sobreviene inmediatamente ó poco despues de las comidas una sensacion molesta de peso, de compresion ó diversas sensaciones de incomodidad en el epigastrio, desde donde se irradia á las partes próximas, y algunas veces se alivia por la compresion moderada, pero que se exacerba cuando esta es fuerte. Al mismo tiempo hay por lo comun bostezos, eruptos frecuentes del sabor á la comida, ácidos, de olor á hidrógeno sulfurado en unas ocasiones y nidorosos otras; náuseas, borborigmos y meteorismo ó desarrollo de gases, que ya producen distension del estómago y palpitaciones, ya son arrojados por la boca ó por el ano. Hay por lo general inapetencia, aunque en otros casos se conserva el apetito y aun está aumentado; la lengua no presenta nada de particular como no haya saburra, y más bien hay extreñimiento que diarrea. El sueño suele ser intranquilo; en algunos se produce el vértigo. La dispepsia se acompaña de síntomas simpáticos, como son: cefalalgia ó pesadez de cabeza; algunos se duermen en cuanto comen, y otros tienen abatimiento físico y moral, que les impide hacer toda clase de ejercicio ó les incapacita para los trabajos intelectuales. Cuando la dispepsia depende de ser excesivamente ágrios los jugos gástricos, hay rescoldera ó pirosis, regurgitaciones ácidas y aun dolores constrictivos en el estómago. Cuando la enfermedad está sostenida por una disminucion de la bílis los eruptos son nidorosos; cuando depende de la alteracion del flúido pancreático se caracteriza por la diarrea y la presencia de grasa no digerida en las materias fecales; cuando está sostenida por un estado saburral, la lengua se halla cubierta de una capa mucosa más ó ménos gruesa: cuando depende de un movimiento antiperistáltico del estómago más ó ménos graduado, hay regurgitaciones ó vómitos de todos los alimentos, ó de solo los sólidos, ó de solo los líquidos. Hay otra forma que Trousseau ha denominado *vértigo á stomacho læso*, y Blandeau *vértigo estomacal*, y que se caracteriza por un violento vértigo en horas distintas de la digestion, al que se agregan la sensacion de estar la cabeza como vacía ó de tenerla pesada, padecer desvanecimientos, zumbidos de oidos; los enfermos creen que se van á caer y buscan un punto de apoyo, y desean sentarse ó acostarse.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la dispepsia es contínuo, pero por lo general presenta intermitencias, durante las que se digiere perfectamente; tambien presenta irregularidades el curso de esta afeccion. La dispepsia tiene una duracion variable, pudiendo hasta llegar á hacerse habitual, y cuando es moderada hasta compatible con la salud. La terminacion más comun es por la curacion, pues la muerte no sobreviene sino por excepcion, á no ser que sea sintomática de alguna lesion orgánica.

Diagnóstico. El diagnóstico de la dispepsia no es difícil cuando está bien caracterizada, pero como los síntomas digestivos son con frecuencia incompletos en número y muchas veces aislados, no dejan de ocurrir casos en que el diagnóstico es difícil, y para esclarecerle es preciso tener en cuenta los antecedentes etiológicos, como la frecuencia de las comidas, su mala distribucion, la falta de ejercicio ú ocupacion, la debilidad primitiva ó adquirida de los órganos digestivos, los excesos, y en particular los de la alimentacion, la falta de masticacion y la lactancia en la mujer, á los que se agregarán los propios de cada forma de dispepsia. Hay que examinar atentamente al enfermo para averiguar si la dispepsia es esencial ó sintomática, inclinándonos á lo primero cuando ha invadido repentinamente, cuando el mismo alimento se digiere unas veces bien y otras mal y cuando es compatible con la salud. La dispepsia, cuando depende de un cáncer del estómago, influye desde luego sobre la economía, disminuyendo la gordura y las fuerzas. Cuando depende de un reblandecimiento del estómago se acompaña de intensos dolores en el epigastrio, vómitos biliosos y olor ácido del aliento. Se considerará que depende de una gastritis crónica si hay dolor á la presion en el epigastrio, vómitos frecuentes, calentura y demacracion.

Pronóstico. La dispepsia no es grave por sí misma, á no ser que, haciéndose habitual, se gradúe hasta el punto de

que, impidiendo las digestiones, traiga la falta de nutricion. Cuando es sintomática es grave por la enfermedad que la origina.

Tratamiento. Hay que prescribir una alimentacion consistente en carnes de vaca, de aves ó de pescados, y algunas feculentas, como las sopas de pan de sémola ó de arroz, prohibiendo las grasosas y las susceptibles de descomposicion ácida ó sacarina; mas sin embargo deben respetarse las idiosincrasias particulares, por las que los enfermos reciben bien unos alimentos y mal otros. La cantidad de los alimentos será proporcionada á las fuerzas digestivas del sugeto, y dejará mediar bastante tiempo entre una y otra comida, porque en la dispepsia la digestion es perezosa. En cuanto á las bebidas, no serán muy abundantes, porque entonces suelen entorpecer la digestion, y se usará al tiempo de las comidas la cerveza floja ó no fermentada con preferencia al vino, que se ágria con facilidad en el estómago; el té es tambien muy apropiado para favorecer la digestion. Además se aconsejarán los ejercicios activos, las distracciones del ánimo, la continencia y el que los enfermos se resguarden de la humedad y de los cambios de temperatura. Para bebida usual se emplearán los tónicos suaves, como el cocimiento de achicorias amargas y las infusiones de genciana, cuasia ó manzanilla. Cuando se encuentra exceso de ácidos en el estómago se neutralizará con los alcalinos como la magnesia calcinada á la dósis de una cucharada de las de café poco antes de cada comida, ó el bicarbonato sódico á la dósis de 60 á 120 centígramos asociado con 30 ó 60 de ruibarbo tostado. Cuando hay un estado saburral se usarán, segun sea este alto ó bajo, los eméticos ó los purgantes, entre los que son preferibles las sales neutras, el sen y el ruibarbo. Si la dispepsia dependiese de la poca cantidad de bílis es útil el ruibarbo asociado al bicarbonato sódico. Si existe un excesivo desarrollo de gases se emplearán las infusiones carminativas de anís, hinojo, yerba luisa, ó las aromáticas de té, manzanilla y salvia. Cuando se presente el movimiento antiperistáltico del estómago determinando la regurgitacion y el vómito, se darán las misturas antiespasmódicas. Si la dispepsia coincide con una depauperacion de la sangre son convenientes los ferruginosos asociados á los amargos. Cuando la neurose depende de una escasez de los jugos gástricos, y por consiguiente de la pepsina, se administra este medicamento antes ó despues de las comidas, debiendo advertir que, segun Corvisat, se puede juzgar de su eficacia ó ineficacia á las dos ó tres dósis. Cuando la dispepsia consiste en lo que se ha llamado *vértigo estomacal*, se usarán los alcalinos y los tónicos y las afusiones frescas con regadera sobre la cabeza de unos cinco minutos de duracion. Las aguas minerales acídulo-ferruginosas, como las de Puertollano y Marmolejo, ó las magnesianas, como las de Cestona y las de Loeches, serán un útil recurso para el tratamiento de la dispepsia. La gimnasia y la hidroterapia son auxilios que dan tonicidad á la constitucion. Cuando la dispepsia sea sintomática ó se una á otra enfermedad hay que adoptar un plan de tratamiento que se acomode á estas condiciones.

LESIONES ORGÁNICAS.

Definicion. Son todas aquellas enfermedades que están constituidas por una alteracion en la textura, volúmen, forma, dimensiones ó consistencia de un órgano, dando por resultado el desórden consiguiente en las funciones que desempeñan.

Etiología. Las causas de las lesiones de nutricion son en su mayor parte difíciles de comprender; sin embargo, unas veces son efecto de ciertas diatesis, otras de estados discrásicos y otras dependen de un vicio tópico.

Sintomatología. Todos los síntomas de estas enfermedades son locales, y los desórdenes causados por ellas, así como aquellos, son sobre todo mecánicos. Los desórdenes funcionales que se agregan á estos síntomas locales pueden referirse directamente á la lesion orgánica.

Diagnóstico. Es fácil porque está basado en los signos físicos que proporcionan la palpacion, la percusion, la auscultacion y en ciertos casos la análisis química.

Pronóstico. Es grave, porque todas estas lesiones son imposibles de corregir como no se acuda muy pronto á los auxilios de la terapéutica, en cuyo caso puede contenerse el progreso de la lesion.

Tratamiento. De lo dicho, respecto al pronóstico, se deduce que el tratamiento es casi siempre exclusivamente paliativo y frecuentemente inútil.

LESIONES CONSISTENTES EN LA ALTERACION DEL NÚMERO DE MOLÉCULAS.

HIPERTROFIAS.

Definicion. La hipertrofia «consiste en el incremento de desarrollo, aumento de volúmen general ó parcial de un órgano ó de un tejido sin modificacion en su estructura.»

Etiología. Las hipertrofias reconocen por causas unas veces la actividad en las funciones del órgano afectado; otras son secundarias á las fluxiones ó irritaciones sostenidas, ya en el mismo órgano afecto, ya en los inmediatos, y en otras son desconocidas las causas que las producen.

Caractéres. La hipertrofia puede ser general, es decir, ocupar todo el órgano, ó parcial, es decir, limitarse á una parte de él; tambien puede ocupar todos los elementos anatómicos que entran en la composicion del mismo ó afectar uno de ellos solamente. Cuando un órgano está hipertrofiado aumenta de volúmen, pero si no se hallan afectados de hipertrofia todos los elementos anatómicos de él puede conservar el normal; si la hipertrofia se verifica en un órgano hueco puede hacerse hácia adentro, en cuyo caso se estrecha la cavidad y no formar tumor como cuando se verifica hácia afuera ó en un órgano no hueco. En todos los casos el órgano hipertrofiado aumenta de peso y tambien tiene más consistencia que de ordinario. Como la hipertrofia coincidé casi siempre con mayor desarrollo del sistema vascular, el órgano se presenta ordinariamente más rojo y más turgente, aunque algunas veces conserva su coloracion normal. La hipertrofia puede no pasar de cierto grado de desarrollo y ser compatible con el estado de salud, en cuyo caso la funcion del órgano se desempeña con más actividad; pero cuando es considerable puede hallarse debilitada y aun suspendida, ó por el peso y volúmen mayor dificultar el ejercicio de alguna funcion, pero aun en este estado tiene poca influencia sobre el estado constitucional y sobre la nutricion.

Tratamiento. Cuando un órgano se halla hipertrofiado se le pondrá en quietud, y si no es posible moderar su accion, se evitarán las causas de estímulo; se procurará disminuir el movimiento nutritivo y se activará al mismo tiempo la absorcion intersticial. Con este objeto se halla indicado el régimen, la dieta, las evacuaciones sanguíneas generales ó locales, la compresion y ciertos medicamentos como el mercurio y el iodo.

HIPERTROFÍA DEL CEREBRO.

Etiología. Sus causas son completamente desconocidas; en algunos casos es una afeccion congénita; más á menudo se

desarrolla despues del nacimiento, haciéndose cada vez más rara á medida que los individuos aumentan en edad. Los hombres parece que están más predispuestos que las mujeres á padecerla.

Sintomatología. Hay cefalalgia contínua y exacerbante, vértigos, fotofobia, hiperestesia general, vómitos temporales, seguidos más tarde de anestesia, debilidad muscular general, atontamiento y deseos contínuos de dormir. Las facultades intelectuales están embotadas por lo general, pero en algunos casos se conservan hasta el fin. Hay tambien accesos de convulsiones epileptiformes, al principio lejanos y que luego se hacen contínuos. Algunos enfermos conservan con dificultad el equilibrio del cuerpo y parecen como afectados de un principio de paralísis.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la hipertrofía cerebral es siempre crónico, su duracion variable y su terminacion por la muerte, que sobreviene lentamente con los síntomas de hidrocéfalo, ó de repente en un síncope, ó en un acceso convulsivo violento.

Anatomía patológica. El cerebro es mayor y más pesado que en el estado normal, las membranas tienen una gran tension, están adelgazadas y exangues, las circunvoluciones están aplastadas y apretadas unas contra otras, no hay serosidad en los ventrículos, que están más estrechos, la pulpa cerebral se presenta al corte del escalpelo exangue y seca y aumentada de consistencia.

Diagnóstico. El diagnóstico es oscuro y apenas si puede darse uno de probabilidades en la mayoría de casos. La marcha lenta y graduada de la enfermedad, la falta de calentura, la paralísis local, la naturaleza de la cefalalgia, las lesiones de la inteligencia y los fenómenos convulsivos generales impiden, segun Calmeil, que se confunda esta afeccion con la meningitis, el reblandecimiento local, la hemorragia ó un absceso enquistado.

Pronóstico. Es mortal.

Tratamiento. Nada se sabe acerca del tratamiento de esta enfermedad. Calmeil aconseja las sangrías locales, el establecimiento de fontículos en la base del cráneo y en los miembros, y un régimen severo.

HIPERTROFIA DEL CORAZON.

Definicion y division. La hipertrofia del corazon es una enfermedad caracterizada por el engrosamiento de las paredes de este órgano. Se han admitido tres formas de hipertrofia, que son: la simple, la concéntrica y la excéntrica. Se llama *simple* cuando á pesar del grosor de las paredes conservan las c vidades del corazon su capacidad normal. Esta forma es la ménos frecuente. Se llama *concéntrica* cuando además del engrosamiento de las paredes del corazon se hallan disminuidas sus cavidades; esta forma es tambien rara y aun se ha negado su existencia por algunos. Se llama *excéntrica* cuando al propio tiempo que hay engrosamiento de las paredes hay dilatacion de las cavidades; esta forma es la más comun.

Etiología. La hipertrofia del corazon puede ser hereditaria segun observacion de algunos profesores; los hombres están más predispuestos á padecerla que las mujeres; respecto á la edad puede decirse que es rara antes de los treinta años, siendo más comun pasada esta edad; los sugetos sanguíneos y musculosos están más predispuestos á padecerla; los ejercicios activos y prolongados, las emociones de ánimo vivas y repetidas y el abuso de bebidas espirituosas que aumentan la actividad del corazon pueden producirla tambien. Varias enfermedades exigen un aumento de energía ó de actividad en las contracciones del corazon, por lo cual se produce la hipertrofia, tales son las estrecheces ó insuficiencia de los orificios del corazon, la estrechez de la aorta ó de la arteria pulmonar, el enfisema y cirrosis del pulmon y los derrames pleuríticos. Tambien resulta del estímulo comunicado al tejido cardiaco por las fluxiones reumáticas ó por flegmasías crónicas del endocardio ó el pericardio. Las adherencias generales del pericardio se han considerado como causa de esta hipertrofia.

Sintomatología. Los síntomas de la hipertrofia del corazon son físicos y funcionales; los primeros son: el impulso cardiaco, que se nota no solo á simple vista entre el sexto, sétimo y aun octavo espacio intercostal, donde viene á chocar la punta del corazon, sino tambien por la mano, que á veces es levantada, así como la cabeza, por la fuerza de esta impulsion; en ocasiones presenta una abolladura la region precordial; la

percusion da en esta region un sonido á macizo en extension mayor que la normal, fenómeno que está reemplazado por resonancia cuando el pulmon, sobre todo si está enfisematoso, avanza hácia adelante cubriendo el corazon; la auscultacion deja percibir los ruidos cardiacos sordos, oscuros, como ahogados, y siempre prolongados cuando la hipertrofia es muy considerable, y si lo es ménos y las cavidades están dilatadas, los ruidos son más sonoros, se perciben en una gran extension, y, como asegura Laennec, hasta adquieren un timbre metálico; algunas veces se percibe un ruido de fuelle generalmente ligero y que solo se oye durante las palpitaciones. Este ruido de fuelle, que es poco comun en las hipertrofias simples ó excéntricas, lo es más en las concéntricas. Entre los síntomas funcionales figuran: el pulso, generalmente regular, dilatado, fuerte; las palpitaciones, el encendimiento del rostro, la disnea, la fatiga en los movimientos con ataques asmáticos por la noche, la tos seca, la pesadez de cabeza y los mareos. Cuando se acerca el fin de la afeccion se presentan tinte cianósico de los labios y edema en las extremidades inferiores, y aun en la cara. Cuando la hipertrofia es excéntrica los ruidos cardiacos son intensos, extensos y claros, y cuando es concéntrica dichos ruidos son ménos extensos y más oscuros, el pulso no es duro, siendo la disnea y los ataques asmáticos más intensos. Tambien se dice que en la hipertrofia del corazon izquierdo son más frecuentes los movimientos congestivos á la cabeza, así como en la del corazon derecho lo son las congestiones pulmonares.

Curso, duracion y terminaciones. La hipertrofia sigue un curso lento y progresivo, aunque con alguna irregularidad. Su duracion es variable, pues mientras es poco intensa, no se acompaña de complicaciones y los sugetos se sujetan á buenas condiciones higiénicas, puede prolongarse la vida por muchos años. La marcha de esta enfermedad es más rápida cuando invade el ventrículo izquierdo que cuando invade el derecho. La terminacion de esta enfermedad es por la muerte, pues los casos que se han citado de curacion son dudosos.

Anatomía patológica. El corazon, que normalmente tiene en el hombre un peso de unos 300 gramos, y en la mujer de 240, puede llegar á pesar cuando está hipertrofiado 500 ó 1.000 gramos. El grueso de la pared ventricular izquierda,

que Bizot valúa en 12 milímetros próximamente en el hombre y 10 en la mujer, puede considerarse hipertrofiada desde que llega á 14 milímetros en aquel y 12 en esta. La pared ventricular derecha, que la valúa en 4 milímetros en el hombre y 3 en la mujer, se considerara hipertrofiadá cuando tenga de espesor 7 y 5 $^1/_2$ milímetros respectivamente. El grueso de la pared de las aurículas, que es de 3 milímetros en el lado izquierdo y 2 en el derecho, pueden alcanzar en los casos de hipertrofia 7 y 5 milímetros respectivamente. La hipertrofia puede ser general ó extendida á todo el órgano, ó parcial, ó sea limitada á ciertas porciones del mismo, lo más comunmente al ventrículo izquierdo. Cuando el corazon está hipertrofiado en su totalidad, tiene la *forma* de un triángulo, cuyo vértice forma un ángulo obtuso; cuando solo está hipertrofiado el ventrículo izquierdo, tiene una forma alargada y en cierto modo cónica; cuando solo lo está el ventrículo derecho, el corazon está más ancho y toma la forma de un esferóide.—La *situacion* del corazon varía tambien, descendiendo á medida que aumenta su peso, tomando á veces una posicion trasversal con la base dirigida á la derecha y el vértice á la izquierda. Cuando está hipertrofiado solo el ventrículo derecho, el corazon está prominente hácia este lado, y al opuesto cuando lo está el izquierdo. En la hipertrofia del corazon la sustancia muscular es de un rojo oscuro y su consistencia es mayor. En algunas ocasiones se encuentran alteraciones en el pericardio, endocardio y válvulas.

Diagnóstico. Además de reconocer la hipertrofia por la impulsion violenta del corazon y el timbre sordo de los ruidos hay que distinguir su forma; así que diagnosticaremos una hipertrofia excéntrica cuando el sonido á macizo es más extenso y los ruidos más intensos, extensos y claros; una concéntrica cuando es violenta la impulsion cardiaca, la percusion da un sonido á macizo poco considerable, los ruidos son poco extensos y oscuros, el pulso pequeño, la disnea intensa. Tambien debe diagnosticarse el sitio de la lesion; así se juzgará existe una hipertrofia del ventrículo izquierdo cuando la pulsacion de las carótidas es aparente; la impulsion cardiaca se presenta muy baja (del cartílago quinto al sétimo y aun al octavo), en cuyo sitio presenta su máximum el sonido á macizo; hay aumento de los ruidos cardiacos en el

ventrículo izquierdo y la aorta, pulso fuerte, cara rubicunda y animada; se creerá en la existencia de una hipertrofia del ventrículo derecho cuando la impulsion y el ruido á macizo se dirige á la parte inferior del esternon y á menudo al lóbulo izquierdo del hígado; los ruidos se notan más en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar; el pulso no tiene los caractéres que en la anterior; hay una disnea y sofocacion más ó ménos notable, y segun algunos, pulso venoso. La hipertrofia de las aurículas es difícil de diferenciar. Esta enfermedad tiene algunos puntos de contacto con algunas enfermedades, de las que es preciso distinguirla. La hipertrofia se diferencia: de la pericarditis por la falta de calentura y del ruido de frote; de la endocarditis por la falta de fiebre y el curso agudo de la afeccion; de las palpitaciones nerviosas porque en estas no hay abolladura en la region precordial, ni ruido á macizo más extenso, y son intermitentes. Más adelante veremos en qué se diferencia del aneurisma de la aorta.

Pronóstico. La hipertrofia del corazon es una afeccion grave en cuanto que no es curable, pero cuando no se complica con otra afeccion del corazon y es simple, pueden llegar los enfermos con ella á una edad muy avanzada. La hipertrofia del ventrículo izquierdo es más grave que la del derecho.

Tratamiento. En el tratamiento de la hipertrofia del corazon se aconsejará una alimentacion reparadora, fácilmente digestible y en cantidad moderada, prohibiéndose los alimentos flatulentos; asimismo se prohibirán los condimentos excitantes y las bebidas espirituosas, se recomendará la tranquilidad de espíritu y el paseo moderado por sitios llanos y templados, se aconsejará al enfermo que se abstenga del uso de las funciones sexuales. Valsalva y Albertini aconsejaron como medio curativo las emisiones sanguíneas, haciendo grandes sangrías cada tercero, cuarto ó quinto dia y disminuyendo al mismo tiempo progresivamente la cantidad de alimentos, pero este método ha dado fatales resultados, precipitando la muerte; esto no quiere decir que se han de proscribir en absoluto las emisiones sanguíneas, porque pueden sernos de utilidad cuando hay por efecto de la enfermedad mayor aflujo de sangre á los pulmones y cerebro amenazando congestiones de estos órganos. Las aplicaciones de sanguijuelas hechas periódicamente á la márgen del ano ó en la region

precordial pueden ser de bastante utilidad para desahogar el aparato respiratorio y el cerebro de la sangre que en ellos se acumula, mas tanto las sangrías como las aplicaciones de sanguijuelas deben practicarse con observacion para suspenderlas en cuanto se sospeche que dañan. Algunos han recomendado las preparaciones iódicas y mercuriales, pero sin resultado. Se han recomendado igualmente los purgantes, los que indudablemente ejercen una accion ventajosa, porque además de disminuir la energía de las contracciones del corazon hacen una deplecion indirecta de los vasos sanguíneos y combaten las hidropesías que se presentan en época avanzada, haciendo que la economía se descarte de una gran cantidad de flúido seroso. La digital, que se ha recomendado tambien, tiene la ventaja de moderar las contracciones del corazon y por su virtud diurética la de combatir las hidropesías; será conveniente cuando se la emplee asociarla al ópio ó la belladona. Tambien se ha recurrido á los sedantes como el ácido hidrociánico, el agua del laurel real y la mistura amigdalina de la Farmacopea española, cuyos medicamentos son ventajosospara combatir la fatiga que atormenta á los enfermos. Algunos aseguran que da muy buenos resultados la *cura por las uvas*, prescribiendo tres ó cuatro libras al dia al mismo tiempo que se disminuye la cantidad de los demás alimentos. Tambien se han recomendado las cantáridas, el sedal y los moxas á la region precordial, pero parece que estos medios son inútiles y aun peligrosos.

HIPERTROFIA DEL HÍGADO.

Etiología. Las causas de la hipertrofia del hígado son oscuras, aunque es probable que repetidas congestiones desarrollen un exceso de nutricion en el hígado que da lugar á la enfermedad.

Sintomatología. Casi nunca aquejan dolor los enfermos; hay ampliacion de la base del pecho en el lado derecho; por la palpacion se nota un tumor duro, igual, resistente por debajo de las costillas, que presenta un borde cortante; la percusion da un sonido á macizo sobre la region hepática, en mayor extension de la que corresponde al estado normal; además hay dificultad en las digestiones, diarrea de tiempo en

tiempo y disminucion progresiva de las fuerzas; no hay calentura como no exista complicacion y nunca existe ascitis.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es progresivo, tiene una duracion muy larga y puede causar por sí la muerte, aunque los pacientes generalmente fallecen de resultas de alguna complicacion.

Anatomía patológica. El hígado está más aumentado de volúmen, tanto que ocupa el epigastrio y los dos hipocondrios, pudiendo bajar hasta el nivel del ombligo y aun más abajo, y subir hasta el nivel de la sétima costilla verdadera. Su peso está aumentado en proporcion á su volúmen, pudiendo llegar á pesar hasta 14,28 y 40 libras. Generalmente conserva el hígado su configuracion, consistencia y color.

Diagnóstico. El sitio del tumor, su forma y el estar limitado por un borde cortante inferior, indica que está formado por el hígado. Este aumento de volúmen del hígado, comprobado por la percusion, no puede confundirse con la congestion de dicho órgano, porque esta se desarrolla con rapidez; tampoco puede confundirse el aumento de volúmen debido á la hipertrofia con el debido al desarrollo de quistes, porque en este último caso hay alteracion en la configuracion del hígado.

Pronóstico. El pronóstico es grave porque la hipertrofia es al parecer incurable.

Tratamiento. Se emplean contra esta enfermedad las aplicaciones de sanguijuelas al hipocondrio derecho y al ano, los purgantes repetidos, los mercuriales y los preparados de iodo al interior y en fricciones en forma de pomada, las aguas alcalinas y los medicamentos de la misma clase.

CIRROSIS DEL HÍGADO.

Definicion. La cirrosis es una alteracion del hígado caracterizada por el predominio hipertrófico del tejido conectivo del órgano á expensas de la red vascular, que poco á poco desaparece por compresion.

Etiología. Esta enfermedad ataca de preferencia á la edad adulta y el sexo masculino, sin que se puedan determinar las demás causas predisponentes y ocasionales. Parece ser que el alcoholismo es una de sus causas productoras; tambien se ha

asegurado por Bequerel que la originan las lesiones cardiacas y pulmonares, aunque lo han contradicho Frerichs y otros. Tambien se manifiesta esta lesion en la sífilis constitucional.

Sintomatología. Generalmente empieza la afeccion de un modo oscuro, y solo se hacen apreciables los síntomas cuando ha tomado cierto incremento. Los primeros síntomas que se observan son: desarreglos digestivos, como dispepsia, gastralgia, desarrollo de flatuosidades y extreñimiento, á los que se suelen agregar dolor en el hipocondrio derecho y color ictérico de la piel. Confirmada la dolencia, se gradúan y hacen más permanentes estos síntomas, y se presentan, si no existian ya, el dolor en el hipocondrio derecho, que es sordo, obtuso, y se extiende hácia el ombligo ó region lumbar; y la coloracion ictérica de la piel, que puede ser más ó ménos oscura, síntoma cuya existencia se ha negado por algunos. Uno de los síntomas constantes de la enfermedad es la ascitis, que se desarrolla en época variable; es muy considerable, y se acompaña de distension varicosa de las venas de las paredes del vientre. Hay demacracion de la cara, el pecho y miembros, que contrasta con el volúmen exagerado de la parte inferior del cuerpo, y más especialmente del abdómen á causa de la ascitis y el edema de los miembros inferiores, que se desarrolla por lo general posteriormente á aquella. Por la palpacion y la percusion se ve que el hígado tiene su volúmen normal, pero frecuentemente más pequeño, así como por el mismo medio exploratorio se encuentra el bazo infartado. Hay disnea, anorexia más ó ménos completa, eruptos, vómitos, digestiones difíciles, demacracion y abatimiento de fuerzas. Las orinas tienen un color de naranja oscuro ó rojizo; son muy densas y están cargadas de una cantidad anormal de urato ácido de amoniaco, que se precipita por el enfriamiento ó por la adicion de una corta cantidad de ácido nítrico. Hácia el fin de la enfermedad, el pulso, que habia permanecido tranquilo, se hace frecuente é irregular; la lengua se pone roja y seca; las deposiciones son involuntarias, y un aniquilamiento con frialdad del cuerpo y trastornos de la inteligencia, como delirio y coma, preceden á la muerte.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la enfermedad puede ser agudo, lo cual es muy raro, ó crónico. La duracion en el primer caso es de cinco ó seis semanas ó tres meses, y

en el segundo rara vez menor de tres ó cuatro meses. La terminacion es por la muerte, ya por la debilidad y estado caquéctico que acompaña á la forma crónica, ya como consecuencia de la ascitis, ya por efecto de alguna complicacion.

Anatomía patológica. Tres grados ó períodos se han reconocido en la *cirrosis*. El 1.° la forma del hígado no se ha alterado, su volúmen es normal ó algo aumentado; hecha una seccion en el órgano se encuentra hipertrofiada la sustancia amarilla y sus granulaciones están aumentadas de volúmen, al mismo tiempo que hay compresion de las líneas rojas interlobulares. La sangre penetra con dificultad en la sustancia amarilla, así como otro cualquier líquido que se inyecta, sea cualquiera el grado de congestion de los diferentes órganos. En el 2.° período el hígado está disminuido de volúmen, se presenta desigual y sembrado de abolladuras ó mamelones, generalmente pequeños, aunque de diverso volúmen, irregulares, de color amarillo rojizo, apretados unos contra otros y separados en algunos casos por tejido celular muy denso, que constituye los restos de la sustancia roja ó interlobular. Estos mamelones se distinguen bien cuando se levanta la cápsula de Glisson, que está más ó ménos adherida al tejido subyacente. En el tercer período se reblandecen las granulaciones y se cambian en un putrílago oscuro verdoso, inodoro y un poco viscoso. Algunas veces se observan pequeñas cavidades, unas vacías y tapizadas de una membrana célulo-fibrosa, y las otras llenas de un líquido gelatinoso, verdoso y poco consistente.—La vejiga biliar está sana y contiene bílis flúida amarillenta en corta cantidad. En algunas ocasiones se encuentran lesiones en el corazon, riñones ó pulmones.

Diagnóstico. El diagnóstico de la cirrosis es difícil, y solo puede establecerse por exclusion; así podremos sospechar la existencia de la enfermedad cuando en un sugeto que presenta ascitis no se encuentra ninguna lesion de las que con frecuencia la determinan.

Pronóstico. Es siempre grave, y tanto más cuanto más complicada sea la enfermedad.

Tratamiento. Todos los medios empleados hasta el dia, como sanguijuelas, vejigatorios, revulsivos, diuréticos, purgantes, tónicos, alcalinos y mercuriales no han producido resultado alguno ventajoso. Tenemos pues que limitarnos á sostener las fuerzas generales y corregir los accidentes que se presenten; para llenar la primera indicacion se dará una alimentacion analéptica, pero que tolere el enfermo, los amargos y los ferruginosos. Los alcalinos están indicados para atenuar la crasitud de las mucosidades que ocupan el estómago é intestinos; los purgantes para combatir el extreñimiento; los astringentes para cohibir las hemorragias que á veces sobrevienen en este padecimiento. Si se sospecha que la enfermedad tiene un orígen sifilítico se instituirá un tratamiento que tenga por base el ioduro potásico. Cuando la ascitis es muy considerable conviene practicar la paracentesis para aliviar al enfermo, aunque sea por corto tiempo.

HIPERTROFIA DEL BAZO.

Etiología. Producen la hipertrofia del bazo las intermitentes que han durado mucho tiempo y el habitar en países pantanosos. Tambien se han observado algunas desarrolladas sin causa apreciable.

Sintomatología. El bazo puede adquirir á veces un volúmen extraordinario sin que se resienta la salud de los sugetos; pero estos casos son excepcionales y la hipertrofia desarrolla siempre síntomas de más ó ménos consideracion. En los enfermos afectos de esta enfermedad se nota mayor ampliacion del hipocondrio izquierdo, en el que suelen sentir los enfermos peso é incomodidad; por medio de la palpitacion se nota en la misma region un tumor duro, de superficie desigual, limitado por abajo y adelante por un borde obtuso y que superiormente se prolonga en el hipocondrio izquierdo; por la percusion se percibe un sonido á macizo que indica el aumento de volúmen del órgano. Cuando la hipertrofia se desarrolla lentamente, los enfermos se debilitan gradualmente, se ponen pálidos, y los individuos morenos toman un aspecto terroso; los labios y las mucosas visibles se ponen igualmente muy pálidos y exangues. Algunos enfermos tienen opresion, disnea y tos seca; muchos tienen anorexia y hacen con dificultad las digestiones. Adelantada más ó ménos la enfermedad, se presenta ascitis y edema en las extremidades inferiores y por fin sobreviene la muerte.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enferme-

dad es crónico y puede durar varios meses, uno ó muchos años. Aunque algunos aseguran que puede curar, han debido confundir la hipertrofia con un infarto del mismo órgano, pues es dudoso que pueda terminar por la curacion.

Anatomía patológica. Puede aumentar tanto el volúmen del bazo que llegue á tener de 35 á 50 centímetros de longitud, de 17 á 18 de latitud y 12 de grueso; el peso puede llegar hasta 6 kilógramos. El bazo conserva su forma, pero se aumenta su consistencia, y su color es rojo oscuro al principio, y rojo pálido cuando la enfermedad está más avanzada. La cápsula del bazo está generalmente engrosada, opaca y adherida con frecuencia á los órganos inmediatos.

Diagnóstico. Los signos que dejamos dicho suministran la percusion y la palpacion en el hipocondrio izquierdo; son suficientes para diagnosticar el aumento de volúmen del bazo, y su desarrollo lento para diferenciar la hipertrofia del infarto simple, porque en este la tumefaccion es rápida y sujeta á variaciones y con frecuencia hay dolores espontáneos.

Pronóstico. El pronóstico de la hipertrofia del bazo es grave, porque ejerce una influencia dañosa sobre la nutricion, empobreciendo la sangre.

Tratamiento. Cuando la hipertrofia del bazo depende de calenturas intermitentes, son útiles las preparaciones de quina y de quinina y el cambio de localidad.—Como en esta enfermedad hay depauperacion de la sangre, se hace uso de las preparaciones ferruginosas, y particularmente del cloruro de hierro amoniacal y del ioduro de hierro; así es conveniente asociar los preparados de quinina con los de hierro. Tambien se han usado al interior y en fricciones los preparados de iodo, y los alcalinos en baños y bebidas. Los chorros frios sobre la region esplénica son revulsivos de más accion que los vejigatorios y los cauterios.

ELEFANTIASIS DE LOS ÁRABES.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por una intumescencia, por una hipertrofia de la piel, del tejido celular y adiposo, que da á las partes una deformidad considerable.

Etiología. Esta enfermedad, que puede ocupar todas las partes del cuerpo, ataca más especialmente á los miembros

inferiores y principalmente las piernas. No es contagiosa, ni hereditaria, ni particular á ciertas condiciones sociales. Se presenta más raras veces en Europa que en los países cálidos, en Africa y en Asia; ataca lo mismo á los hombres que á las mujeres y se observa en cualquier edad, aunque es más frecuente en la adulta.

Sintomatología. El desarrollo de esta enfermedad va precedido de síntomas generales más ó ménos apreciables, como escalofrios, malestar, deseos de vomitar. Al mismo tiempo se siente en la extremidad que ha de ser afectada un dolor más ó ménos intenso, que sigue la direccion de la vena safena y de los principales troncos linfáticos. Estos síntomas aumentan, hay calentura y pueden presentarse uno de los dos fenómenos siguientes: ó un cordon nudoso, muy tenso y doloroso, que, partiendo de la parte inferior del miembro, se dirige al pliegue de la ingle y se acompaña de una rubicundez en forma de cinta, que sigue dicho trayecto, ó una rubicundez muy variable, eritematosa, difusa ó circunscrita, pero sin dolor. Estos fenómenos cesan al cabo de algun tiempo, pero se reproducen con intérvalos más ó ménos aproximados, y en cada acceso aumenta la tumefaccion hasta que el miembro adquiere un volúmen monstruoso. Esta tumefaccion, blanda al principio, se hace despues dura y no conserva la impresion del dedo, pero cuando ocupa una extremidad la hace asemejarse á un saco lleno; cuando ocupa el escroto, puede este adquirir el volúmen de la cabeza de un niño pequeño; cuando el pene, puede abultar como el de un caballo; cuando las mamas, pueden adquirir un volúmen enorme, y cuando la cara, las facciones se ponen desconocidas. La piel está lisa, igual, reluciente, distendida de modo que á primera vista asemeja un edema ordinario; poco á poco se pone áspera la piel y se desarrollan al mismo tiempo tubérculos, los unos confluentes debidos á sustancias pulverulentas, aglutinadas por un líquido sanioso, y debajo de los que existen ulceraciones; los otros carnosos, discretos, pediculados y mucho más voluminosos que los anteriores. Tambien hay adenopatías que corresponden á las partes afectas.

Curso, duracion y terminacion. Al principio se presenta la enfermedad por accesos, tanto más separados cuanto más próxima se halla de su comienzo. Los síntomas locales se marcan

más en cada uno de ellos y dejan una pastosidad más ó ménos persistente, hasta que el sitio afecto se hace el asiento de una tumefaccion permanente, que puede quedar estacionaria por mucho tiempo. La duracion es siempre larga, pudiendo alcanzar diez, quince ó veinte años de fecha. La terminacion por la curacion se ha observado en algunos casos raros; lo general es que la enfermedad dure toda la vida, y solo termina por la muerte cuando sobreviene la gangrena ó los enfermos tienen una mala constitucion.

Anatomía patológica. «En los sugetos que sucumben con esta enfermedad se ve que la epidermis está más gruesa, hendida y adherente. Segun las investigaciones de Andral y Th. Chevalier, las papilas están alargadas, separadas y prominentes. El dermis hipertrofiado presenta á veces un grueso de más de dos centímetros. Lo mismo sucede con el tejido celular, que á veces se ha visto contenia una sustancia semilíquida como gelatinosa; pero frecuentemente, sobre todo en las capas próximas al dermis, presenta el aspecto de un tejido lardáceo. Los músculos, á consecuencia sin duda de la compresion, están pálidos y adelgazados.»

Diagnóstico. Solo será difícil reconocer la elefantiasis en su principio cuando puede creerse en una linfangitis, ó en un flemon difuso, ó en una flegmasía *alba dolens*; pero la no existencia de las causas que producen estas enfermedades y el presentarse por accesos que se reproducen ilustra el diagnóstico. En un período avanzado no podrá tampoco confundirse con el *edema* ó la *anasarca*, porque en estas la tumefaccion es blanda y cede bajo la presion del dedo y hay además varios síntomas generales que no existen en la elefantiasis.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es grave porque es muy molesta y por lo regular incurable.

Tratamiento. Cuando se emprende el tratamiento en el principio de la enfermedad hay que combatir la inflamacion de los vasos linfáticos por medio de los antiflojísticos locales y generales, los emolientes y las fricciones mercuriales. En el estado crónico ya no son útiles estos medios y hay que recurrir á la compresion graduada por medio de un vendaje arrollado y á las fricciones con las pomadas resolutivas, ya mercuriales, ya de ioduro potásico. Al mismo tiempo es útil prescribir cada dos ó tres dias los chorros de vapor, aconsejando al enfermo que mientras duren estos practique el masaje sobre las partes afectas. Tambien se ha recomendado la amputacion de la parte afecta, pero este es un medio en el que no se puede tener completa confianza, porque se ha visto reproducirse la enfermedad en el muñon ó en otra parte del cuerpo.

ATROFIAS.

Definicion. Se entiende por atrofia el estado de un órgano ó tejido en que hay una disminucion de volúmen más ó ménos notable.

Etiología. Puede depender la atrofia de varias causas: unas veces por la menor cantidad de sangre que llega al órgano, ya á consecuencia de la ligadura ú obliteracion espontánea de la arteria principal, ya por la compresion que estorbe el paso de la sangre, ya por modificacion de la testura de los vasos capilares; otras veces por disminucion del influjo nervioso local, ya por la seccion del nervio, ya por su compresion; algunas veces es debida á la suspension ó disminucion de actividad de las funciones de un órgano; en varias puede producirla la inflamacion cuando termina por supuracion. En muchas ocasiones es imposible apreciar las causas de la atrofia.

Caractéres. La atrofia produce en los órganos que invade notables modificaciones, siendo una de las más notables la disminucion de volúmen mediante el adelgazamiento de las membranas y la reduccion de la masa de los parenquimas; sin embargo, hay casos en que á pesar de existir la atrofia no disminuye el volúmen de los órganos, como sucede cuando el tejido de estos se rareface, observándose esto en los pulmones y en los huesos. La consistencia del órgano puede ser mayor ó menor que en el estado normal; pero lo general es que esté disminuida, ya presentando una flacidez insólita, ya friabilidad, ya verdadero reblandecimiento. Además de estos cambios hay el de color, pues los órganos atrofiados palidecen, su testura se altera, las arterias se obliteran ó disminuyen de calibre y el tejido propio del órgano va disminuyendo, y aun á veces desaparece del todo, siendo reemplazado por un tejido celular ó fibroso.

Los síntomas á que da lugar la atrofia son los propios del decaimiento ó suspension de la actividad funcional del órgano, y si este es importante para la vida, el compromiso consiguiente de esta.

Tratamiento. El tratamiento de la atrofia es paliativo y debe consistir en activar el ejercicio del órgano, aumentar las condiciones plásticas de la sangre y someter al enfermo á un régimen reparador.

ATROFIA DEL CEREBRO.

Definicion. Es una afeccion que consiste en la disminucion de volúmen y nutricion de parte ó de la totalidad del cerebro. Este puede estar disminuido de volúmen por una falta congénita de desarrollo, pero en este caso el vicio de conformacion que resulta se conoce con el nombre de *agenesia*.

Etiología. La agenesia tiene una etiología oscura y es probablemente debida á una inflamacion del cerebro, de las meninges ó del cráneo. La verdadera atrofia puede ser dependiente de los progresos de la edad, constituyendo la atrofia senil; puede depender de una meningitis crónica ó de procesos inflamatorios de la sustancia cortical; puede ser originada por la compresion que sobre el cerebro ejerzan ciertos tumores ó derrames, ó depender de un reblandecimiento cerebral.

Sintomatología. Segun Calmeil, hay paralísis de los cuatro miembros, de una mitad del cuerpo, ó de una sola extremidad, segun el sitio afectado del cerebro, notándose además que hay una contractura más ó ménos fuerte en los miembros paralizados, los que tambien están atrofiados: bastantes enfermos padecen epilepsias; algunos tienen disminuida la sensibilidad, á veces hay estrabismo, las facciones están torcidas y hay dificultad de hablar; en otras están debilitados los sentidos, pero esto es poco frecuente. Las facultades intelectuales tambien sufren en la atrofia del cerebro; así hay decaimiento de la memoria, el talento es limitado, el carácter desigual, las pasiones nulas ó violentas; sin embargo, se han visto casos en que los enfermos han conservado íntegras las facultades intelectuales.

Duracion y terminaciones. La atrofia cerebral tiene una

larga duracion. Pocos enfermos mueren á consecuencia de ella, sino de una afeccion intercurrente.

Anatomía patológica. Cuando la atrofia es general «el cerebro se presenta más pequeño, más resistente, puede hallarse notablemente disminuido de volúmen; los hemisferios no están en contacto con el cráneo; las circunvoluciones son más pequeñas y las anfractuosidades más desarrolladas, al mismo tiempo que hay ensanchamiento de las cavidades de los ventrículos, el líquido encéfalo-raquidiano que se segrega en tal caso en más abundancia es el encargado de llenar los vacíos. La atrofia del cerebro, en lugar de ser general, puede encontrarse limitada á una mitad, á una parte de los hemisferios, á los tálamos ópticos, á los tubérculos cuadrigéminos.»

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad ofrece bastantes dificultades, y solo puede establecerse por el método de exclusion.

Pronóstico. Es grave, porque es una enfermedad incurable.

Tratamiento. El tratamiento es enteramente paliativo, limitándose á combatir los síntomas graves.

ATROFIA DEL CORAZON.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en la disminucion del peso y volúmen del corazon. Se conocen tres especies de atrofia, que son: la *atrofia concéntrica*, en que además del adelgazamiento de las paredes del órgano hay disminucion de capacidad de las cavidades; la *atrofia simple*, que consiste en el adelgazamiento de las paredes del corazon, conservando las cavidades su capacidad normal; y la *atrofia excéntrica*, en la que las cavidades son mayores y el grueso de las paredes del órgano está disminuido.

Etiología. Es debida á causas que alteren profundamente la nutricion general, como una alimentacion insuficiente, las enfermedades graves que producen el marasmo y todas las causas debilitantes. Tambien puede ser producida por una presion exterior, como la que producen los grandes derrames del pericardio y los engrosamientos fibrosos de la hoja visceral de esta membrana. Las estrecheces de las arterias coronarias dan tambien lugar á la atrofia.

Sintomatología. Los síntomas de esta lesion son: disminucion del espacio en que se percibe el sonido á macizo precordial; pequeñez y debilidad de los latidos del corazon; falta de impulsion; ruidos del corazon débiles é imperceptibles, ó bien sordos y oscuros, que pueden estar sustituidos por ruidos anormales; pulso pequeño, delgado y contraido. Cuando la enfermedad es dependiente de un marasmo general, se notan todos los síntomas de empobrecimiento de la sangre, pero rara vez hay una hidropesía intensa ó una cianosis marcada. Cuando resulta de otras causas suelen quejarse los enfermos al principio de latidos del corazon, y tambien puede observarse cianosis, hidropesía general y disnea á menudo muy considerable.

Tratamiento. No puede indicarse un tratamiento uniforme porque debe variar segun las causas, pero es útil evitar las fatigas, prescribir un régimen analéptico y usar los tónicos y los ferruginosos.

ATROFIA DEL PULMON.

Definicion. La atrofia del pulmon consiste en el adelgazamiento, perforacion y desaparicion sucesivas de los tabiques alveolares, causados por una nutricion insuficiente del pulmon.

Etiología. Por lo comun se presenta esta enfermedad al mismo tiempo que el marasmo general, en la vejez. Los tubérculos y los derrames pleuríticos pueden producirla.

Sintomatología. Los síntomas á que da lugar la atrofia del pulmon son: menor capacidad de la cavidad del torax; la percusion produce un sonido claro en todo el pecho, pero el sonido á macizo correspondiente al corazon y al hígado es más extenso; por la auscultacion se percibe un murmullo respiratorio áspero; la respiracion es corta, y se presenta muchas veces un tinte ictérico ó violado de los lábios y mejillas.

Anatomía patológica. El pulmon está disminuido de volúmen; su tejido está flojo, seco y exangue, y tiene una coloracion oscura; existen cavidades producidas por la reunion de mayor ó menor número de vexículas á consecuencia de la desaparicion de sus tabiques. Estas cavidades son á veces tan

considerables, que puede no consistir el pulmon en otra cosa que en una red de grandes mallas.

Tratamiento. No es posible entablar ningun tratamiento.

ATROFIA DEL HÍGADO.

Definicion. Es una afeccion en que hay disminucion del peso y volúmen del hígado.

Etiología. La atrofia puede ser primitiva, sin que sea posible determinar las causas que la producen; otras veces es consecutiva á la compresion que ejercen ciertos tumores sobre el parenquima, ó á la obliteracion de algun vaso sanguíneo.

Sintomatología. Esta enfermedad es muy oscura en su principio, pues solo se nota que los individuos se decoloran, demacran y pierden fuerzas, al propio tiempo que en algunos casos se hacen las digestiones con dificultad. Más adelantada la enfermedad, se empieza á presentar la ascitis, que va aumentando á medida que progresa; nunca hay dolor en el hipocondrio derecho y casi nunca ictericia; por la percusion se nota disminuido el volúmen del hígado.

Curso, duracion y terminacion. El curso de la enfermedad es crónico; su duracion larga, y su terminacion más constante la muerte.

Anatomía patológica. La atrofia puede afectar á todo el hígado ó á una parte de él; el volúmen del órgano, así como su peso, son menores; su forma no se altera sino cuando la atrofia es parcial. El tejido del órgano se presenta descolorido y amarillento, y su consistencia puede ser la normal ó estar endurecido ó reblandecido. En la forma descrita por Andral de *atrofia con rarefaccion*, el tejido del hígado está poroso y enrarecido, falta en algunos casos y le reemplaza un tejido celular.

Pronóstico. La atrofia del hígado es grave por ser una enfermedad incurable.

ULCERACION.

Definicion. Diversas definiciones se han dado de esta lesion, pero entre ellas encontramos preferible la de Grisolle, el cual dice que «está caracterizada por una solucion de conti-

nuidad, que se verifica por lo comun espontáneamente en un tejido, por efecto de su reabsorcion preternatural, y sostenida por una causa local ó general.»

Etiología. Las causas de las úlceras unas son locales y otras constitucionales; entre las primeras están las caidas, golpes, plétora, debilidad local, agentes químicos irritantes, etc., y otras que se estudian en la patología quirúrgica. Las constitucionales son varias, como la sífilis, el escorbuto, el vicio escrofuloso, el canceroso y otros que determinan la erosion de los tejidos.

Caractéres. Las úlceras se presentan comunmente en el tegumento externo é interno, en los intersticios y aun en el interior de los órganos, pero atacan de preferencia á la piel y á las membranas mucosas. Las úlceras varían en número, extension, configuracion y aspecto de su superficie. La hiperemia que precede á toda ulceracion puede persistir cambiando su color hasta el extremo de que desaparezca del todo, en cuyo caso las cercanías de la úlcera quedan sin sangre, especialmente su fondo y bordes. Unas úlceras se extienden principalmente en superficie, al paso que otras lo hacen en profundidad. Cuando estas ocupan órganos huecos pueden invadir todos los tejidos que los forman y producir su perforacion, ya comunicando con una cavidad natural ó accidental, ya estableciendo préviamente adherencias entre el órgano que se ulcera y los más próximos.

ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO.

Etiología. La úlcera simple del estómago se encuentra raras veces en la infancia, pero es muy frecuente hácia la edad de la pubertad; la mujer la padece con más frecuencia que el hombre. Puede ser producida por el uso de bebidas y alimentos muy frios ó muy calientes, por el abuso de los espirituosos y demás extravíos del régimen, y por todas las que determinan la gastritis.

Sintomatología. La enfermedad se caracteriza por los fenómenos siguientes: apetito nulo ó extravagante; tristeza profunda; lengua encendida y resquebrajada; sed intensa casi siempre; digestiones laboriosas; frecuentes eruptos y pirosis; dolor epigástrico circunscrito al apéndice xifoides del esternon, que es terebrante ó quemante, se repite por crísis, se exaspera por la presion ó por la ingestion de los alimentos, y tanto más cuanto más ásperos y ménos divididos hayan sido, se alivian por el vómito; algunas veces este dolor gastrálgico consiste en un malestar de estómago. Otro de los síntomas bastante comunes es el vómito, que sobreviene más ó ménos tiempo despues de la comida y está constituido por alimentos más ó ménos modificados y mezclados con mucosidades, por un líquido ácido, por sustancias negruzcas parecidas á posos de café, ó por sangre pura y rutilante, que es lo más frecuente; hay además extreñimiento habitual, aunque en ocasiones se presentan deposiciones de sangre más ó ménos alterada. En unos casos puede deteriorarse la constitucion del enfermo desde el principio, perder este las fuerzas, demacrarse y tomar un tinte pálido y caquéctico, y en otros no alterarse casi nada la nutricion.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta afeccion es generalmente muy lento, pudiendo presentar remisiones y exacerbaciones, pero á veces puede sobrevenir la muerte en algunas horas ó semanas. Su duracion es variable y en relacion con el curso que afecta la enfermedad. La terminacion más frecuente de esta es por la curacion, disminuyendo poco á poco los síntomas morbosos y restableciéndose completamente la nutricion; tambien puede terminar por una curacion incompleta; en otros casos el término de la enfermedad es por la muerte, ya por la perforacion de las paredes del estómago y la entrada de su contenido en la cavidad peritoneal, ya por una hemorragia del estómago, ya por una consuncion lenta.

Anatomía patológica. La úlcera simple del estómago es única la mayor parte de las veces, ocupa de preferencia las dos corvaduras del estómago, y sobre todo la menor en su mitad pilórica; es del tamaño de una moneda de dos pesetas hasta la de un duro, de superficie igual, bordes lisos, adheridos ó desprendidos y forma circular, elíptica ó anfractuosa. Esta úlcera puede invadir solo á la membrana mucosa, ó extenderse á todos los tejidos y aun perforar el estómago, estableciendo comunicacion entre él y el peritoneo, á ménos que antes no se establezcan adherencias con los órganos inmediatos. Esta úlcera puede cicatrizarse dejando solo una depresion lisa y blanquecina de la mucosa cuando es superficial, pues cuando

la úlcera es profunda, la cicatriz queda desigual y fruncida.

Diagnóstico. El diagnóstico entre la úlcera simple y el cáncer del estómago es á veces bastante difícil, porque los síntomas y marcha de ambas enfermedades se parecen mucho; además, tanto el dolor gastrálgico con sus puntos xifóideo y raquidiano, como las hemorragias intestinal y gástrica, son comunes á otras varias enfermedades; sin embargo, podremos decidirnos más bien por la existencia de una úlcera simple cuando la hemorragia se presente como uno de los primeros síntomas de la afeccion, cuando el enfermo tenga poca edad, cuando no exista tumor epigástrico, cuando la marcha de la afeccion no sea contínua, y por fin cuando el estado general sea satisfactorio y no haya caquexia.

Pronóstico. Esta enfermedad tiene alguna gravedad, pues puede terminar por la muerte, y en algunos de los casos en que se cicatriza, esta cicatrizacion puede producir impedimento en las digestiones.

Tratamiento. Generalmente no se puede llenar en esta enfermedad la indicacion causal, pero la indicacion morbosa exige ante todo que no se permita al enfermo sino una alimentacion lo más suave posible, y con preferencia en forma líquida, lo que se consigue con la dieta láctea siempre que sea tolerada por el enfermo, pues caso de que esto no suceda se prescribirán sopas de caldo con adicion del extracto de carne de Liebig. Entre los medicamentos, los preferibles son los alcalinos, el agua de cal, de magnesia, las aguas minerales de Panticosa, Cestona, Santa Agueda, Lanjaron, Graena, Villatoya, Trillo y Puerto Llano, dadas á pequeñas dósis. Si el tratamiento no da resultado, se hace uso del nitrato de plata como agente sustitutivo á la dósis de 5 á 10 centígramos al dia, en píldoras de 1 centígramo cada una, ó el subnitrato de bismuto á la dósis de 2 á 3 gramos tres veces al dia, una hora antes de comer. Para combatir los dolores se hace uso de la morfina á la dósis de 4 á 6 milígramos, ó del extracto de ópio administrados al tiempo de comer. Para calmar el vómito se hace uso de los narcóticos ó de terroncitos de nieve, y cuando nada basta, se suelen obtener buenos resultados de la creosota (4 gotas en 180 gramos de agua para tomar á cucharadas), ó de la tintura de iodo (2 á 3 gotas en agua azucarada). Contra las hemorragias se emplean los astringentes.

LESIONES DEPENDIENTES DE LA ALTERACION

EN LA CONSISTENCIA DE LAS MOLÉCULAS.

INFARTOS.

La formacion de los infartos la consideramos del modo siguiente: Determinada en un órgano una gran fluxion, ya sanguínea, ya inflamatoria, resulta que el gran aflujo de sangre, distendiendo en demasía los vasos capilares, los hace perder ó debilita su contractilidad, de donde resulta que parte de la sangre que á ellos ha acudido durante el orgasmo fluxionario no vuelve al torrente circulatorio, produce estancacion en los capilares además de determinar una exudacion del plasma al través de sus paredes, á cuyos fenómenos se une el derrame, que se efectúa en los intersticios areolares por la rotura de algunos vasos. Reabsorbida la parte serosa de estos materiales estancados, quedan la albúmina, la fibrina y la colesterina concretadas, que obstruyen los capilares y los espacios intermedios y comprimen los tejidos en que se hallan depositados, de todo lo cual resulta que el órgano se vuelve más denso y consistente y cambia de color. Cuando la causa del infarto es la congestion simple, los órganos no tienen tanta consistencia ni están tan blancos como cuando es su causa una fluxion inflamatoria, porque en este caso la sangre es más plástica y más rica en fibrina y colesterina, y por consiguiente más densas y blanquecinas las concreciones de estos principios. La obliteracion de los vasos capilares imposibilita las funciones del órgano é interrumpe el círculo sanguíneo, que se suple por los capilares colaterales no comprendidos en el infarto.

INFARTO DEL PULMON.

Definicion. Es una enfermedad consistente en un cambio de nutricion por el que el pulmon se hace impermeable, fibroso y duro.

Etiología. Esta lesion es consecutiva á la pulmonía aguda que no se resuelve ni supura, ó á la compresion que sufre el parenquima pulmonar por un derrame pleurítico. Se asocia esta lesion á otros padecimientos crónicos pulmonares, especialmente á los tubérculos.

Sintomatología. Dificultad de la respiracion, tos más bien seca que húmeda, en cuyo caso se acompaña de espectoracion sero-mucosa de color agrisado, decúbito sobre el lado afecto. La percusion da un sonido á macizo en toda la extension del infarto, que generalmente ocupa la inferior y posterior de uno de los pulmones, en cuyo sitio hay ausencia del murmullo respiratorio. En las partes superiores del pulmon se percibe por la auscultacion respiracion pueril y aun bronquial; en las partes próximas al infarto pueden percibirse estertores vibrantes ó burbujosos; la voz percibida en la extension del infarto presenta un sonido de eco lejano. Cuando avanzada la lesion se deseca el pulmon y viene á quedar en un estado de atrofia, se reduce el diámetro de la cavidad torácica deprimiéndose esta; en el último período de la enfermedad sobrevienen hidropesías. En esta enfermedad no hay calentura.

Pronóstico. Como el infarto del pulmon es una enfermedad consecutiva, su pronóstico depende de la afeccion primitiva, aunque de un modo general puede considerarse grave.

Tratamiento. Cuando la enfermedad depende de una pulmonía aguda se procurará obtener la absorcion de los materiales acumulados por medio de los antimoniales y la goma amoniaco, solos ó asociados á algun calmante, y los vejigatorios aplicados con constancia sobre la region afecta. Tambien pueden emplearse como resolutivos los alcalinos, el jabon medicinal y los carbonatos sódico y potásico. Igual efecto producirán las aguas minerales sulfurosas ó salinas termales en bebida y en inhalaciones. Cuando reconozca otro orígen se dispondrá el régimen del catarro crónico, los calmantes y los balsámicos.

INFARTO DEL HÍGADO.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por un cambio de nutricion del hígado, en que, conservando este su textura granulosa, aumenta el volúmen y densidad, pero en la que,

avanzada la afeccion, sobreviene la atrofia con endurecimiento.

Etiología. Esta afeccion es unas veces consecutiva á una inflamacion aguda no resuelta, otras á congestiones repetidas y otras á éxtasis sanguíneos, como los producidos durante el período del frio en las fiebres intermitentes, ó por el entorpecimiento de la circulacion por lesiones orgánicas del aparato respiratorio y del circulatorio.

Sintomatología. Los síntomas que caracterizan esta afeccion son: anorexias, dispepsia duodenal, desarrollo de gases en el tubo digestivo, extreñimiento alternado con la diarrea, sensacion de peso ó dolor obtuso en el hipocondrio derecho, tension en el mismo y en la region epigástrica; por la palpacion se reconoce que el hígado sobresale una ó dos pulgadas por debajo de las costillas; por la palpacion se percibe un sonido á macizo mayor que en el estado normal. La piel toma un color pálido amarillento, pero no ictérico; cuando el mal está avanzado se presenta la ascitis, y posteriormente el edema de las extremidades inferiores. La orina es escasa, turbia y rojiza; la respiracion es difícil; hay tos frecuente y seca. La enfermedad no se acompaña de calentura, á no ser hácia su fin, que se suele presentar con carácter ataxo-adinámico.

Curso, duracion y terminacion. Sigue la enfermedad un curso crónico, es de larga duracion y su terminacion es por la muerte cuando no se ha conseguido corregirla en su principio.

Anatomía patológica. En los primeros tiempos de la enfermedad está aumentado el volúmen del hígado, así como su densidad, pero se conserva su textura granulosa; cuando se corta el órgano se presenta una infiltracion rojizo-agrisada cuando procede de inflamacion, ó rojizo-oscura cuando de un estado congestivo. El peritoneo está liso, engrosado ligeramente y con manchas blanquecinas. En una época avanzada del padecimiento sobreviene la atrofia con endurecimiento á consecuencia de la desaparicion de los vasos sanguíneos, disminuye el volúmen del órgano, toma este un color agrisado y su textura ofrece un aspecto más bien fibroso que granuloso.

Pronóstico. Es siempre de consideracion, aun cuando puede aspirarse á contener sus progresos y corregirla cuando no ha pasado el infarto del estado congestivo.

Tratamiento. Se someterá el enfermo á un régimen severo, prohibiendo todo alimento grasoso y difícil de digerir, así como tambien las bebidas espirituosas, concediendo al tiempo de las comidas la cerveza sola ó asociada al agua simple ó de Seltz. Para facilitar las digestiones se empleará antes de cada comida el bicarbonato sódico á la dósis de 50 centígramos á 2 gramos, ya solo, ya asociado á 30 ó 60 centígramos de ruibarbo en polvo en una taza de infusion de manzanilla ó de cuasia. Se desingurgitará el hígado mediante la aplicacion de sanguijuelas al ano ó al hipocondrio, repetidas cada quince dias, y se favorecerá su resolucion con los alcalinos, como el bicarbonato de sosa, el tartrato potásico, el sulfato sódico, el jabon medicinal unido á los calomelanos, en píldoras que contengan cada una 30 centígramos del primero y 25 miligramos del segundo. Tambien se procurará la resolucion con fricciones sobre el hipocondrio derecho con la pomada de ioduro potásico con extracto de cicuta, ó con la aplicacion del emplasto de cicuta jabonoso. Además de estos medios se usarán de vez en cuando los purgantes salinos; se aconsejará que el enfermo se abrigue interiormente y haga un ejercicio moderado. Si la lesion ha pasado al estado atrófico, son inútiles todos los esfuerzos de la terapéutica, y solo nos resta sostener las fuerzas con una alimentacion reparadora y combatir los síntomas que se presenten.

INDURACION.

Definicion. La induracion es el aumento de consistencia normal de los tejidos sin alteracion de textura, pero con mayor densidad.

Etiología. Es producida por una perversion de la nutricion, consecutiva muchas veces á las flegmasías, pero que en otros casos puede sobrevenir lentamente sin causa apreciable.

Caractéres. Los tejidos y órganos indurados resisten cuando se los quiere desgarrar ó romper; igualmente ofrecen marcada resistencia á la incision. El volúmen de las partes endurecidas es variable, pues en unos casos es el mismo y en otros mayor ó menor. En cuanto al color, en unos casos hay decoloracion de los órganos, en otros una coloracion insólita, gris, amarilla y negra.

Tratamiento. Cuando la induracion ha sido precedida de hiperemia activa conviene disminuir la sangre; cuando el órgano ó tejido esté anémico ó empobrecido de vida, conviene estimular ó irritar el órgano ó tejido.

INDURACION DEL CEREBRO.

Etiología. La induracion del cerebro puede ser general ó parcial. La induracion general, que casi siempre es aguda, se ha observado en las calenturas graves y en la encefalopatía saturnina. La induracion parcial, que es siempre crónica, parece que es debida en el mayor número de casos á una perversion de la nutricion, y en otros consecutiva á una encefalitis circunscrita ó á un reblandecimiento.

Sintomatología. No se puede trazar el cuadro sintomatológico de esta afeccion, pues ha coincidido con la aparicion de fenómenos muy variados.

Anatomía patológica. Segun Andral, unas veces tiene el cerebro la consistencia que cuando se macera por algun tiempo en ácido nítrico diluido; otras tiene la dureza de la cera, y otras la consistencia de los fibro-cartílagos. El cerebro apenas contiene sangre.

INDURACION DE LA MÉDULA ESPINAL.

Etiología. Son completamente desconocidas sus causas.

Sintomatología. Segun Grisolle, los desórdenes funcionales que produce son los mismos que los del reblandecimiento crónico. Calmeil dice que primero se presenta paralísis en un solo miembro y luego invade al otro del mismo lado, los que poco á poco se van atrofiando; despues de mucho tiempo se afectan los otros dos. Añade que rara vez se afectan las funciones de la vejiga y el recto, y en pocas es completa la paralísis del sentimiento y del movimiento.

Curso y duracion. El curso es crónico y su duracion generalmente larga.

Anatomía patológica. En el endurecimiento de la médula, que puede ser general ó parcial, presenta este órgano el mis-

mo aspecto y consistencia que cuando se le macera por algun tiempo en ácido nítrico diluido.

Tratamiento. Es el mismo del reblandecimiento.

INDURACION DEL HÍGADO.

El hígado indurado está resistente y duro. No se conocen los accidentes á que puede dar lugar, aunque es fácil de concebir que cuando es muy considerable produzca ascitis y diferentes desarreglos gástricos.

REBLANDECIMIENTO.

Definicion. El reblandecimiento consiste en la disminucion de la cohesion de los tejidos por una modificacion en el modo de nutrirse.

Etiología. El reblandecimiento va precedido ó acompañado de una fuerte congestion ó de una inflamacion, pero estos estados no le producen, sino que se limitan á alterar el movimiento nutritivo del tejido en que se desarrolla; así pues, las causas del reblandecimiento no son por lo general apreciables, aunque á veces le determinan las malas condiciones higiénicas ó una afeccion de los órganos de la inervacion ó de la hematosis.

Caractéres. Se admiten tres grados de reblandecimiento. En el primero el tejido conserva alguna consistencia y su aspecto exterior, pero se desgarra fácilmente: en el segundo, en vez de una sustancia algo consistente se encuentra solamente una especie de pulpa; en el tercero ha desaparecido por completo dicha pulpa y solo existen algunos restos del tejido primitivo. El reblandecimiento puede afectar todo el órgano ó parte de él, y si se compone de diversos elementos anatómicos puede afectar uno ó varios de ellos. El volúmen de los tejidos reblandecidos es variable, pues mientras en unos casos se conserva el normal, en otros está aumentado y ménos frecuentemente disminuido. El color es tambien variable; así unas veces conserva el tejido el suyo propio y otras está descolorido ó presenta un color insólito, como rojo, violado, moreno, negro ó amarillo. El reblandecimiento generalmente se efectúa de un modo lento, pero en algunas ocasiones se verifica con ra-

pidez. Cuando el reblandecimiento no pasa del primer grado pueden recobrar los tejidos su consistencia normal, pero si están reducidos á pulpa no es posible que vuelvan á adquirir su consistencia primitiva; sin embargo, puede verificarse la curacion por un trabajo de cicatrizacion, dejando una señal indeleble. En este caso pueden alterarse para lo sucesivo las funciones del órgano.

REBLANDECIMIENTO DEL CEREBRO.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por una cefalalgia contínua, desórdenes de la inteligencia, hormigueo, paralísis, contractura y dolores en los miembros, y como lesion anatómica una disminucion de consistencia de la masa cerebral.

Etiología. Esta enfermedad es casi exclusiva de la vejez; ataca lo mismo á los hombres que á las mujeres y favorecen su desarrollo los extremos de la temperatura. Tambien influyen en su produccion los tumores cranianos, la presencia de un foco sanguíneo, la osificacion de las arterias, que las estrecha ú oblitera; un estado morboso de los capilares, como dilataciones, degeneraciones ateromatosas y calcáreas, éxtasis sanguíneo, extravasacion de los elementos de la sangre, las obliteraciones arteriales debidas á una embolia ó trombosis.

Sintomatología. El reblandecimiento del cerebro presenta dos variedades, una aguda y otra crónica.

Reblandecimiento agudo. Generalmente se presenta sin ningun prodromo que le anuncie, pero otras veces se anuncia por gran dolor de cabeza, vértigos, hormigueo y calambres. La forma apopletiforme se caracteriza por pérdida repentina del conocimiento, del movimiento y de la sensibilidad, como en la hemorragia cerebral, en cuyo estado fallecen muchos enfermos á los pocos dias; pero en otros se disminuyen los síntomas y se pueden observar los más ó ménos característicos del reblandecimiento gradual.—Este último se anuncia por el atontamiento ó estupor de la cara, que comunmente está pálida y muchas veces rubicunda, cuya rubicundez se detiene de pronto en la parte superior del pecho; en ocasiones se anuncia por una paralísis ligera. Hay cefalalgia intensa,

casi siempre frontal, á la que se unen: debilitacion de la inteligencia, pérdida de la memoria, dificultad de expresarse, boca torcida, á veces estrabismo, locuacidad, delirio violento ó tranquilo. Hay paralísis completa ó incompleta, ya en la cara, ya en los miembros; ménos frecuentemente rigidez y convulsiones; tambien se presentan paralísis de los sentidos, y especialmente trastornos amauróticos, paralísis de la faringe y esfínteres del ano y la vejiga, que producen retencion ó incontinencia de las heces fecales y la orina. Respecto á la sensibilidad se observa la anestesia, que se muestra por lo comun al mismo tiempo que la paralísis, aunque con ménos frecuencia que ella; la hiperestesia, demostrada por dolores y calambres, y el adormecimiento, hormigueo y punzadas incómodas.—El reblandecimiento que Durán-Fardel ha llamado *atáxico* se caracteriza por cefalalgia intensa, agitacion ó ligera turbacion de las ideas, seguidas, ya de un delirio repentino, ya de un ataque epileptiforme, ya de una hemiplegía súbita, simple ó interrumpida por contracciones tetánicas ó acompañada de convulsiones en el lado no paralizado.

Reblandecimiento crónico. Los síntomas que carazterizan esta variedad de reblandecimiento son los mismos que los del reblandecimiento agudo, á excepcion que se presentan con más lentitud, y duran más tiempo, y que al contrario de lo que sucede en el agudo, la contractura es más comun que la resolucion, aunque no es constante, presentándose bajo la forma intermitente antes de hacerse contínua.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del reblandecimiento agudo es progresivo; su duracion de uno á dos setenarios, rara vez tres. La terminacion más comun es por la muerte; raras veces disminuyen poco á poco los síntomas, y se ponen buenos los pacientes, siendo lo más comun que quede debilidad de los movimientos, paralísis incompleta y decaimiento de las facultades intelectuales. En cuanto al reblandecimiento crónico, sigue un curso creciente, pero lento; tiene una duracion indeterminada, que varía de algunos dias á muchos años, y su terminacion más frecuente es la muerte, y casi constantemente á consecuencia de alguna complicacion.

Anatomía patológica. La consistencia del cerebro está disminuida, pero variable en sus grados; unas veces da la sensacion de una gelatina algo consistente; en otras la falta de

consistencia se nota á la simple vista, estando trémula y gelatiniforme la masa cerebral; en el tercer grado se encuentra reducida á una papilla espesa ó enteramente líquida, en la que apenas se conoce, ó no se conoce, la estructura del órgano, y en el cuarto grado, hasta faltan estos vestigios de la textura cerebral. El color de la porcion reblandecida es muy variable, pues la sustancia nerviosa, ya se presenta con el color normal, ya decolorada, ya de color rojizo, amarillento, agrisado ó blanco, colores que pueden ser uniformes ó parciales. En algunos casos está fuertemente adherida la pia madre á la sustancia reblandecida. En una época avanzada de la enfermedad se encuentran otras lesiones que parecen trasformaciones de las anteriores; cuando el reblandecimiento tiene su asiento en la sustancia cortical de las circunvoluciones, se encuentran chapas amarillentas, blandas al tacto, pero resistentes, de aspecto membranoso, de diferentes gruesos, y del tamaño de una peseta ó dos. Cuando el reblandecimiento existe en las partes profundas, reabsorbida la pulpa nerviosa, solo queda una trama celular infiltrada de un líquido turbio y blanquecino. Más adelantada la afeccion, desaparece por completo por reabsorcion la pulpa nerviosa, en cuyo caso hay pérdidas de sustancia parecida á úlceras si el reblandecimiento es de la superficie, ó cavidades si es central. El reblandecimiento es siempre parcial, ocupando un espacio desde el tamaño de un guisante hasta el de una manzana, y raras veces todo un lóbulo. Segun Durand-Fardel, este reblandecimiento es más comun en las circunvoluciones que en los tálamos ópticos y cuerpos estriados. Cuando se ha verificado una suspension ó curacion del reblandecimiento, se encuentran unas veces cavidades tapizadas ó no por una membrana; otras una induracion más ó ménos extensa y de color vário; otras la materia reblandecida reunida en foco y separada del resto del cerebro por un tejido celular más ó ménos denso; otras es la misma sustancia líquida; se ha reabsorbido y dejado una cavidad en su lugar, que en unas ocasiones permanece abierta y en otras se retrae; se cierra y da lugar á una cicatriz blanca, lineal ó estrellada.

Diagnóstico. El reblandecimiento cerebral puede confundirse con varias enfermedades cerebrales. Es difícil distinguir el reblandecimiento de la encefalitis, y solo podrá sospechar-

se la existencia del primero cuando no existe fiebre, los sugetos son de edad avanzada y no han precedido causas excitantes. La meningitis puede distinguirse del reblandecimiento por la calentura, el delirio, la cefalalgia intensa y el estado de excitacion; sin embargo, pueden presentarse tambien algunos casos dudosos, aunque la edad avanzada de los sugetos y el presentarse en un solo miembro ó lado del cuerpo los desórdenes de la sensibilidad y del movimiento nos harán sospechar la existencia del reblandecimiento. La congestion cerebral es difícil de diferenciar del principio del reblandecimiento, pero más adelante no es posible la confusion porque los fenómenos congestivos son pasajeros; además, en el reblandecimiento los síntomas no ocupan generalmente más que un lado del cuerpo, al paso que en la congestion sucede comunmente lo contrario. Tambien es difícil distinguir una apoplegía del reblandecimiento; sin embargo, parece que una hemiplegía completa que se muestra de repente sin pérdida de la inteligencia, las variaciones que de un momento á otro experimenta la paralísis, los dolores espontáneos que se presentan en los sitios que ella ocupa y la abolicion de la sensibilidad, son signos más propios del reblandecimiento. Los tumores y degeneraciones en el interior del cráneo dan síntomas que hacen asemejar estas enfermedades al reblandecimiento crónico; sin embargo, podrá sospecharse la existencia de aquellas más bien que este cuando hay una cefalalgia intensa limitada á un lado del cráneo que se prolonga y se acompaña ó no de vómitos, de ceguera ó de alteraciones de la vista sin paralísis, y mucho más si á estos fenómenos se agregan accesos epileptiformes, con ó sin paralísis en los intérvalos. Una vez establecido el diagnóstico del reblandecimiento cerebral, puede determinarse el lado del cerebro que padece, que es el opuesto á la paralísis, pero no es posible localizar más la afeccion.

Pronóstico. El pronóstico del reblandecimiento del cerebro es muy grave y está en razon directa de la extension de la lesion. La forma crónica es más grave que la aguda. La edad avanzada es circunstancia que agrava tambien el pronóstico. Debe temerse la terminacion fatal cuando los síntomas, en vez de aminorarse, se agravan, y cuando al mismo tiempo se pone débil y pequeño el pulso.

Tratamiento. Si predominan los síntomas de una fluxion congestiva ó el sugeto es robusto ó pletórico, deben practicarse las sangrías, aunque en menor número que en los casos de apoplegía, y hacerse aplicaciones frias á la cabeza; se mantendrá libre el vientre por medio de los laxantes y las lavativas, siendo conveniente hacer de vez en cuando aplicaciones de sanguijuelas al ano. Si el enfermo está, por el contrario, debilitado y en un estado de atonía, se emplearán los tónicos y los estimulantes. Para favorecer la resolucion ó cicatrizacion del foco se aconseja establecer un sedal en la nuca.

REBLANDECIMIENTO DE LA MÉDULA ESPINAL.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la disminucion de consistencia del tejido de la médula. Así como el reblandecimiento del cerebro, el de la médula puede ser *agudo* ó *crónico*.

Etiología. Esta enfermedad parece que es más comun en los hombres que en las mujeres, y en la edad adulta más que en la infancia y la vejez. Las causas que la originan son muy oscuras.

Sintomatología. En el reblandecimiento agudo puede sobrevenir de repente una paraplegía, y aun en algunos casos una paralísis que afecta á todos los miembros, la vejiga y el recto, y que habiendo empezado por las extremidades inferiores hace su invasion con rapidez hácia arriba. Por lo general no ataca tan repentinamente, sino que despues de sentir los enfermos entorpecimiento, hormigueo, sensacion de frio en los miembros abdominales, por lo comun se debilitan estas partes, disminuye su sensibilidad y se presenta la paralísis, que, ya de un modo repentino, ya gradual, se hace completa. Raras veces se presentan convulsiones, rigidez y contractura. Hay deposiciones involuntarias é incontinencia ó retencion de orina. En el reblandecimiento crónico sienten los enfermos por mucho tiempo antes de confirmarse la enfermedad hormigueo, calambres y frio en los miembros. Algunos se cansan pronto; otros padecen de vez en cuando retencion de orina y extreñimiento, ó, por el contrario, verifican dichas excreciones casi de un modo involuntario; algunos presentan inercia de los órganos genitales; otros sienten dolores en varias par-

tes del cuerpo, principalmente en su mitad inferior. Algun tiempo despues se debilitan los movimientos de las extremidades inferiores, dificultando la progresion, y esta debilidad aumenta poco á poco hasta que los enfermos no pueden móverse porque los miembros caen en resolucion, ó están permanentemente rígidos y contraidos. La sensibilidad está disminuida, pero raras veces extinguida por completo, á no ser en el grado más avanzado de la enfermedad. Los miembros paralizados son con frecuencia asiento de dolores, ya sin direccion fija, ya á lo largo de un nervio, de atrofia, y á veces de edema. La paralísis de la vejiga y el recto son ménos frecuentes que en el reblandecimiento agudo. Las funciones digestiva, respiratoria y circulatoria pueden ejecutarse con facilidad si el reblandecimiento de la médula no alcanza muy alto.

Duracion y terminaciones. El reblandecimiento agudo dura solo algunos dias ó cuando más algunas semanas; pero el reblandecimiento crónico tiene una duracion variable desde algunos meses hasta veinte años ó más. La terminacion casi constante es por la muerte; pues solo en algunos casos sumamente raros puede terminar tambien por la curacion; sin embargo, cuando la terminacion no es fatal quedan débiles las partes paralizadas, muchas veces atrofiadas y sin movimiento por toda la vida.

Anatomía patológica. La médula puede presentar las mismas variedades de consistencia y de color que el reblandecimiento del cerebro, solo que, segun Calmeil, es en la mayor parte de los casos blanco. El reblandecimiento, que generalmente se limita á algunos centímetros, puede, sin embargo, afectar toda la médula; en unas ocasiones solo afecta la sustancia gris, en otras la blanca, los haces anteriores ó los posteriores, ó uno solo de ellos.

Diagnóstico. Aunque es difícil diferenciar el reblandecimiento de la mielitis, sin embargo, en esta hay más ó ménos calentura y con frecuencia dolor á la altura del sitio de la lesion, y dolores y movimientos espasmódicos en los miembros. Por la extension de la paralísis puede calcularse el sitio que ocupa la lesion.

Pronóstico. Es grave, y tanto más cuanto más agudo es su curso y más alta se encuentra la lesion.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad casi no tiene influencia sobre ella. Cuando el sugeto es jóven ó robusto, pueden aplicarse las ventosas escarificadas ó las sanguijuelas á lo largo de la columna vertebral para combatir la congestion que existe á veces, y despues se establecen en los mismos sitios cantáridas permanentes ó mejor moxas. Los baños de chorro sulfurosos ó salinos á la temperatura de 30° son de utilidad, así como las fricciones estimulantes en las partes paralizadas. La frialdad de las extremidades se combate con botellas ó saquillos calientes y la retencion de orina practicando el cateterismo. Para evitar las escaras debe cambiarse con frecuencia de posicion al enfermo.

REBLANDECIMIENTO DEL ESTÓMAGO.

Definicion. Esta afeccion depende de la disminucion de consistencia de una ó varias de las membranas que entran en la composicion del estómago, siendo la membrana mucosa la que más comunmente sufre esta alteracion.

Division. Los autores admiten dos especies de reblandecimiento del estómago, una que se ha llamado *reblandecimiento gelatiniforme*, que acomete con especialidad á los niños pequeños, y otra denominada *reblandecimiento pultáceo*, que se presenta en las demás edades y es rara vez primitiva, sino que se presenta en el curso de otras afecciones agudas ó crónicas.

Etiología. El reblandecimiento gelatiniforme reconoce por causa un destete prematuro, ó bien el uso de alimentos que no están en relacion con la delicadeza de los órganos digestivos del niño. El reblandecimiento pultáceo ó con adelgazamiento de la membrana mucosa se desarrolla á veces primitivamente en medio de la salud más perfecta, pero más frecuentemente se presenta de un modo consecutivo en los afectados de una enfermedad crónica y especialmente de la tísis.

Sintomatología. Habiendo dicho que hay dos especies de reblandecimiento del estómago, expondremos por separado sus síntomas.

Reblandecimiento gelatiniforme. Los niños afectados de este reblandecimiento tienen vómitos, de leche, de las bebi-

das que han tomado, ó biliosos; su sed es intensa é insaciable, su carácter es triste, se ven acometidos de diarrea y sus deposiciones son lientéricas ó verdes, el pulso es lento, las facultades intelectuales están intactas, hay postracion y demacracion que hace rápidos progresos.

Reblandecimiento con adelgazamiento de la mucosa. En esta enfermedad hay anorexia, sed viva, olor ácido del aliento, lengua unas veces natural, otras cubierta de una capa más ó ménos gruesa, náuseas y algunas veces vómitos verdosos por lo comun. Los enfermos se quejan de dolores intensos en el epigastrio, que en los viejos se traducen más bien por una especie de molestia ó peso; no hay fiebre, pero las fuerzas se debilitan y sobreviene la demacracion y el marasmo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del reblandecimiento del estómago sufre frecuentes irregularidades y alternativas de alivio ó agravacion. La duracion del reblandecimiento *gelatiniforme* es de un setenario á varios meses; la del reblandecimiento *con adelgazamiento de la mucosa* es de algunas semanas á dos, tres ó seis meses. La terminacion es casi constantemente por la muerte.

Anatomía patológica. En el reblandecimiento *gelatiniforme* al principio solo hay separacion de las fibras, en cuyos intérvalos hay un moco gelatinoso, de donde resulta que las paredes de la víscera están engrosadas y semitrasparentes; al cabo de algun tiempo son atacadas tambien las fibras, desapareciendo por fin, en tales términos, que el estómago se parece á una gelatina; está descolorido, trasparente, desprovisto de vasos y exhala un olor ágrio. En el *reblandecimiento simple* las partes reblandecidas tienen distintas coloraciones, pero rara vez son rojizas, sino más bien de color azulado ó amarillo; otras son de un color blanco mate ó agrisadas. La membrana mucosa es difícil de separar de la superficie á que está unida, está muy blanda y parecida á una papilla. Este reblandecimiento se presenta ya uniformemente, ya en forma de chapas, ya bajo la forma de zonas ó fajas.

Diagnóstico. Es difícil en muchas ocasiones diferenciar el reblandecimiento del estómago de la gastritis aguda, pero para aclarar el diagnóstico es necesario tener presente que en el reblandecimsento el dolor se asemeja al de la gastralgia; hay casi siempre vómitos nerviosos, el aliento es de olor ácido y el curso presenta alternativas de alivio y agravacion, señales que por lo comun no se observan en la gastritis.

Pronóstico. Aunque esta enfermedad no se la pueda tener como absolutamente incurable, es sin embargo una de las más graves.

Tratamiento. En el reblandecimiento *gelatiniforme* se pondrá á los niños al uso de la leche; se les darán baños emolientes todos los dias; se usarán lavativas con dos gotas de láudano, ó se administrará 1 centígramo de extracto gomoso de ópio. En el *reblandecimiento simple* se usará tambien la dieta láctea, sin permitir alimentos más sustanciosos hasta que desaparezcan por completo los síntomas. Para combatir el dolor se harán algunas aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio y se usarán los opiados. Los vómitos se combatirán con el agua de Seltz, las bebidas heladas ó un vejigatorio al epigastrio.

LESIONES DEPENDIENTES DE LA MORTIFICACION DE LOS TEJIDOS.

GANGRENA.

Definicion. La gangrena no es otra cosa que la mortificacion de las partes blandas, en las que se extingue la circulacion, la inervacion, el movimiento nutritivo y en su consecuencia el calor y la sensibilidad, cuyas partes, si se prolonga la vida por tiempo suficiente, quedan separadas de los tejidos vivos como un cuerpo extraño.

Etiología. Las causas de la gangrena son numerosas, así que es producida por la aplicacion de diversos agentes químicos, el exceso ó defecto del calórico, la inflamacion muy intensa, la compresion muy prolongada, raras veces la obturacion de las venas, más frecuentemente la de las arterias por las embolias ó por placas ateromatosas ó por una arteritis, la ligadura de los vasos, ciertos agentes deletéreos, como el vírus de la pústula maligna, el cornezuelo de centeno y las infiltraciones de orina ó de materias fecales, las debilitaciones profundas producidas por flujos abundantes, supuraciones

prolongadas, la miseria ó la vejez. Puede producirse en el curso de ciertas enfermedades, como las fiebres amarilla, tifoidea, eruptivas. Tambien se la ha observado en los casos en que se halla disminuida la inervacion como en la mayor parte de las afecciones de la médula.

Caractéres. Las partes gangrenadas experimentan cambio de color, poniéndose por lo comun azuladas, moradas ó negras, y aun algunas veces blanquecinas; tambien sufren cambios en su consistencia, pues unas veces están blandas, friables y empapadas de líquidos (*gangrena húmeda*) y otras están secas, duras y como apergaminadas, sonando cuando se las percute como si fuese un pedazo de madera (*gangrena seca*). Cuando la gangrena es húmeda, las partes circunvecinas á la gangrena se infiltran de un líquido serosanguinolento y por el desarrollo de gases debido á la descomposicion séptica, se ponen enfisematosas y las porciones gangrenadas dejan desprender un olor fuerte, penetrante, pútrido y *sui generis*. Los tejidos gangrenados casi no conservan vestigio alguno de organizacion y ha cesado en ellos la circulacion y la inervacion, poniéndose en su consecuencia frios é insensibles. Además de estos síntomas locales se presenta postracion de fuerzas, y todos los síntomas propios de los estados adinámico y atáxico, debidos unas veces á la influencia de las causas que han producido la gangrena, y otras á la accion deletérea sobre la economía de las materias sépticas reabsorbidas. Sin embargo, no siempre aparecen estos síntomas graves, sino que, por el contrario, los enfermos conservan sus fuerzas, su apetito y su buen estado de nutricion; pero esta ausencia de síntomas graves solo existe cuando la gangrena es producida por causa externa, es poco extensa, no ocupa ningun órgano importante y se limita pronto. Llegada la gangrena á cierto límite, la naturaleza tiende á separar las partes mortificadas de las vivas, y para conseguir esta eliminacion se establece por la misma naturaleza un trabajo inflamatorio que se caracteriza por una coloracion rojiza intensa, que termina de un modo brusco del lado de la gangrena y se prolonga, por el contrario, por gradaciones insensibles en los tejidos sanos. Al cabo de un tiempo no muy largo se forma sobre la porcion rojiza ó *círculo inflamatorio* una ulceracion espontánea, que ganando en extension y

profundidad concluye por desprender las partes muertas de las vivas. Cuando el enfermo conserva fuerzas suficientes para que esta separacion se verifique y se cicatrice la pérdida de sustancia, se produce la curacion; pero hay casos en que la muerte sobreviene mientras se desprenden las escaras ó despues de separadas completamente, por la falta de fuerzas para completar la eliminacion ó para la reparacion. Otras veces se verifica la muerte á consecuencia de los síntomas adinámicos y atáxicos, ó de una complicacion como una hemorragia fulminante ó una flegmasía agudísima.

Pronóstico. El pronóstico es grave, y tanto más cuanto la gangrena es más extensa, el enfermo más débil y el órgano atacado más importante.

Tratamiento. Cuando la gangrena depende exclusivamente de una inflamacion violenta habrá que acudir á los antiflojísticos, aunque deben emplearse con mesura por temor de disminuir mucho las fuerzas del enfermo. Los medios más generalmente indicados son los tónicos y los estimulantes, así que se usará al interior el vino y la quina, y al exterior el estoraque, la quina, el vino, el alcanfor, el ácido fénico y los cloruros.

GANGRENA DE LA BOCA.

Sinonimia. Esta enfermedad se conoce tambien con los nombres de noma, estomatitis gangrenosa, estomacace, cáncer acuoso de Richter.

Etiología. Esta enfermedad es casi peculiar de la infancia, y ataca de preferencia á los niños de tres á diez años, caquécticos y debilitados por mala alimentacion, ya en cantidad, ya en calidad, por habitar casas mal sanas, por enfermedades anteriores graves, entre las que deben colocarse la fiebre tifoidea, la pulmonía, las fiebres eruptivas, y especialmente el sarampion y la escarlata y las diarreas antiguas. El abuso de los mercuriales parece que tambien determina su desarrollo. Nunca es contagiosa.

Sintomatología. La gangrena de la boca no va precedida por lo general de ningun síntoma, á no ser alguna vez un abatimiento muy marcado y una palidez insólita. Empieza casi siempre por la mucosa, algunas veces por el espesor del

carrillo, y muy raras veces por la piel; lo primero que llama la atencion en esta enfermedad es un edema blando y circunscrito en la cara y lábio afectos, que coincide con una flictena oscura ó una ulceracion de fondo grisáceo y putrilaginoso situada en la cara interna del carrillo, en un pliegue gingivo-bucal ó en las encías. Algunos dias despues la piel se pone tersa y reluciente, con frecuencia de color morado, y en el centro del edema se forma un foco duro y redondo; en el interior del carrillo se presenta una escara negra rodeada de un círculo grisáceo y sanguinolento, que se ensancha y propaga con suma rapidez. En algunos casos se presenta tambien en la piel una escara negra, que puede invadir todo un lado de la cara y propagarse hasta el cuello. Al mismo tiempo hay salivacion fétida y sanguinolenta. En una época avanzada los desórdenes locales son considerables, las encías se destruyen, los dientes están descarnados y vacilantes, y aun en ocasiones se caen; los maxilares se necrosan y se desprenden muchas veces en esquirlas; la gangrena invade las partes blandas y aun llegan á perforarse los carrillos. El estado general es variable, pues al principio de la enfermedad los enfermos están poco abatidos, conservan su inteligencia y su apetito, pero la piel está pálida y fria, el pulso es pequeño y de moderada frecuencia, y por la noche suele haber delirio; en un período avanzado las fuerzas se agotan, la postracion sobreviene y se hace cada vez mayor: la sed es intensa, el apetito desaparece, hay vómitos, diarrea y accidentes cerebrales; la piel está fria y seca; el pulso se hace frecuente, pequeño é insensible y el enfermo parece extenuado.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es continuo y progresivo; su duracion es de diez á veinte dias. La terminacion más frecuente es por la muerte, ya por los progresos de la gangrena, ya por alguna complicacion especialmente de la pulmonía intercurrente. Algunas veces se verifica la curacion, limitándose la gangrena, se desprenden las escaras, se disminuye la hinchazon, se declara una supuracion de buen carácter, se mejora el estado general y se cierra lentamente la úlcera, pero dejando una cicatriz deforme que con frecuencia dificulta el ejercicio de la palabra, la introduccion de los alimentos en la boca y su masticacion.

Anatomía patológica. Se encuentra tumefaccion de los labios y carrillos y aun á veces de la cara; la piel está reluciente, morada ó negra y dura al tacto, y comunmente se presenta en un punto de la tumefaccion una escara seca y dura de dimension variable. La mucosa presenta una ulceracion agrisada ó negruzca ó está mortificada en grande extension bajo la forma de un putrílago semi-flúido y negro. La destruccion de los tejidos invade á veces las encías, los labios, la base y borde de la lengua, quedan al descubierto los maxilares necrosados y ennegrecidos. Los vasos están permeables en las inmediaciones de la gangrena y obliterados por coágulos fibrinosos en el centro de la mortificacion. El neurilema toma el color negruzco y parece gangrenado, pero la pulpa del nervio conserva su aspecto normal. Los ganglios submaxilares están por lo general intactos, pero pueden presentarse hinchados y reblandecidos. En bastantes casos se presentan lesiones consecutivas, como vestigios de pulmonía, de enterocolitis aguda ó crónica ó de reblandecimiento de la mucosa gastro intestinal.

Diagnóstico. Los fenómenos locales son bastante marcados para que no sea muy difícil diagnosticar la gangrena de la boca, la cual no se confundirá con la pústula maligna porque esta última empieza siempre en la piel por una mancha característica con flictena; tampoco puede confundirse con un afta gangrenosa porque esta se limita á la mucosa bucal y no se presenta núcleo duro; tampoco puede confundirse con una estomatitis ulcerosa y lardácea porque en esta no hay núcleo central duro, ni denudacion de los huesos y presenta falsas membranas.

Pronóstico. El pronóstico es grave porque casi siempre termina por la muerte, y cuando se cura lo hace despues de enormes pérdidas de sustancia que producen los trastornos que ya dejamos indicado.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad debe ser enérgico, así que el medio que goza de más reputacion es el cauterio actual, que solo puede ser suplido por los cáusticos más energicos, como la manteca de antimonio, el nitrato ácido de mercurio, el ácido hidroclórico puro y el cáustico de Viena. Al hacer la cauterizacion con estos medios es necesario que esta sea profunda y se extienda á alguna distancia de las par-

tes gangrenadas. A estos medios se añaden los colutorios con los astringentes, los tónicos y los cloruros, ó las lociones frecuentes con los mismos líquidos; en el intérvalo de las cauterizaciones se prescriben con ventaja las aplicaciones de cloruro de cal. Al interior se recomiendan las preparaciones de quina, el agua clorurada, el carbon de leña y otros antisépticos. Para sostener las fuerzas del enfermo se le hará respirar un aire puro, se le dará un alimento tónico, y el vino en corta cantidad.

GANGRENA PULMONAR.

Definicion. Es la mortificacion del parenquima pulmonar en que las partes mortificadas se descomponen con arreglo á las leyes químicas.

Etiología. Esta enfermedad se presenta en todas las edades, aunque parece observado ser más frecuente en la infancia; es tambien más frecuente en el hombre que en la mujer; en ocasiones sobreviene en el estado mejor de salud; en otros es consecuencia de distintas enfermedades, como las calenturas eruptivas, las bronquitis crónicas, las pulmonías de los sugetos débiles, la apoplegía pulmonar, la reabsorcion purulenta, el estado caquéctico que sucede á la abstinencia prolongada en los enajenados, la presencia de cuerpos extraños introducidos en el conducto aéreo, la compresion por un tumor ó la obturacion de un tronco vascular de estos órganos y la abertura de abscesos del hígado, bazo ó riñones en el pulmon.

Sintomatología. La gangrena del pulmon, que desde Laennec se divide en *circunscrita* y *difusa*, se presenta las más veces de un modo insidioso y oscuro, y cuando más se observan algunos síntomas vagos, como fiebre, dolores torácicos más ó ménos intensos por espacio de algunos dias, ó bien durante muchas semanas; debilidad, malestar, tos y anorexia, y luego de pronto se presentan los signos de la gangrena. Estos signos son la fetidez del aliento, que exhala un olor gangrenoso ó cadavérico. Hay disnea y tos intensa acompañada de espectoracion compuesta de esputos opacos no viscosos, ya verdes, saniosos, de un gris oscuro, ó formados de una sangre negruzca; ya blanquecinos y purulentos, pero siempre del mismo olor que el aliento. Estos esputos se separan pronto en

capas, una superficial espumosa, otra media muy flúida y un sedimento espeso. Frecuentemente son estos los únicos signos locales de la gangrena; pero en otros casos, y cuando la mortificacion ocupa gran parte del pulmon, la percusion da un sonido á macizo en mayor ó menor extension, y si la mortificacion ha formado una escavacion por consecuencia de la eliminacion de la escara, da un sonido timpánico. Por la auscultacion se percibe un estertor subcrepitante más ó ménos abundante; con frecuencia respiracion bronquial y broncofonia cuando aun no hay escavacion; pero si esta existe, hay gorgoteo, respiracion cavernosa y pectoriloquia. Los síntomas generales son en algunas ocasiones casi nulos, pero en otros la fisonomía está alterada; hay abatimiento, postracion de fuerzas, calentura intensa con pequeñez del pulso, delirio, agitacion, estupor, saltos de tendones, sequedad y fuliginosidades de la lengua, diarrea fétida. En ocasiones se presenta un dolor intenso en un lado del pecho acompañado de sofocacion, y aparecen seguidamente los signos físicos de un derrame pleurítico ó de neumotorax. Tambien puede destruir la gangrena un vaso de grueso calibre y sobrevenir una hemorragia fulminante.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la gangrena del pulmon es rápido y progresivo, aunque algunas veces se observan en él alternativas de mejoría y agravacion. Su duracion es vária, pero por término medio dura uno ó dos setenarios. Su terminacion más frecuente es por la muerte, aunque se citan algunos casos que prueban la posibilidad de la curacion.

Anatomía patológica. Como ya tenemos dicho, desde Laennec se conocen dos formas de gangrena del pulmon, que son la circunscrita y la difusa.—En la gangrena *circunscrita*, que es la forma más comun, se ve el parenquima pulmonar trasformado en una escara fétida, húmeda, viscosa, de un color negruzco, verdoso, ó agrisado blanquecino. Esta escara, que presenta sus límites muy marcados y redondeados de un tejido edematoso, está unas veces adherida á las partes inmediatas y otras completamente separada, formando un foco ó una especie de absceso gangrenoso, que contiene un líquido negruzco y fétido, mezclado con restos de tejido friable y tomentosos. Las paredes del foco están unas veces blandas,

otras infiltradas de sangre y otras endurecidas por el efecto de una hepatizacion. Este foco puede comunicar con los bronquios ó con la pléura, y el paso del detritus gangrenoso puede producir una bronquitis intensa ó una pleuresía grave.— En la gangrena *difusa*, que puede invadir parte ó casi la totalidad del pulmon, el tejido pulmonar está negruzco, friable; fluye de él un líquido icoroso negruzco, de olor fétido, quedando despues en su lugar una extensa caverna; la gangrena en este caso no está bien limitada y pasa insensiblemente al parenquima inmediato, que está edematoso ó hepatizado.

Diagnóstico. Las únicas señales de la gangrena del pulmon son la fetidez del aliento y de las materias espectoradas, signos que faltan muchas veces. Pudiera confundirse esta gangrena con la de la faringe, pero la inspeccion de las partes facilita el diagnóstico cuando la de la faringe no ocupa la parte inferior de la misma. En ciertas dilataciones de los bronquios hay tambien fetidez del aliento y de la espectoracion, pero no es un olor cadavérico el que se percibe, sino á ácido ó á hidrógeno sulfurado.

Pronóstico. Es grave, por ser casi siempre mortal la gangrena del pulmon, y aun es más grave la de los niños, porque invade generalmente otros varios puntos del cuerpo.

Tratamiento. El tratamiento de la gangrena del pulmon, es, si puede decirse así, ineficaz. El estado general de postracion de fuerzas exige un régimen fortificante, los tónicos como el vino y la quina. Contra la afeccion misma se han aconsejado las fumigaciones de sosa y de cal y las inhalaciones de esencia de trementina. Graves aconseja el uso de una á cuatro píldoras diarias de una masa compuesta de 4 gramos de cloruro de cal y 120 centígramos de ópio para hacer veinticuatro píldoras.

LESIONES DEPENDIENTES DE UNA ALTERACION

EN EL CALIBRE DE LOS ÓRGANOS HUECOS.

DILATACIONES.

Definicion. La dilatacion no es otra cosa que el aumento anormal de capacidad de las cavidades y de los conductos naturales del cuerpo.

Etiología. Las dilataciones reconocen por causa un obstáculo mecánico, permanente ó momentáneo, al curso de las sustancias que circulan por los órganos huecos, ó un acumulo en los mismos de líquidos, ménos frecuentemente gases y más raras veces de sólidos en el interior de los mismos órganos. En algunas ocasiones reconocen como causa la debilitacion preexistente de sus paredes. En otras sobreviene la dilatacion de un modo espontáneo.

Caractéres. La dilatacion de los órganos puede ser más ó ménos considerable; unas veces están las paredes del órgano más gruesas y como hipertrofiadas, en cuyo caso hay aumento de energía en las mismas; otras están más adelgazadas y como atrofiadas, y otras conservan su grueso normal, y en ambos casos hay debilidad en las mismas. Si la dilatacion es muy considerable, se destruye por completo la elasticidad de los tejidos, y si llega á ser muy excesiva, puede llegar á ocasionar su rotura, ó dar lugar á la inflamacion, á la ulceracion y á la gangrena. Las dilataciones pueden dar lugar á diferentes desórdenes funcionales, debidos á la lentitud en el curso de los flúidos, á su acumulacion preternatural y á la compresion que ejercen en los tejidos inmediatos.

DILATACION DE LOS BRONQUIOS Ó BRONQUECTASIA.

Etiología. Esta enfermedad pertenece á todas las edades, pues no es rara en la infancia, pero es sobre todo muy frecuente en la vejez. El catarro es indudablemente la causa más abonada para producirla cuando se repite con mucha

frecuencia. Laennec explica la formacion de la dilatacion por el aumento de esputos sobre una parte del tubo bronquial que le comprime y dilata, y renovándose á menudo este acumulo hace permanente esta dilatacion. El Dr. Santero cree que los esfuerzos repetidos de tos y la dificultad de respirar por algun obstáculo hace chocar el aire con más ó ménos violencia sobre las paredes de los bronquios, las comprime y las dilata, contribuyendo á este resultado el reblandecimiento de los tejidos por flegmasía ó fluxion crónica; tambien cree que puede producir el mismo resultado el endurecimiento, porque en él pierden de elasticidad las paredes bronquiales.

Sintomatología. Esta enfermedad está caracterizada por la existencia de tos muchos años antes; por la ausencia de todo dolor torácico, sin disnea considerable ni alteracion de la voz; por una tos que se presenta por accesos una ó dos veces al dia, sobre todo por la mañana, y se acompaña de una espectoracion abundante de esputos mucosos, espumosos, lo más comunmente opacos, amarillo-verdosos, puriformes ó purulentos, que exhalan comunmente un olor á ajos, y rara vez tienen un tinte rojizo ó se complican con ligeras hemoptísis. Por la percusion no se nota ninguna alteracion en el sonido del torax si la dilatacion es poco considerable y uniforme, pero si es considerable hay disminucion en la sonoridad y en la elasticidad. Por la auscultacion se percibe respiracion bronquial y broncofonía difusa, acompañada de estertor mucoso muy grueso y muy húmedo; pero si la dilatacion es muy considerable se percibe pectoriloquia, estertor cavernoso y gorgoteo. El estado general es bueno, á no ser que la secrecion morbosa sea muy considerable, en cuyo caso hay demacracion y aun calentura héctica.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es esencialmente crónico, aunque con exacerbaciones; su duracion variable, y solo en casos muy raros termina por la muerte, pues esta sobreviene siempre á consecuencia de alguna complicacion.

Anatomía patológica. La dilatacion bronquial se presenta, ya de un modo uniforme y regular en toda la extension del tubo bronquial, ya limitándose á una porcion del bronquio y formando una ampolla, ya se presenta una série de abultamientos fusiformes, en cuyo intérvalo conserva el bronquio

su capacidad natural. Es raro que la lesion ocupe todo el árbol bronquial ó un solo bronquio, pues lo más comun es que comprenda los ramos pequeños procedentes de un tronco no alterado. Los tejidos que componen el tubo bronquial están normales, ó más gruesos, ó más adelgazados, recayendo esta lesion principalmente sobre la membrana mucosa. El tejido celular está inyectado, reblandecido ó indurado. Si la dilatacion es considerable el tejido pulmonar inmediato está apretado, condensado, ménos permeable y como carnificado.

Diagnóstico. La dilatacion bronquial pudiera confundirse con las cavernas tuberculosas si no se tuviera presente que los tubérculos se acompañan de demacracion, calentura héctica, sudores nocturnos y en el mayor número de casos de diarrea colicuativa.

Pronóstico. No es grave por sí misma la dilatacion bronquial, pero predispone á los sugetos á contraer bronquitis agudas y pulmonías.

Tratamiento. Es el mismo de la bronquitis crónica.

ENFISEMA VEXICULAR DE LOS PULMONES.

Definicion. Esta enfermedad consiste en la dilatacion más ó ménos considerable de las vexículas pulmonares.

Etiología. Segun las observaciones de Louis, Jackson y otros, el enfisema pulmonar es una enfermedad hereditaria; tambien es propio de todas las edades, y en la infancia se observa como consecuencia de los grandes y muy continuados esfuerzos de tos, de la coqueluche, del catarro bronquial, de la tuberculizacion pulmonar; en los ancianos se observa por causa del catarro senil y de los esfuerzos de tos que trae consigo. Tambien se consideran como causas del enfisema las inflamaciones crónicas del pulmon y su impermeabilidad, las inflamaciones de las pleuras que terminan por adherencias extensas de sus hojas; los catarros crónicos de los pequeños bronquios; los golpes de tos violentos y repetidos; las profesiones que obligan á hacer grandes esfuerzos respiratorios; los que se ocupan en levantar fardos pesados y todos los que hacen esfuerzos corporales considerables. En algunos casos son desconocidas las causas que lo determinan. Las principales teorías con que ha tratado de explicarse la dilatacion de

las vexículas son cuatro principales: por la primera, el enfisema es debido á la tension exagerada ó sostenida por mucho tiempo de las vexículas en las inspiraciones prolongadas ó forzadas; por la segunda seria debido á la tension de los mismos alveolos por una respiracion forzada; por la tercera seria debido á algunas anomalías de la nutricion del tejido pulmonar; por la cuarta seria antecedido por una dilatacion de la cavidad torácica acompañada de rigidez de sus paredes, viniendo como secundaria la dilatacion de las vexículas.

Sintomatología. Esta enfermedad está caracterizada por una disnea habitual, que data muchas veces desde la juventud y raras desde los cincuenta años; es poco considerable en los primeros años cuando aparece en aquella época de la vida; pero que cada vez se hace más notable y se aumenta por los trabajos corporales, las emociones de ánimo, el vivir en sitios elevados, la tumefaccion gaseosa del estómago, de los intestinos, etc., que se exacerba por accesos que sobrevienen generalmente de noche, durante los que á veces parecen amenazados de sofocacion los enfermos. Otro de los síntomas es una tos más ó ménos frecuente ligada á una bronquitis crónica concomitante. Tambien se altera la forma del torax adquiriéndola globulosa, muy arqueada, y en la que los espacios intercostales son más anchos y muy manifiestos. Esta deformacion puede ser *general*, es decir, ocupar todo un lado del pecho ó los dos á la vez, ó *parcial*, es decir, limitada á un punto más ó ménos circunscrito, siendo lo más general que ocupe las regiones periclaviculares. Por la percusion se nota exageracion en la sonoridad del pecho, mayor elasticidad de sus paredes percibida por el dedo que percute, y apenas notable la vibracion natural que percibe la mano cuando habla el enfermo. Por la auscultacion se nota debilidad del murmullo respiratorio con espiracion prolongada; muchas veces aspereza manifiesta de la respiracion; con frecuencia estertores sibilante ó de ronquido, mucoso y subcrepitante, siempre más pronunciado ó limitado á la base de ambos pulmones por detrás, ruidos que únicamente indican una complicacion catarral. En algunos enfermos que tienen hace tiempo el enfisema hay palpitaciones y edema de las extremidades inferiores, síntomas que son debidos á alguna enfermedad del corazon que complica el enfisema.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es crónico y muy lento. Su duracion es variable, pero generalmente dura muchos años. En algunos casos puede producir la muerte por asfixia lenta, aunque lo más comun es que los enfermos sucumban á consecuencia de alguna complicacion, especialmente alguna enfermedad orgánica del corazon ó una enfermedad aguda intercurrente.

Complicaciones. Las complicaciones habituales del enfisema pulmonar son la bronquitis aguda ó crónica y la congestion pulmonar; cuando es antigua la afeccion es complicacion frecuente la hipertrofia simple del corazon sin lesion valvular. Tambien son complicaciones accidentales la neumonía, y más raras veces el neumo-torax, por rotura de las vexículas y de la pleura.

Anatomía patológica. Los pulmones enfisematosos al abrir el pecho salen fuera con violencia; se observa tambien que á causa del volúmen que han experimentado cubren el corazon por completo y aun á veces se cubren uno á otro. Este aumento de volúmen de los pulmones disloca á veces el mediastino y el corazon, empuja hácia abajo el diafragma y ensancha los espacios intercostales. El pulmon enfisematoso crepita cuando se le comprime entre los dedos y parece más grueso su tejido; cuando se hace un corte en él se presenta ménos húmedo y casi exangue; echado en agua sobrenada más que los sanos. Las vexículas dilatadas tienen el tamaño de un grano de mijo ó de un cañamon, pero á veces por la rotura de sus paredes se reunen varias vexículas y forman cavidades como una avellana y aun mayores. Esta rotura puede en ocasiones derramar el aire en el tejido celular pulmonar ó subpleurítico, y producir entonces el enfisema *interlobular* ó *subplural*, en cuyo caso se perciben en la superficie de los pulmones tumorcitos de forma globulosa y de tamaño variable. El enfisema puede ocupar ambos pulmones, uno solo ó un lóbulo nada más, y generalmente ocupa los lóbulos superiores. En los cadáveres de los enfisematosos puede encontrarse tambien dilatacion de los bronquios; pero en la mayor parte de ellos se observa el corazon más voluminoso y dilatado en proporcion á la extension y antigüedad del enfisema.

Diagnóstico. El conjunto de síntomas que hemos descrito caracteriza suficientemente el enfisema para que pueda con-

fundirse con otras enfermedades; sin embargo, tomándolos aislados pudiera sospecharse en la existencia de otras enfermedades, como una enfermedad del corazon cuando hay disnea contínua; una pleuresía circunscrita ó la existencia de un tumor formado por el corazon, ó un aneurisma de la aorta, cuando hay dilatacion parcial del pecho; la existencia de diversas enfermedades cuando está debilitado el murmullo vexicular; pero en todos estos casos el conjunto de los síntomas que caracterizan el enfisema y la ausencia de los que caracterizan dichas enfermedades ilustran suficientemente el diagnóstico.

Pronóstico. El enfisema pulmonar es una enfermedad de consideracion, pues aun cuando no se opone á que los enfermos vivan largo tiempo, es molesta, abrevia la vida y se complica muchas veces con una enfermedad orgánica del corazon, que puede contribuir tambien á abreviarla.

Tratamiento. Para combatir la enfermedad se han recomendado los vomitivos, los cuales están principalmente indicados cuando es muy abundante la secrecion de la membrana mucosa bronquial y es difícil la espectoracion. En esta enfermedad hay que atacar de un modo preferente el catarro que acompaña casi siempre al enfisema; así que se preservara á los enfermos de las intemperies, se les aconsejará el uso de los vestidos interiores de franela, se usarán las bebidas pectorales, los espectorantes y se aplicará un vejigatorio á la parte anterior del pecho. Si hay debilidad se usarán las bebidas algo estimulantes, aromáticas y tónicas. Uno de los síntomas más incómodos y que deben combatirse es la disnea, la cual cuando es mediana y poco intensa se combate perfectamente con la quietud y los cocimientos pectorales, pero si es muy intensa y se presenta por accesos requiere que los enfermos sigan un régimen moderado absteniéndose de los alimentos flatulentos y de comer por la noche; además se mantendrá libre el vientre por medio de los laxantes suaves, se emplearán los sinapismos á las extremidades inferiores, y si la respiracion es muy difícil y la cara está inyectada, lívida y hay entorpecimiento en la circulacion sanguínea, habrá necesidad de practicar, aunque con prudencia, alguna evacuacion sanguínea. Cuando á pesar de todo persiste la disnea con intensidad, se obtienen buenos resultados de los vomitivos, dando al mismo tiempo medicamentos estimulantes como el alcanfor, el almizcle y el benjuí y aun si estos medios no bastan, la trementina á la dósis de 4 á 15 gramos cada tres horas en un vehículo aromático. Tambien ha producido excelentes resultados la respiracion del aire comprimido, aunque este medio es costoso y difícil de emplear. En la disnea se ha aconsejado por algunos el ópio á la dósis de 10 á 15 centígramos, por otros la belladona, y la mayor parte aconsejan fumar las hojas del estramonio. Cuando hay una enfermedad del corazon se instituye el tratamiento con arreglo á esta, y si hay hidropesía se emplean la digital y la escila.

DILATACION DEL CORAZON.

Definicion. Los anatomo-patólogos convienen en lo general en dar el nombre de *dilatacion cardiaca* á los estados patológicos en que existe un aumento de las cavidades del órgano sin que exista al mismo tiempo un engrosamiento de las paredes. Este modo de considerar la lesion excluye la dilatacion con hipertrofia de las paredes, ó sea la enfermedad conocida con el nombre de hipertrofia escéntrica, y hace que se consideren comprendidas bajo el nombre de *dilatacion*; la *simple*, ó sea aquella en que las paredes cardiacas conservan su grueso normal, y la *con adelgazamiento ó aneurisma pasivo*, cuando la dilatacion de la cavidad coincide con adelgazamiento de las paredes cardiacas.

Etiología. La dilatacion del corazon puede afectar la totalidad de la cavidad, y esta es la *dilatacion general*, ú ocupar una porcion de ella, y esta es la *dilatacion parcial*. Las causas de la dilatacion general son todas las que producen un estancamiento ó acumulo preternatural de sangre en el corazon, como la existencia de un obstáculo al curso de la sangre en los orificios del órgano, ó en la aorta, ó en los pulmones; las que proceden de una modificacion de la textura de las paredes del corazon que les hace perder parte de su resistencia, como la modificacion producida por una pericarditis, ó una endocarditis, ó una trasformacion grasosa; las adherencias de las dos hojas del pericardio y otras desconocidas. Las causas de la dilatacion parcial son hasta ahora casi desconocidas por completo, aunque parecen haberla determinado algunas ve-

ces las contusiones sobre el torax, una viva emocion moral y los esfuerzos considerables.

Sintomatología. Los enfermos afectados de *dilatacion general* tienen palpitaciones y sofocacion; la impulsion del corazon es débil y sus pulsaciones se perciben en una grande extension; la percusion da un sonido á macizo más completo y más extenso que en el estado normal, presentándose principalmente en sentido trasversal y hácia el esternon, porque la lesion afecta más generalmente al ventrículo derecho; por la auscultacion se oyen los ruidos cardiacos más claros y secos, principalmente el primero, cuyo timbre es como metálico; el pulso es blando y fácil de deprimir; hay ligera disnea, que se exaspera al subir los enfermos cuestas ó escaleras ó hacer algun esfuerzo; el color de la piel es pálido por la poca sangre que contienen las arterias, ó cuando más ligeramente lívido. Cuando la enfermedad hace progresos, la disnea se aumenta, la cara se abotaga y las mejillas toman un color cárdeno, el hígado empieza á aumentar de volúmen por el estancamiento de la sangre y aparece un ligero edema en las extremidades inferiores. Llegada la enfermedad á su grado más alto, la disnea toma grandes proporciones, el pulso se hace pequeño, á veces irregular é intermitente, los labios y mejillas se ponen fuertemente violados, el edema se extiende desde los maleolos á la pierna, muslo, escroto, paredes abdominales, extremidades superiores y la cara, al mismo tiempo que se presentan derrames serosos en las cavidades del vientre y pecho. Por fin sucumben los enfermos á consecuencia de entorpecimientos de la circulacion ó la respiracion, ó por efecto de alguna complicacion, y principalmente de la pulmonía, de la erisipela gangrenosa; bastantes sucumben repentinamente á consecuencia de un síncope. Cuando la *dilatacion es parcial* los accidentes que sobrevienen son generalmente los de la hipertrofia con dilatacion parcial, sin que hasta ahora se sepa nada de positivo respecto á síntomas propios de ella.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es contínuo y progresivo y su duracion indeterminada. Respecto á las terminaciones puede decirse que termina por la muerte; sin embargo, la dilatacion simple es susceptible de curacion.

Anatomía patológica. Para saber si el corazon ó alguna de sus cavidades están dilatadas es preciso tener presente las dimensiones normales de estas, segun los diferentes períodos de la vida, lo cual ha sido apreciado por Bizot. En la dilatacion sucede, como hemos dicho, que unas veces las paredes tienen su grueso normal y otras están más ó ménos adelgazadas. El tejido del corazon está descolorido ó algo violado, amarillento ó blanquecino y reblandecido; al mismo tiempo cuando el corazon está dilatado parece más ancho que en el estado normal. Las cavidades que más frecuentemente se hallan dilatadas son las derechas, y si lo está uno solo de los ventrículos casi siempre es el derecho. Las dilataciones del corazon con ó sin adelgazamiento coinciden con otras varias alteraciones, y principalmente con estrecheces de los orificios, insuficiencia de las válvulas, adherencias de ambas hojas del pericardio y aneurismas de la aorta.—Lo que se ha llamado dilatacion parcial no es otra cosa que la formacion de una bolsa aneurismática en el grueso de las paredes del corazon, que forma en la superficie de este un tumor, cuyo volúmen varía desde el tamaño de una judía hasta el del mismo corazon. Esta bolsa comunica por su interior con alguna de las cavidades, se halla llena de concreciones fibrinosas y sus paredes pueden estar formadas: por el pericardio, que está opaco y más grueso; por las fibras carnosas del corazon, que están descoloridas, adelgazadas; y por el endocardio, que está más denso, más grueso y más opaco; en algunos casos no se encuentran vestigios de esta última membrana.

Diagnóstico. La dilatacion del corazon se caracteriza por mayor extension que la normal en el sonido á macizo, falta de la impulsion del corazon y mayor claridad en los ruidos del corazon, juntamente con pulso blando y fácil de deprimir. Es difícil distinguir si están afectadas las cavidades derechas ó las izquierdas; sin embargo, se tendrá por probable que existe la lesion en el lado derecho si la percusion hace percibir el sonido á macizo debajo del esternon y á la misma altura se oyen los ruidos claros; se tendrá por el contrario como probable que existe en el lado izquierdo cuando el sonido á macizo y los ruidos claros se perciben hácia la tetilla izquierda y más allá.

Pronóstico. La dilatacion simple es susceptible de cura-

cion; pero la con adelgazamiento es grave y probablemente incurable.

Tratamiento. A los enfermos que padecen una dilatacion cardiaca se les prescribirá un régimen tónico, pero sin permitirles comer demasiado de una vez, siendo preferible que multipliquen el número de las comidas. Cuando en el enfermo haya signos de anemia é hidrohemia están indicados los amargos y los ferruginosos. Tambien están indicados para favorecer la reconstitucion de la economía los baños salados y sulfurosos y las friegas secas. En cuanto al uso de la digital, la mayor parte de los médicos la consideran con razon contraindicada, porque debilitando más la energía de las contracciones del órgano ha de aumentar el estancamiento de la sangre; pero otros, y entre ellos Niemeyer, la consideran muy eficaz para fortificar temporalmente las contracciones del corazon. La sangría tambien se ha considerado contraindicada porque debilita la contractilidad del corazon, pero cuando la disnea es grande por el estancamiento de sangre es útil practicarla, aunque con moderacion. Cuando el hígado aumenta de volúmen y sobrevienen edemas son de alguna utilidad los laxantes y los diuréticos. Además de estos medios es preciso prohibir á los enfermos los movimientos agitados y reducir el uso de las bebidas alcohólicas.

ANEURISMA DE LA AORTA.

Definicion y division. El aneurisma de la aorta es una enfermedad caracterizada por un tumor producido por la dilatacion general ó parcial de las membranas arteriales. El aneurisma de la aorta se denomina *verdadero* cuando el vaso está dilatado de un modo uniforme en toda la circunferencia de él ó en una porcion, pero con integridad de las tres túnicas; se denomina *falso* cuando rota una de las túnicas interna ó media, se forma el saco aneurismático á expensas de la túnica externa y celulosa; se denomina *mixto* cuando se dilatan primeramente las tres túnicas y despues se dislaceran la interna y la media y solo continúa distendiéndose la externa; finalmente, se denomina *varicoso* cuando comunica la aorta con alguna vena de grueso calibre.

Etiología. Los aneurismas de la aorta son más frecuentes en el hombre que en la mujer, lo cual parece ser debido á que los hombres se entregan con mas frecuencia á los esfuerzos y á los excesos de todo género. Tambien son producidos por las degeneraciones de la arteria, como el ateroma y la degeneracion grasosa. Tambien reconocen por causa la atrofia simple y el adelgazamiento de las paredes de la arteria, la hipertrofia del corazon, los esfuerzos violentos y todas las causas que activan y excitan las funciones del torax, el abuso de las bebidas alcohólicas y el reumatismo.

Sintomatología. Cuando el tumor aneurismático es poco considerable, suele desarrollarse de un modo latente, hasta el punto que los enfermos no se aperciben de la existencia de la lesion; en otros solo se notan una ligera disnea y tos, y en ocasiones dolores vagos algo intensos en el pecho. Cuando el aneurisma alcanza un gran volúmen y se acerca á la pared torácica, se da á conocer por sus caractéres propios y distintivos; se nota un tumor redondeado y duro; hay pulsacion muy manifiesta á simple vista, que se hace aun más aparente por la palpacion. Esta pulsacion es isocrona con el pulso, acompañada á veces de estremecimiento catario y perceptible en el borde derecho del esternon al nivel del segundo espacio intercostal cuando el aneurisma es de la aorta ascendente, y en el lado izquierdo de las vértebras dorsales inferiores cuando es de la aorta torácica descendente. Por la percusion se encuentra un sonido á macizo absoluto en el punto que ocupa el tumor aneurismático y una resistencia notable á los dedos que percuten. Por la auscultacion se perciben, ya un ruido normal simple ó doble, ya ruidos anormales de fuelle ó de escofina, que se oyen las más veces á lo largo de la columna vertebral. Los demás síntomas varían segun el sitio que ocupa la lesion; así si reside en el espacio que media desde el orígen de la arteria hasta debajo del cayado, la compresion que ejerce sobre los bronquios y el pulmon produce disnea intensa con accesos de asma, tos seca ó sero-mucosa, vivos dolores en el torax y dificultad de adoptar el decúbito supino y el del lado opuesto al tumor; si está comprimido el pulmon, hay disminucion del murmullo respiratorio; si la compresion es sobre la tráquea, hay respiracion difícil y sibilante; si está comprimido el nervio neumogástrico ó recurrente, se presentan

fuertes accesos de asma. Cuando el tumor comprime la aurícula derecha, la vena cava ó el tronco innominado, hay plenitud de las yugulares, color cianósico de la piel, edema de las extremidades superiores, mareos, vértigos y zumbidos de oidos; si están comprimidos los nervios intercostales ó plexo braquial, hay dolores en el pecho, axila y brazo, que se manifiestan comunmente por accesos, y entorpecimiento y hormigueo en el miembro torácico; si la compresion se verifica sobre el tronco braquio-cefálico y la arteria subclavia, el pulso radial puede ser muy pequeño ó desaparecer del todo. Cuando la compresion se ejerce sobre el esófago, hay disfagia. Si el aneurisma reside en la aorta torácica descendente, hay fuertes dolores en el dorso, dificultad de enderezar el tronco, y si las vértebras son destruidas por el tumor aneurismático, paraplegía; algunas veces suele haber disfagia y disnea intensa por las causas ya dichas. En la aorta abdominal, el aneurisma produce síntomas, variados, segun el sitio donde ejerza compresion; así que pueden presentarse fuertes dolores neurálgicos, paralísis de las extremidades inferiores, indigestiones, extreñimiento, acaso ictericia y retencion de orina.

Curso, duracion y terminaciones. El aneurisma de la aorta sigue un curso crónico, hace progresos incesantes de un modo más ó ménos irregular y con alternativas de remision y exacerbacion, y si se dirige hácia afuera el tumor aneurismático se le ve tomar cada vez mayor volúmen. La duracion de la enfermedad es siempre muy larga y rara vez dura ménos de dos años. Su terminacion más constante es por la muerte, aunque se ha visto en algunas ocasiones que ha terminado por la curacion. Cuando sobreviene la muerte puede ocurrir esta á consecuencia de una especie de asfixia por efecto de la disnea, ó un obstáculo ó compresion sobre la tráquea que impide la libre entrada del aire; otras veces por efecto del estancamiento de la sangre en el cerebro, cuando se halla comprimida la vena cava superior; otras veces sobreviene la muerte de repente, ya á consecuencia de un síncope, ya á consecuencia de la rotura del saco aneurismático, que puede tener efecto en los bronquios, en la tráquea, en el pulmon, en la cavidad de la pleura, en la del pericardio, muy raras veces en la auricula derecha, en la arteria pulmonar, en el mediastino, en el esófago, en el duodeno y en la cavidad peritoneal. Algunas veces puede terminar la enfermedad con lentitud por el agotamiento de las fuerzas del enfermo y el deterioro del organismo.

Anatomía patológica. El tumor aneurismático puede ocupar el cayado de la aorta, la aorta pectoral ó la aorta abdominal; generalmente es único, pero á veces se observan varios situados á distancia unos de otros; su volúmen es variable, y puede llegar á tener el volúmen de una naranja ó aun mayor. Este aneurisma está constituido por la dilatacion de todas las túnicas arteriales ó por solo la externa, prévía la rotura de la interna y media, como ya dejamos dicho al hablar de la division de los aneurismas. El tumor aneurismático tiene un orificio de comunicacion con la arteria de magnitud variable, y su fondo contiene capas de sangre coagulada sobrepuestas, blanquecinas, fibrinosas y compactas las exteriores, encarnadas y blandas las interiores, hallándose en el centro la sangre líquida. Los aneurismas determinan ciertos trastornos sobre los órganos próximos por la compresion que sobre ellos ejercen; así que se dislocan y se condensan estos órganos, su calibre se estrecha como sucede con la tráquea, los bronquios, el esófago y los grandes vasos del pecho; los ramos arteriales que salen de los aneurismas suelen estar obliterados, ya por coágulos fibrinosos, ya por la compresion del mismo tumor aneurismático. La compresion que ejercen sobre las partes duras hace que estas se desgasten y lleguen á desaparecer, permitiendo al tumor quedar al descubierto y solo resguardado por las partes blandas. Además de estas alteraciones se encuentran otras diversas, como hipertrofia del corazon, insuficiencia de las válvulas sigmóideas de la aorta y degeneraciones ateromatosas, cartilaginosas y óseas en una extension mayor ó menor del sistema arterial.

Diagnóstico. El diagnóstico del aneurisma de la aorta es muy difícil mientras el tumor está reducido al interior, pues los síntomas que le dan á conocer son equívocos; sin embargo, cuando se perciben latidos claros simples ó dobles distintos de los del corazon se puede sospechar la existencia de la lesion que nos ocupa, y con más razon si se percibe con ruido de fuelle ó de lima. Cuando el tumor es bastante voluminoso para aparecer al exterior, se podrá por lo general reconocer la afeccion por sus signos propios y distintivos; sin embargo,

no debe confundirse con un tumor canceroso situado delante de la aorta ó de un vaso voluminoso que puede presentar pulsaciones isocronas con las del pulso, y para establecer la diferencia se tendrá en cuenta que además de presentarse cánceres en otros órganos, los síntomas concomitantes son distintos de los que se observan en el aneurisma; que en estos tumores más bien hay simple choque ó elevacion que no expansion lateral, como sucede en el aneurisma; que casi nunca se determina la diferencia del pulso radial en los dos lados como frecuentemente se observa en el aneurisma, y finalmente, que no varían los fenómenos morbosos de un momento á otro, como sucede en el aneurisma. Tampoco debe confundirse con una variz de la parte inferior de la vena yugular, porque en este caso basta comprimir con el dedo por encima del tumor para que desaparezca, lo cual no sucede en el aneurisma. No puede establecerse con certeza el diagnóstico diferencial del aneurisma de la aorta y el del tronco braquiocefálico ó del orígen de la subclávia. Para determinar el punto del vaso que está dilatado, se tendrá en cuenta el sitio de las pulsaciones y del tumor y los accidentes de compresion interna que determina.

Pronóstico. Es muy grave, por ser enfermedad que casi nunca se cura.

Tratamiento. Ni las sangrías repetidas á cortos intérvalos, ni la famosa *cura famis*, consistente en reducir á los enfermos á un mínimum de alimentacion, ni la digital propinada para disminuir la velocidad de las pulsaciones del corazon, ni la administracion al interior del acetato de plomo á la dósis de 20 á 50 centígramos, ni la de las sustancias ricas en tanino para obtener la coagulacion de la sangre, ni el ioduro potásico recomendado por Bouillaud, dan los resultados que se han propuesto los autores que han recomendado estos diversos medios de tratamiento. Así en la mayoría de casos nos limitaremos á recomendar la tranquilidad del cuerpo y del espíritu, un régimen sóbrio, la privacion y alejamiento de todo cuanto pueda acelerar la actividad del corazon. Cuando el tumor aparece al exterior, se ejercerá cierta compresion sobre él y se le preservará de las contusiones ó violencias que puedan ocasionar su rotura. Algunos han recomendado se aplique sobre el aneurisma vejigas llenas de hielo, pero este

medio es ineficaz como todos. Si en el curso del padecimiento sobrevienen síntomas nerviosos, se combatirán con los calmantes y los antiespasmódicos; si de anemia, con los ferruginosos y los tónicos.

DILATACION DEL ESTÓMAGO.

Definicion. Es la ampliacion crónica de la cavidad del estómago, que puede llegar á ser muy considerable.

Etiología. La estrechez del píloro es causa de la dilatacion del estómago de un modo mecánico, á causa de la acumulacion y retencion de los alimentos; tambien lo son las adherencias del órgano con los adyacentes, que, teniendo contínuamente separadas las paredes del estómago, dificultan su contraccion é imposibilitan el que las sustancias alimenticias sean completamente expelidas por el píloro despues de hecha la digestion; otras veces parece que sobreviene la dilatacion á consecuencia de la paralísis ó falta de resistencia de las paredes del estómago, pero lo más comun es que sobrevenga á consecuencia de la costumbre de introducir en el órgano una cantidad enorme de alimentos.

Sintomatología. La dilatacion del estómago va casi siempre acompañada de un cáncer del píloro, por lo cual se suelen observar la mayor parte de los síntomas propios de esta afeccion. Además de ellos se nota un desarrollo más ó ménos considerable, pero uniforme, del vientre, y cuando el individuo es delgado y la dilatacion grande, se dibuja el estómago en las paredes del abdómen de una manera manifiesta. Por la palpacion no sienten los enfermos incomodidad ninguna, pero la mano que explora percibe una tumefaccion que se extiende oblícuamente desde el hipocondrio izquierdo á la fosa iliaca derecha. Por la sucusion se percibe un ruido de gorgoteo que nada tiene de característico, porque puede tambien observarse en los individuos sanos cuando hace poco que han bebido. Por la percusion se percibe un sonido claro en la parte superior del vientre y en el epigastrio, y un sonido oscuro en las partes inferiores debido á la acumulacion de líquidos en estas partes, los cuales, variando la posicion del enfermo, cambian de sitio y hacen tambien cambiar los puntos en que se perciben estos sonidos. Las digestiones están

más ó ménos trastornadas, hay regurgitaciones mucosas abundantes mezcladas con sustancias alimenticias y precedidas de una sensacion de plenitud ó vómitos acuosos ó alimenticios, cuya cantidad excede en mucho á la de alimentos y bebidas ingeridas en el estómago. Estos vómitos, que son ácidos y tienen un olor rancio ó como de ciertos cuerpos en putrefaccion, no se presentan por lo comun todos los dias, sino que más bien se reproducen por crísis y son tanto ménos frecuentes cuanto más dilatado está el estómago. Despues de verificados estos vómitos, que siempre producen alivio, no se dibuja tan exactamente el estómago, el sonido á macizo disminuye y la sucusion no produce gorgoteo.

Curso, duracion y terminaciones. Como la dilatacion del estómago depende el mayor número de veces de otras enfermedades graves, sigue un curso crónico y tiene la misma duracion y terminacion que estas; sin embargo, cuando la dilatacion depende de causas dinámicas puede terminar por la curacion, como lo ha hecho notar Rilliet.

Anatomía patológica. El estómago dilatado puede adquirir hasta cinco ó seis veces su volúmen ordinario, cubrir todos los intestinos y aun descender hasta la parte más inferior del vientre. La lesion puede ser general ó limitarse al fondo mayor del estómago haciéndole cambiar de configuracion.

Diagnóstico. La dilatacion del estómago se ha confundido con una ascitis, pero basta para evitar el error tener presente que en la ascitis el abultamiento del vientre se verifica de abajo para arriba, y lo contrario sucede con la dilatacion, además de que en esta última se deprime el vientre despues de verificado el vómito. Cuando el estómago muy distendido ocupa todo el vientre puede confundirse la enfermedad con un tumor abdominal ó un quiste del ovario, siendo difícil evitar el error si faltan los vómitos. Una vez determinada la exis-cia de la dilatacion hay que distinguir si es simple ó consecutiva á una lesion orgánica, lo que se aclarará estudiando los síntomas y el curso de la enfermedad.

Pronóstico. Cuando la enfermedad depende de un cáncer ó de una obliteracion del píloro es incurable; pero cuando es simple se han observado algunos casos de curacion.

Tratamiento. Cuando la enfermedad está complicada con una lesion orgánica del píloro ó de las paredes del estómago,

es refractaria á todos los recursos del arte. Cuando es simple es preciso usar una alimentacion poco abundante, distribuir bien las comidas para reducir el estómago ó sus dimensiones normales. Al mismo tiempo es conveniente excitar la contractilidad de las paredes del estómago por medio de los tónicos, los chorros, el hielo y la compresion hecha con una faja aplicada al vientre. Duplay aconseja el uso de la estricnina.

INSUFICIENCIA DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZON (1).

Definicion. Se dice que hay insuficiencia de las válvulas del corazon siempre que estas no obturan como es debido los orificios y permiten que la sangre refluya á la cavidad de donde acaba de salir; así cuando hay insuficiencia de las válvulas sigmóideas la sangre refluye de las arterias aorta y pulmonar á los ventrículos, y si la hay de las válvulas mitral y tricúspide refluye á las aurículas.

Etiología. Las causas de la insuficiencia de las válvulas son: las trasformaciones cartilaginosa y ósea de las mismas, sus adherencias preternaturales, su atrofia, rotura ó perforacion, las vegetaciones y concreciones fibrinosas que impiden llenen su oficio y la dilatacion considerable de los orificios. Además, la insuficiencia de las válvulas sigmóideas puede reconocer por causas especiales la existencia de un aneurisma que las deprime y el adelgazamiento con perforacion de las mismas, y la de las válvulas triscúspide y mitral, la rotura de sus tendones.

Sintomatología. En la insuficiencia de las válvulas hay disnea, palpitaciones, congestiones sanguíneas y serosas como en las demás enfermedades del corazon; pero tambien presentan signos particulares relativos al cárácter del pulso y á los ruidos morbosos que se perciben por la auscultacion. Cuando hay insuficiencia simple de las válvulas sigmóideas de la aorta hay latido muy visible en las carótidas y en todas

(1) Parecerá extraño que coloquemos entre las dilataciones la insuficiencia de las válvulas del corazon cuando realmente esta lesion no es una dilatacion; pero para obrar así hemos tenido presente que la lesion es producida en algunos casos por dilatacion considerable de los orificios, y en los que no, los efectos de la enfermedad son como si existiese una dilatacion.

las arterias superficiales del cuello, cabeza y extremidades superiores; á la auscultacion el primer ruido es natural, pero el segundo está constituido por un ruido de fuelle que generalmente es suave y pastoso, raras veces áspero, que tiene su máximum de intensidad por debajo de la base del corazon y se prolonga por abajo hácia el ventrículo y por arriba en una gran extension del trayecto de la aorta, el pulso radial es dilatado, vibrante y salton, cuyo signo es uno de los más característicos. Segun Henderson, hay un intérvalo muy notable entre el latido del corazon y el del pulso radial. Además de estos signos hay los de hipertrofia con dilatacion del ventrículo izquierdo. Cuando al mismo tiempo de haber insuficiencia hay estrechez del orificio aórtico, los ruidos del corazon están reemplazados por un doble ruido de fuelle, siendo el del primer tiempo por lo comun áspero y el del segundo siempre suave. Cuando hay insuficiencia de las válvulas mitral y tricúspide, la mano aplicada á la region precordial percibe un estremecimiento catario, hay un ruido de fuelle, ya suave, ya sibilante, ya áspero y como de sierra, que tiene su máximum de intensidad algo por encima de la punta del corazon y hácia afuera del esternon en la insuficiencia de la válvula mitral y debajo del esternon, propagándose á la punta del corazon y desapareciendo por debajo de la base del corazon cuando la insuficiencia es de la válvula tricúspide. Cuando hay insuficiencia y estrechez ó solo insuficiencia en el orificio aurículo ventricular izquierdo, el pulso radial es pequeño, débil, irregular, intermitente y desigual, y cuando hay insuficiencia de la tricúspide existe casi siempre pulso venoso muy manifiesto en las yugulares.

Curso, duracion y terminacion. El curso de las insuficiencias es crónico; su duracion variable y casi ilimitada; su terminacion por la muerte, que algunas veces sobreviene de un modo repentino.

Pronóstico. Es grave, por ser lesiones incurables.

Tratamiento. En la insuficiencia de las válvulas aórticas hay que evitar las fatigas corporales, las emociones de ánimo y toda clase de excesos; se tendrá libre el vientre para evitar las congestiones hácia la cabeza, y cuando haya mucha presion sanguínea en el corazon se practicarán con mucha reserva las sangrías. En la insuficiencia de la válvula mitral, y

cuando hay una hiperemia pulmonar muy excesiva, se puede practicar la sangría para conservar inmediatamente la vida; pero debe tenerse presente que está poco indicada, porque favorece la hidropesía. En esta lesion puede ser útil la digital, especialmente si está muy acelerada la accion del corazon; pero, segun Niemeyer, las preparaciones ferruginosas, reunidas á una alimentacion rica en albúmina y principios protéicos, dan excelentes resultados.

ESTRECHECES Y OBLITERACIONES.

Definicion. La *estrechez* no es otra cosa que la mayor ó menor disminucion del calibre de un órgano hueco, y la *obliteracion* la completa desaparicion de su cavidad.

Etiología. Algunas veces son congénitas las estrecheces por falta de desarrollo del órgano; otras veces son debidas al engrosamiento de las paredes del mismo, ya por la inflamacion, ya por la hipertrofia, ya por una degeneracion escirrosa; en ocasiones son debidas á una atrofia de las paredes con contraccion de las mismas; en otras por efecto de pérdidas de sustancia y subsiguiente cicatrizacion. La obliteracion de los conductos puede sobrevenir á consecuencia de un cuerpo extraño introducido en su cavidad, ó por la presion de un tumor desarrollado en sus inmediaciones.

Caractéres. La estrechez de un conducto puede ocupar una gran porcion de él, ó limitarse á un punto circunscrito. Las estrecheces de los conductos producen siempre alteraciones de mayor ó menor consideracion en las funciones que concurren á desempeñar dichos conductos, y aun ejercen reaccion sobre toda la economía cuando se verifica en un órgano importante de la misma, á no ser que este pueda ser suplido en sus funciones por órganos congéneres ó similares. Uno de los fenómenos más comunes que se presentan en las estrecheces es determinar la dilatacion del conducto por encima del punto estrechado á causa de la distension que ocasionan las sustancias sólidas, líquidas ó gaseosas que se acumulan por encima de él, distension que puede ser á veces tan considerable que llegue á producir la rotura del conducto; por el con-

trario, la porcion de conducto situado por debajo de la estrechez va disminuyendo cada vez más de calibre.

Tratamiento. En las estrecheces y obliteraciones la indicacion que hay que llenar consiste en destruir el obstáculo, y si no es posible, procurar dilatar el conducto, y aun si esto no nos fuera dable, disminuir en lo posible la cantidad de líquidos que deben pasar por la estrechez.

ESTRECHECES DE LOS ORIFICIOS DEL CORAZON.

Etiología. En muchos casos reconocen las estrecheces del corazon un orígen inflamatorio; en otras provienen de la trasformacion fibrosa, cartilaginosa y ósea de las válvulas; en ocasiones sobrevienen y se desarrollan de un modo lento y sin causa conocida, y en otras son dichas estrecheces una lesion congénita.

Sintomatología. En los casos de estrechez de uno ó varios orificios del corazon hay disnea habitual y palpitaciones; el pulso es pequeño, desigual, irregular, intermitente y de una frecuencia variable. Por la percusion de la region precordial se nota un sonido á macizo en mayor extension que la normal; la mano aplicada á la misma region siente una impulsion mayor que la normal y á veces el estremecimiento catario, y por la auscultacion se nota que uno de los ruidos naturales del corazon está alterado ó reemplazado por un ruido de fuelle, ó de escofina, ó de sierra, no siendo raro tampoco que se perciba un ruido de silbido que recuerda el de los pollos cuando pían, por lo que se le conoce con el nombre de *ruido de pollo* ó *soplo músico*. Estos ruidos pueden ser simples ó dobles, débiles ó fuertes, rápidos ó prolongados, y muy variables en su intensidad, fuerza y timbre. Raras veces se perciben en toda la region precordial, sino que tienen un punto de intensidad más ó ménos limitado, pueden encubrir no solo uno de los ruidos del corazon, sino ocupar tambien parte ó la totalidad del espacio del silencio. A veces se oyen hasta tres ó cuatro ruidos distintos durante una sola contraccion, y cuando se perciben tres ruidos lo general es que esté repetido el segundo, dando una sensacion que puede indicarse de esta manera: *tic... tac-tac, tic... tac-tac*; algunas veces, sin embargo, es el primero el que se repite, y segun dice Bouillaud, imita

hasta cierto punto la llamada del tambor. En ocasiones falta el segundo ruido, porque el ruido de fuelle que corresponde al primero es tan prolongado que le oculta.

Además de estos signos hay, como hemos dicho, una disnea habitual, se presentan accesos asmáticos por la noche, el sueño es intranquilo é interrumpido por pesadillas; hay muchas veces pulso venoso en las yugulares, la cara está bultuosa, las mejillas y los labios de color rojo oscuro ó violados, se presenta edema de las extremidades inferiores, que extendiéndose de abajo á arriba puede llegar á constituirse en anasarca; sobreviene hidropesía en las serosas, síntomas de congestion cerebral, y de congestion serosa ó sanguínea en los pulmones, en los que pueden formarse núcleos apopléticos, en cuyo caso hay hemoptísis más ó ménos abundante. A medida que la enfermedad progresa crecen todos estos síntomas, y los enfermos fallecen, ya á consecuencia de los obstáculos á la circulacion sanguínea, ya por asfixia, ya por síncope, ya en un acceso de ortopnea ó de resultas de una enfermedad intercurrente, como hemorragias cerebral, pulmonar ó intestinal, pulmonía ó erisipela gangrenosa producida por el edema.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de las estrecheces de los orificios del corazon es generalmente crónico; su invasion es oscura, á excepcion de los casos en que la lesion es producida por una endocarditis. En algunos enfermos hay desde el principio palpitaciones, disnea y accesos de sofocacion, pero estos síntomas son pasajeros y se presentan de tarde en tarde hasta que por fin se hacen permanentes, y lo mismo sucede con el edema de las extremidades inferiores. La duracion de la lesion es ilimitada, y muchas veces, permaneciendo estacionaria la enfermedad, viven los enfermos mucho tiempo. La terminacion es por la muerte, como ya queda dicho.

Anatomía patológica. Las lesiones que se encuentran en las estrecheces de los orificios cardiacos son: engrosamiento del endocardio unas veces, falsas membranas y adherencias otras, y degeneraciones fibrosas, cartilaginosas, ateromatosas y osificacion de las válvulas en otras, todo lo cual da por resultado la estrechez. Estas diversas lesiones están dispuestas en forma de puntos aislados y como lenticulares, ó bien en forma de chapas ó masas que empiezan en la base ó en el borde

libre de las válvulas, afectándose consecutivamente los puntos intermedios; la lesion afecta unas veces toda la extension de la válvula y otras solo su borde libre.

A causa de estas lesiones el orificio se trasforma en un anillo inextensible, circular ú oval, elíptico ó infundibiliforme. La estrechez puede ser más ó ménos considerable, así que en los casos extremos se ha visto el orificio aurículo-ventricular izquierdo reducido al diámetro de tres líneas, siendo así que en el estado normal y desde la edad de 16 años hasta la de 79 tiene, segun Bizot, cerca de cuatro pulgadas de extension en el hombre y unas tres y media en la mujer, y el orificio aórtico, que en el estado normal tiene tres pulgadas de extension y treinta y dos líneas en la mujer, reducido á las mismas dimensiones que el aurículo-ventricular izquierdo. Las alteraciones descritas son más comunes en las cavidades izquierdas del corazon que en las derechas. Casi siempre existe hipertrofia con dilatacion en los casos de estrecheces de los orificios cardiacos; además se observan tambien edemas, derrames serosos en el peritoneo y las pleuras, aumento de volúmen del hígado, que así como el pulmon están infartados de sangre y aun á veces en el último hay focos apopléticos.

Diagnóstico. Un ruido permanente de fuelle, de lima ó de sierra en la region precordial, coincidiendo con un pulso irregular, desigual, intermitente y con disnea, y los demás signos de enfermedades del corazon, indicarán, segun Grissolle, de un modo casi cierto, pero no evidente, que existe una estrechez de los orificios cardiacos. Para determinar cuál es el orificio que padece la estrechez, habrá que tener presente, segun el mismo autor, que si existe en el orificio aórtico, «se siente á veces el ruido catario en la region precordial; los ruidos de fuelle y escofina se perciben durante el primer ruido normal ó poco despues de empezar; tienen su máximum de intensidad al nivel del borde inferior de la tercera costilla cerca del esternon, y se prolongan á lo largo del trayecto de la aorta en una extension de tres á cuatro pulgadas. En la estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo nunca se oye el ruido catario; el ruido morboso, ó de fuelle ó de escofina, empieza un momento antes del primer ruido y dura ó no todo el tiempo que este, tiene su máximum de intensidad hácia la punta ó hácia el medio del ventrículo izquierdo y desaparece por encima de la base de este órgano;» pero el mismo profesor considera estos signos como insuficientes para establecer un diagnóstico seguro. Respecto á diagnosticar si la lesion reside en las cavidades derechas, dice el citado profesor que acerca de esto hay mucha incertidumbre y que seria conveniente adoptar el procedimiento de Littré, que consiste en buscar separadamente el tic-tac correspondiente á cada mitad del corazon.

Pronóstico. El pronóstico de estas estrecheces es grave, no solo porque ellas de por sí son incurables, sino tambien porque las hacen más la hipertrofia y dilatacion consecutivas.

Tratamiento. Las evacuaciones sanguíneas, la revulsion al tubo digestivo por medio de los purgantes, y á la region precordial por medio de los vejigatorios y los exutorios, son útiles cuando la enfermedad reconoce un orígen inflamatorio. Como tratamiento paliativo, cuando procede de otras causas, hay que recomendar á los enfermos que eviten las fatigas corporales y de espíritu, las emociones morales; tomen una alimentacion suave; no hagan exceso en las comidas; vistan de franela al interior y habiten un sitio seco y bien soleado. Cuando haya signos de hipertrofia se instituirá el tratamiento que se dijo para esta. Será útil tambien administrar los diuréticos y los laxantes de tiempo en tiempo siempre que el enfermo sea jóven y robusto. Si hay dilatacion grande y debilidad del pulso serán útiles los amargos, los ferruginosos y un régimen reconstituyente. La digital solo se encuentra indicada en los casos en que está muy frecuente el pulso para moderarle, pues en los demás casos es perjudicial porque debilita la contractilidad del corazon.

ESTRECHEZ DEL ESÓFAGO.

Etiología. Las estrecheces del esófago son debidas á la induracion y engrosamiento de sus paredes por efecto de una inflamacion producida por la introduccion de un cuerpo extraño, la ingestion de líquidos ácres y cáusticos, ó la de bebidas y alimentos muy calientes. Sin embargo, la mayor parte de las estrecheces de este órgano son debidas al cáncer del mismo ó á compresiones producidas por diversos tumores, como los aneurismas de la aorta, los infartos de los ganglios

linfáticos del mediastino, los abscesos agudos de los órganos próximos, la hipertrofia considerable de la glándula tiróidea, el infarto y endurecimiento de la timo. Tambien puede ser congénita.

Sintomatología. La estrechez del esófago se desarrolla siempre de un modo lento y al principio ocasiona pocos sufrimientos. Durante mucho tiempo los enfermos solo sienten una ligera molestia en un punto fijo del esófago, con dificultad de la deglucion de los alimentos sólidos, los cuales al llegar al punto de la estrechez se detienen y producen una sensacion á veces dolorosa que los enfermos refieren al cuello detrás del esternon ó á lo largo de la espalda, pero al fin pasan de la estrechez á costa de mayores ó menores esfuerzos de contraccion del esófago ó ayudados de la ingestion de bocanadas de agua. Esta dificultad en la deglucion de los sólidos se hace cada vez mayor y hasta los líquidos llegan á deglutirse con trabajo, y tanto unos como otros producen á veces una especie de gorgoteo despues que han franqueado el obstáculo. Cuando la estrechez es grande, los alimentos detenidos por encima de ella son arrojados fácilmente ó con esfuerzos violentos y convulsivos que hacen temer la sofocacion. El tiempo que tardan en arrojarse los alimentos varía, pues si la estrechez está en la parte superior del esófago se devuelven pronto, y si se halla cerca del cardias pueden tardar en ser regurgitados ó vomitados, una, dos ó tres horas. Además de estos síntomas, introduciendo una sonda esofágica en el órgano se ve que esta es detenida á mayor ó menor altura por un obstáculo que, ya se franquea fácilmente despues de cierta resistencia, ya no deja pasar más que el conductor de la sonda. En las estrecheces del esófago los enfermos se demacran rápidamente, siendo más rápida esta demacracion cuando la estrechez es dependiente de un cáncer.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es crónico, la duracion larga y la terminacion por la muerte generalmente, aunque algunas veces se ha obtenido la curacion por medio del tratamiento.

Complicaciones. Las complicaciones que pueden sobrevenir á consecuencia de la ulceracion y consiguiente comunicacion entre el esófago y los órganos vecinos son varias; así sobreviene la asfixia en el momento de la deglucion por la

introduccion de los alimentos en los órganos respiratorios, cuando se establece comunicacion entre la tráquea y esófago; hay pleuresía agudísima cuando la comunicacion es con la pleura; pulmonía que termina por gangrena ó supuracion cuando la comunicacion es con el pulmon; absceso gangrenoso prontamente mortal cuando los líquidos ingeridos en el esófago se infiltran en el tejido celular, y hemorragia fulminante cuando comunica el esófago con la aorta.

Anatomía patológica. Lo general es que haya una sola estrechez, pero algunas veces hay varias á distancia unas de otras. Las estrecheces son de diferentes grados y ocupan por lo comun la parte superior del esófago, con ménos frecuencia el cardias y raras veces los puntos intermedios. El esófago se encuentra más ó ménos dilatado por encima de la coartacion, y por el contrario, contraido y estrechado por debajo.

Diagnóstico. Los síntomas que quedan descritos caracterizan perfectamente la estrechez del esófago, la que no puede confundirse con el espasmo del mismo, pues aun cuando en este hay disfagia, esta no es permanente como en la estrechez, además de que la introduccion de la sonda esofágica indica la dificultad que tiene de penetrar á causa de la coartacion del conducto.

Pronóstico. El pronóstico de la estrechez del esófago es grave, en mayor ó menor grado, segun la naturaleza y dimensiones de la lesion.

Tratamiento. Si la estrechez depende de una flegmasía crónica, se podrán obtener resultados favorables por medio de los revulsivos enérgicos aplicados cerca de los puntos infartados, la administracion al interior de las bebidas alcalinas y la dilatacion por medio de sondas de goma, á cuya extremidad se sujeta una esponja, cuyo volúmen se va aumentando progresivamente. Tambien puede untarse el instrumento con una pomada resolutiva ó astringente. Cuando la estrechez depende de un cáncer, es tambien útil la dilatacion, pero debe hacerse el cateterismo sin esfuerzo ni violencia.

ESTRECHECES DE LOS INTESTINOS.

Etiología. La estrechez de los intestinos puede resultar de la compresion, como la producida por una desviacion del úte-

ro ó tumores intrapelvianos; otras veces resulta del acumulo de excrementos endurecidos, ó la presencia de un cuerpo extraño en el interior del intestino; en otras ocasiones es producida por modificaciones de la textura de la pared intestinal, como el infarto, la hipertrofia, degeneracion escirrosa ó cancerosa y trasformacion fibrosa; en algunos casos es debida á las ulceraciones profundas y subsiguiente cicatrizacion de las mismas, y por fin hay casos en que la estrechez es congénita.

Sintomatología. Esta enfermedad es bastante rara, y sus síntomas varían segun el punto de los intestinos que está estrechado; sin embargo, los signos comunes á las estrecheces intestinales son: extreñimiento habitual más ó ménos pertinaz, alternado algunas veces con diarrea copiosa; tension y abombamiento del vientre, que algunas veces presenta abolladuras debidas á la dilatacion de las asas intestinales por los gases; sonido claro á la percusion en la mayor parte del abdómen y oscuro en el punto de la estrechez; hipo, náuseas y vómitos alimenticios ó biliosos. Cuando la estrechez ocupa la terminacion del duodeno ó el principio del yeyuno, las funciones del estómago están más desarregladas y los enfermos se demacran rápidamente; cuando ocupa la terminacion de los intestinos delgados ó algun punto de los gruesos, los desarreglos gástricos son ménos frecuentes, pero el abombamiento del vientre y el meteorismo son mayores; si la estrechez ocupa el recto, hay sensacion de peso en el perine, disuria causada por la compresion de la vejiga, por las materias fecales, tenesmo, y despues de grandes esfuerzos solo se expelen una corta cantidad de excrementos cilíndricos unas veces, aplastados otras á manera de una cinta, y por el tacto rectal se percibe una estrechez ordinariamente de bordes duros y gruesos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es crónico, y su duracion indeterminada. Su terminacion es por la muerte cuando la naturaleza de la estrechez es cancerosa, pero si es fibrosa ó congénita, puede permanecer estacionaria por mucho tiempo, y el enfermo puede vivir muchos años sin más incomodidad que un extreñimiento pertinaz.

Anatomía patológica. Generalmente no existe más de una

estrechez, pero se han visto en algunos casos varias, á continuacion unas de otras; tienen por lo comun una extension limitada á algunas líneas, y rara vez pasan de tres pulgadas; disminuyen más ó ménos el calibre del intestino, y en casi todos los casos se observa dilatacion del mismo por encima de la coartacion, y por el contrario, contraccion y estrechamiento de las paredes intestinales por debajo.

Diagnóstico. La existencia de las estrecheces de los intestinos pasan desapercibidas por mucho tiempo, porque los enfermos continúan haciendo sus deposiciones; cuando hay extreñimiento, dolores de vientre, vómitos, aumento parcial del vientre y en el punto inflamado gran resonancia á la percusion, y estos síntomas son habituales, podemos sospechar la existencia de la estrechez, que si el tacto rectal no nos indica existe en el intestino recto, debemos creer se halla situada á mayor altura. Determinada la existencia de una estrechez y su asiento por los síntomas que quedan descritos y los antecedentes recogidos, hay que examinar cuál es su naturaleza, conocimiento que suele ser muy difícil; así que, para determinar la verdadera naturaleza de la afeccion, hay que tener en cuenta los antecedentes y buscar las lesiones concomitantes, teniendo presente, como dice Grissolle, «que las induraciones que acompañan á las supuraciones y á las fístulas de la márgen del ano, se refieren casi siempre á una simple inflamacion crónica. Si el paciente tiene señales de sífilis constitucional, será muy probable que la induracion del recto reconozca la misma causa. Ultimamente, las estrecheces que solo consisten en un anillo estrecho, son, salvas algunas excepciones, el resultado de una degeneracion fibrosa.»

Pronóstico. Las estrecheces de los intestinos son tanto más graves cuanto son dependientes de una causa orgánica, disminuyen más la capacidad del conducto y ocupan una parte más distante del recto. Cuando dependen de causas accidentales que se pueden destruir son ménos graves.

Tratamiento. Este varía segun la causa productora de la estrechez; así cuando esta depende de la compresion del útero dislocado, hay que volverle á su posicion normal; si depende de una inflamacion se usarán los baños y se harán de vez en cuando aplicaciones de sanguijuelas al ano; si es de naturaleza sifilítica se usarán los mercuriales y los sudoríficos.—Cuan-

do la estrechez reside en el recto se practicará la dilatacion progresiva por medio de mechas de lienzo untadas con manteca ú otra pomada apropiada á la naturaleza de la afeccion que se combate. Cuando la estrechez está situada por encima del recto carecemos de recursos contra ella, y solo podemos acudir á medios indirectos para combatirla, como son los alcalinos y las preparaciones del iodo, tanto al interior como al exterior; además los enfermos se pondrán todos los dias una lavativa que facilite las deposiciones; usarán una alimentacion suave y compuesta de alimentos más bien acuosos que sólidos. El extreñimiento no debe combatirse con los purgantes, pues estos más bien son perjudiciales.

OCLUSION DE LOS INTESTINOS Ó ÍLEO.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por tumefaccion y vivos dolores de vientre, acompañados de ausencia de deposiciones ventrales y de expulsion de gases por el ano, hipo, náuseas y vómitos acuosos, biliosos y por fin estercoráceos.

Sinonimia. Se conocia esta enfermedad por los antiguos con los nombres de íleo, vólvulo, pasion iliaca y cólico miserere.

Etiología. Las causas de la oclusion intestinal son varias y tienen su asiento fuera del intestino, en sus paredes y en el interior de su cavidad. Entre las del primer órden se encuentran todas las extrangulaciones de las asas intestinales producidas por bridas célulo-fibrosas, ó por resultado de adherencias del apéndice vermiforme, ó de un divertículo del intestino, bajo las que se introduce un asa intestinal, ó por la penetracion de una de estas á través de una abertura accidental del mesenterio, del epiploon, del diafragma, ó en fin, por la compresion del intestino por tumores ú órganos muy aumentados de volúmen. Las causas orgánicas que ocupan el mismo intestino son: la imperforacion congénita del ano, la falta del recto en el recien nacido, los tumores en las membranas del intestino, como escirro, cáncer, quistes hidatídicos, etc., simples torsiones del intestino sobre sí mismo, flexiones forzadas de un asa intestinal á causa de adherencias. Las causas que tienen su asiento en el interior del intestino son: la acumulacion de heces fecales endurecidas, cuerpos extraños, como huesos

de frutas, cálculos biliares, concreciones intestinales, pelotones de lombrices y las invaginaciones intestinales.

Sintomatología. Los síntomas de la oclusion intestinal pueden sobrevenir de un modo lento, en cuyo caso van precedidos de ciertos trastornos digestivos, como sensacion de plenitud, cólicos que aparecen y desaparecen, y aun algunos accidentes del vólvulo pasajeros y pocos intensos; pero lo más comunmente la oclusion intestinal se presenta de pronto, y los enfermos, hallándose buenos, son acometidos de dolor intenso en algun punto del vientre, generalmente alrededor del ombligo, en la fosa iliaca derecha, ó en los vacíos, que pronto se irradia á todo el vientre. Este dolor, que es contínuo, pero con exacerbaciones más ó ménos aproximadas, es comparado por los enfermos á un pellizco ó un retorcimiento, y á veces es tan intenso que los enfermos están sumamente agitados, lanzan gritos y se revuelven en la cama en todos sentidos. Este dolor va acompañado de distension del vientre y meteorismo, y los paroxismos dolorosos son seguidos de náuseas, vómitos compuestos de sustancias alimenticias ó biliosas y supresion completa de deposiciones albinas y de la expulsion de gases por el ano. El vientre, poco sensible á la presion al principio, excepto en el punto correspondiente á la oclusion, se pone por fin doloroso, y al través de las paredes abdominales se perciben las asas intestinales agitadas de tiempo en tiempo por movimientos convulsivos. La cara está descompuesta, las facciones indican la ansiedad, los ojos se hunden en las órbitas, la sed es intensa, la respiracion anhelosa, el pulso pequeño y contraido, la piel caliente y húmeda. Si la oclusion continúa sobreviene hipo, los vómitos se hacen más frecuentes y se componen de sustancias estercoráceas, el vientre está muy sensible, las facciones se descomponen cada vez más, la voz se apaga, hay postracion, el pulso se pone muy frecuente y se hace casi insensible, la piel se cubre de sudor frio, y en medio de tanto trastorno se conserva íntegra la inteligencia, hasta que por fin sucumben los enfermos. Algunos de estos suelen quedar tranquilos algunas horas antes de morir.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la oclusion intestinal es más ó ménos agudo; su duracion más frecuente es de seis ó siete dias, aunque se han observado casos en que

se ha prolongado hasta los catorce, y otros en que no ha pasado de algunas horas. La terminacion más frecuente es por la muerte, pero algunas veces se ha obtenido la curacion despues de los mayores trastornos, en cuyo caso se presentan las deposiciones, se detienen los vómitos, se ablanda el vientre y el pulso pierde de frecuencia.

Anatomía patológica. En todos los casos de íleo se ven, además de algunas de las lesiones orgánicas que se han referido en la etiología, muy dilatada la porcion del tubo digestivo situada por encima de la oclusion, y por el contrario, contraida la que se halla por debajo. Tambien existe casi siempre una peritonitis general, gangrená ó reblandecimiento inflamatorio del intestino y aun su perforacion.

Diagnóstico. Los síntomas que caracterizan la oclusion intestinal son un dolor intenso en un punto del vientre acompañado de ansiedad, hipo, náuseas, vómitos mucosos, biliosos ó estercoráceos y astriccion pertinaz. La oclusion intestinal pudiera confundirse con la peritonitis, pero en esta la sensibilidad del vientre es más intensa y general, el meteorismo mediano y uniformemente repartido, que es lo contrario de lo que ocurre en la oclusion. No es posible confundir esta afeccion con un cólico hepático ó saturnino, atendiendo el estado del vientre y la coloracion de la piel. La hernia extrangulada es la que puede confundirse mejor con la oclusion intestinal, pero es fácil establecer el diagnóstico diferencial observando atentamente los anillos y las aberturas naturales de la cavidad abdominal. Las más veces es imposible diagnosticar el sitio de la lesion; tampoco somos más afortunados en la apreciacion de la naturaleza de la enfermedad; sin embargo, puede decirse que si los accidentes se han presentado de pronto puede sospecharse que la extrangulacion es producida por una brida ó por un anillo formado accidentalmente; que si hay extreñimiento ó alternativas de este con diarrea, hay un dolor en un punto del vientre, existe habitualmente algo de meteorismo y el enfermo se ha demacrado, se podrá sospechar una lesion orgánica del intestino; que si hay un tumor duro y desigual en el trayecto de los intestinos gruesos, se puede considerar como producida por detencion de heces fecales.

Pronóstico. El de la oclusion intestinal es grave, pero su

gravedad es variable segun su naturaleza, pues la producida por una lesion orgánica es muy grave; no lo es tanto la producida por una tension del intestino; lo es ménos la invaginacion, y la ménos grave la determinada por el acumulo de materias fecales.

Tratamiento. La indicacion en esta enfermedad consiste en restablecer el curso de las materias fecales; los medios varían segun la causa que produce la oclusion. Cuando la enfermedad ha sido producida por la acumulacion de heces fecales endurecidas se procurará expulsar estas por medio de lavativas de un cocimiento de hojas de sen, que solicita con energía la contraccion de los intestinos, y cuando esto no es suficiente se emplean los purgantes drásticos; pero si la oclusion es debida á una lesion orgánica, estos medios son inútiles y aun perjudiciales; cuando la oclusion depende de una extrangulacion se procura promover los movimientos peristálticos de los intestinos por medio de una sobacion moderada del vientre por medio de la electricidad, estableciendo una corriente galvánica entre la boca y el ano y por los enemas de hojas de sen. Tambien han aconsejado algunos aplicar una gran ventosa en el vientre ó algunas más pequeñas, y una vez agarradas á las paredes del mismo, hacer ejecutar á estas movimientos de fuelle, que dicen destruyen las bridas é invaginaciones. En estos mismos casos de extrangulacion se han obtenido buenos resultados dando baños tibios muy prolongados, cubriendo el vientre con cataplasmas emolientes y haciendo aplicaciones al nivel del punto que se supone existe el obstáculo, con cuyos medios se desinfartan los tejidos y se disminuye el espasmo de las partes. Los enemas de tabaco, los vomitivos y la ingestion por la boca de cuerpos pesados, como el mercurio y las balas de plomo, son medios muy peligrosos y abandonados en la actualidad. Un medio bastante útil para destruir la oclusion producida por extrangulacion, por invaginacion y aun por acumulo de las materias fecales, consiste en el uso de bebidas y lavativas frias y la aplicacion del hielo al vientre. Cuando todos estos medios no han dado resultados se ha propuesto por algunos y ejecutado con éxito la operacion de la gastrotomía, que tiene por objeto ir á buscar el obstáculo y hacerle desaparecer. Tambien se ha propuesto por varios cirujanos y practicado con buenos resulta-

dos por Nelaton el establecer un ano artificial por encima del sitio de la extrangulacion.

LESIONES DEPENDIENTES DE LA METAMORFOSIS DE LAS MOLÉCULAS.

HÍGADO GRASOSO.

Definicion. Es una lesion del hígado en que su parenquima es sustituido poco á poco por un tejido adiposo que le reemplaza. En esta lesion se reconocen dos formas: una en que las células hepáticas se llenan de un exceso de grasa procedente de la vena porta, y otra en que las mismas células, alteradas en su nutricion por un estado patológico del hígado, experimenta una metamorfosis, por efecto de la cual aparecen en su interior granulaciones grasosas.

Etiología. Esta enfermedad se presenta de preferencia en los sugetos que á la vez que hacen poco ejercicio comen y beben mucho, encontrándose en las mismas condiciones de los animales á quienes se trata de cebar, en cuyo caso el exceso de elementos reparadores no se consume, pero como esto no se verifica en todos los individuos sometidos á estas condiciones, se ha admitido la existencia de cierta predisposicion congénita. Tambien se presenta en los sugetos muy demacrados, y principalmente en los que padecen tubérculos, hecho que se ha tratado de explicar de varios modos, pero que está más admitido dependa del trasporte de la reabsorcion de los elementos grasosos de los demás órganos.

Sintomatología. En esta enfermedad faltan los síntomas sujetivos, y los objetivos solo se manifiestan cuando la enfermedad ha llegado á un estado avanzado. Estos últimos son: aumento de volúmen del hígado apreciado por la palpacion; no hay dolor en el órgano; presenta poca resistencia á la compresion y una superficie lisa. Cuando la afeccion tiene gran desarrollo, aquejan los enfermos sensaciones de plenitud en el hipocondrio derecho y aun á veces dificultad en la respiracion; suele estar aumentada la secrecion de las glándulas sebáceas, de modo que la piel parece lustrosa y como cubierta de una capa de grasa. No va acompañada la enfermedad de hinchazon del bazo ni de ascitis, pero en algunos casos hay diarrea rebelde.

Anatomía patológica. En esta lesion está el hígado más ó ménos aumentado de volúmen; su peso es mayor ó menor, tiene una forma aplanada y su borde está engrosado; el color de su superficie es rojo amarillento ó amarillo puro. La consistencia del órgano es pastosa al tacto, lo que hace que el dedo deje un hoyo cuando se le comprime. Pone poca resistencia á su seccion y la hoja del escalpelo se cubre de una capa de grasa. El peritoneo está liso, brillante y trasparente. Por medio del microscopio se notan aumentadas las células hepáticas y ocupadas unas veces por gotillas de grasa separadas ó reunidas, y en otras por una sola que llena su cavidad. El exámen químico del hígado permite comprobar una enorme riqueza en grasa.

Tratamiento. Cuando esta enfermedad coincide con la obesidad, se aconsejará á los enfermos un ejercicio activo y se arreglarán sus comidas de modo que sean moderadas, proscribiendo el uso de las sustancias grasas, los alcohólicos, el té y el café. Cuando coincide con un estado de marasmo no se pueden llenar otras indicaciones que las que suministra la enfermedad que lo produce. Para llenar la indicacion morbosa se ha juzgado que activando la secrecion biliar podria conseguirse la desaparicion del exceso de grasa, por cuya razon se han recomendado los zumos frescos de diente de leon, celidonia, etc., y los purgantes repetidos; pero como al mismo tiempo se ha sometido á los enfermos á un régimen severo, debe atribuirse tal vez á este todo el resultado obtenido.

DEGENERACION AMILÓIDEA DEL HÍGADO.

Definicion. Es una alteracion del tejido del hígado, que consiste en la infiltracion en sus células de una sustancia de naturaleza ignorada, pero que ofrece cierta semejanza con el almidon y la celulosa y da al órgano el aspecto lustroso del tocino ó la cera, por lo que se ha denominado tambien *lardácea* ó *cérea*.

Etiología. Esta lesion acompaña constantemente á los es-

tados caquécticos avanzados, y es principalmente consecutiva á las escrófulas, raquitis, tísis, supuraciones y caries huesosas de larga duracion, á la sífilis y la caquexia palúdica.

Sintomatología. El hígado se tumefacta de un modo lento é indolente, y aumentado de volúmen ocupa todo el hipocondrio derecho, produciendo sensacion de presion y tirantez; hay por lo comun tumefaccion del bazo, ascitis constante precedida de edema de las extremidades inferiores, decoloracion de los excrementos, palidez general, raras veces ictericia, hidrohemia, y á veces albuminuria.

Anatomía patológica. El hígado se encuentra aumentado de volúmen y peso, prolongado, aplanado y engrosado en sus bordes. El peritoneo liso y tenso. Hecho un corte en el parenquima se presenta la superficie de seccion, seca, exangue, lisa, casi homogénea y de un color ceniciento y brillante como el tocino. Por el microscopio se observan las células poligonales, redondeadas, ensanchadas y conteniendo una sustancia trasparente y homogénea. Si se trata la preparacion con una disolucion de iodo se obtiene una coloracion rojo-oscura, que pasa al violeta y luego al azul cuando se le agrega ácido sulfúrico.

Tratamiento. Aunque se han citado algunos casos en que el hígado lardáceo ha disminuido de volúmen y recobrado su estado normal, hay que guardarse de dar entero crédito á estas observaciones, porque no es probable que semejante lesion se corrija. Contra esta enfermedad se han recomendado interiormente los preparados de iodo, y entre ellos el ioduro de hierro; pero así estos como los baños salinos y las preparaciones ferruginosas solo pueden considerarse como paliativos.

PRODUCCIONES MORBOSAS ACCIDENTALES
EXTRAÑAS AL ORGANISMO.

CÁLCULOS.

Definicion. Grisolle los define del siguiente modo: «Los cálculos son unas producciones morbosas inorgánicas, variables por su forma, color, tamaño, número, consistencia y composicion química, que pueden formarse en el centro de los parenquimas, pero que comunmente lo verifican en alguna de las cavidades naturales del cuerpo.»

Etiología. Las causas que dan orígen á la formacion de los cálculos son muy oscuras, pero, sin embargo, se sabe que la detencion prolongada de los humores en sus reservorios, los obstáculos á su excrecion, el predominio de ciertos de sus componentes, una alteracion en las propiedades químicas de las mismas, la existencia en los mismos reservorios de un cuerpo extraño alrededor del cual se concreten los líquidos excrementicios son causas que los producen con bastante frecuencia.

Sintomatología. Los cálculos, que, como dejamos dicho, pueden presentar variedad en su forma, color, tamaño, consistencia y composicion quimica, se forman por lo regular de un modo latente, pudiendo ocurrir que continúen así toda la vida, ó que adquiriendo cierto volúmen se manifiesten por síntomas variables, que ya son locales ó directos, ya simpáticos ó indirectos. Los síntomas locales son el dolor, que á veces es sordo, aunque de ordinario es más ó ménos intenso y repentino; los trastornos funcionales en el órgano en donde se forman, que son variables segun sea este; la detencion ó acumulo del líquido excrementicio, de donde nacen varios fenómenos, y por fin la expulsion en abundancia de este mismo líquido despues de dislocado ó expulsado el cálculo. A estos síntomas locales acompañan diversos trastornos simpáticos que daremos á conocer y varios síntomas que pueden presentarse despues y dependientes de las lesiones orgánicas que pueden haber producido, como inflamaciones crónicas, úlceras, perforaciones y accesos.

Curso, duracion y terminacion. Las enfermedades calculosas tienen un curso crónico, pero se presentan los síntomas en forma de accesos, que recidivan al cabo de más ó ménos tiempo. La duracion de estas afecciones es variable, pudiendo ceder en poco tiempo cuando el cálculo es expelido ó extraido. La terminacion suele ser favorable, aunque en algunas ocasiones pueden ser causa de la muerte.

Pronóstico. Si se forman en un órgano cuyas funciones son importantes para la vida, constituyen una afeccion grave.

Tratamiento. Las indicaciones que deben satisfacerse son:

facilitar la expulsion del cálculo, calmar los síntomas que determina y modificar la economía para oponerse á la nueva formacion de cálculos.

CÁLCULOS BILIARES Y CÓLICO HEPÁTICO.

Definicion. Con este nombre se designa una afeccion caracterizada por la formacion de cálculos en las raicillas del conducto hepático, de la vejiga de la hiel y de los conductos excretores de la bílis.

Etiología. La etiología de los cálculos biliares es algo oscura; así se ha dado como causa la inflamacion de la cara interna de la vexícula biliar y la alteracion consecutiva de la bílis; la atonía de la misma vejiga; tambien se reconoce como causa ciertos alimentos, como los farináceos, los ácidos, los astringentes y los espirituosos. Otros han creido que la riqueza de la bílis en cal, dependiente del uso de aguas muy calcáreas, contribuye á la formacion de estos cálculos, así como la presencia de partículas de moco ó cuerpos extraños, alrededor de los què se forman estas concreciones. Los cálculos biliares se observan con más frecuencia en los viejos que en los jóvenes, y en las personas que tienen una vida sedentaria, como las mujeres, los literatos y los prisioneros.

Sintomatología. Cuando los cálculos ocupan las raicillas del conducto hepático ó la vejiga de la hiel, pueden permanecer latentes sin dar otra señal que ciertos síntomas vagos, como son dolor sordo y gravativo en el hipocondrio derecho y una cardialgia persistente. Cuando ocupan la vejiga de la bílis pueden dar lugar á algunos síntomas equívocos, como son: dolor obtuso, contínuo, que se extiende hácia el dorso; digestiones lentas y difíciles; extreñimiento; hipocondría; incomodidad y peso en el hipocondrio derecho; la palpacion y percusion da á conocer en algunos casos un tumor que sobrepasa del borde de las costillas falsas, es duro, desigual é indolente y está formado por la vejiga biliar, en la que se oye un ruido de colision debido al choque ó roce de unos cálculos con otros cuando se obliga al enfermo á hacer esfuerzos de defecacion. Cuando los cálculos emigran desde la vejiga biliar y penetran en los conductos biliares sobrevienen los síntomas del *cólico hepático*, que son los siguientes: dolor que por lo

regular acomete de pronto, es intenso, lancinante ó dislacerante, ocupa el epigastrio é hipocondrio derecho, desde donde se irradia al lado derecho del dorso, al cuello, al hombro y algunas veces hasta el ombligo; se exaspera generalmente por la más ligera presion y más raras veces se calma haciendo una compresion ancha; este dolor se presenta al principio por accesos cortos y separados de grandes intérvalos, que poco á poco se aproximan y duran más tiempo. Al mismo tiempo que el dolor se presenta gran agitacion, ansiedad, algunas veces vértigos, delirio, convulsiones ó síncope; los enfermos son acometidos casi siempre de ictericia; hay sequedad de la boca y faringe, eruptos, náuseas, vómitos mucosos ó biliosos, desarrollo de gases en el estómago, extreñimiento, deposiciones incoloras, y cuando el cálculo no detiene el curso de la bílis, deposiciones biliosas abundantes; el pulso está tranquilo y la piel conserva su calor normal; pero cuando los dolores son muy intensos puede estar pequeño y contraido, mas nunca frecuente, á no ser que haya una complicacion inflamatoria; las orinas están amarillas y espesas.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es contínuo, con exacerbaciones; los síntomas desaparecen poco á poco ó por completo cuando el cálculo vuelve á su sitio ó es expulsado al intestino, saliendo despues unido á las deposiciones. La duracion de los accesos es variable, pues unas veces solo duran algunos minutos, y otras varias horas. La terminacion generalmente es favorable, y si el acceso ha sido de corta duracion solo queda algo de incomodidad, inapetencia é ictericia de pocos dias; pero si los accesos han durado muchos dias, pueden sobrevenir además deposiciones incoloras, calenturas y síntomas de inflamacion del hígado y sus dependencias. Algunas veces no son expelidos los cálculos por el conducto colídoco, sino al través de una perforacion de la vejiga biliar prévia su adherencia á las paredes del vientre ó á un tramo intestinal. Tambien puede terminar la enfermedad por la muerte, ya á consecuencia del excesivo dolor, ya por alguna complicacion, como un derrame de bílis en el vientre, que produce una peritonitis sobreaguda, ó el estado de marasmo que producen los accesos repetidos con frecuencia y por mucho tiempo.

Anatomía patológica. El volúmen de los cálculos varía

desde el de un grano de mijo hasta el de un huevo de gallina; su número es tambien variable, siendo raro que no haya más de uno; su forma es redondeada ú ovalada; su superficie lisa comunmente, aunque algunas veces es desigual y presentan facetas debido al desgaste que produce el roce de unos con otros; su color es diverso, pues los hay blancos, amarillentos, morenos y negruzcos; su peso especifico es poco, y su consistencia por lo comun poco considerable, pues se dejan deshacer fácilmente entre los dedos; casi todos tienen un núcleo, alrededor del que se forman diversas capas; su composicion química es por lo general de colesterina y materia colorante; otras veces solo se encuentra la materia colorante, y otras, pero pocas, se encuentra en ellos fosfato y carbonato de cal. Ya dejamos dicho que los cálculos pueden existir en las raicillas del conducto hepático, en la vejiga y en los conductos excretores de la bilis. En la mayor parte de casos no hay modificacion en las membranas de la vejiga; sin embargo, algunas veces se nota inflamacion en ella, perforaciones de la misma que comunican con la piel, el peritoneo, el duodeno, el estómago, el colon trasverso y aun con la vena porta; tambien se encuentra distendida. De las mismas alteraciones pueden participar los conductos biliares, estar unas veces estrechados y engrosados ó más ó ménos dilatados.

Diagnóstico. No es posible confundir el cólico hepático con la peritonitis parcial, la hepatitis y la duodenitis, porque en la primera hay fiebre, y el dolor es ménos intenso y más superficial, y en la segunda y tercera no es tan repentino é intenso el dolor. Con el cólico nefrítico no puede tampoco confundirse si se tiene en cuenta que el dolor ocupa una de las regiones lumbares, se propaga á lo largo de los uréteres, se acompaña con frecuencia de retraccion de uno de los testículos, la excrecion de la orina está disminuida y esta aparece muy cargada de ácido úrico. El íleo, con el que pudiera confundirse el cólico hepático, se marca por extreñimiento invencible, vómitos mucosos ó biliosos al principio y despues estercoráceos, meteorismo y pulso frecuente y pequeño.

Pronóstico. Es siempre grave por las molestias que ocasiona y las lesiones á que puede dar lugar.

Tratamiento. Durante el acceso, la primera indicacion que hay que llenar es la de calmar el dolor por medio del ópio,

empleando el láudano á la dósis de 12 gotas, ó el hidroclorato de morfina á la de un centígramo de hora en hora ó de dos en dos, hasta producir un ligero narcotismo. Si por efecto de los vómitos no pueden administrarse los medicamentos, se harán inyecciones subcutáneas con la morfina ó se administrarán lavativas laudanizadas. Con el mismo objeto se darán baños templados, se darán fricciones en el hipocondrio derecho con la pomada de belladona, y se cubrirá la misma parte con tópicos emolientes. Si hay signos de inflamacion ó fluxion, se usarán las emisiones sanguíneas generales ó locales, segun la indicacion. Pasado el acceso, se procurará evitar la repeticion de otros, proscribiendo los alimentos animalizados y los vegetales amargos y recomendando un ejercicio moderado. Como medicamentos, está recomendada, y ha producido buen resultado, una mezcla de 12 gramos de éter sulfúrico, y 8 de esencia de trementina para tomar 2 gramos por la mañana, aumentando progresivamente la dósis hasta que el enfermo haya tomado unos 500 gramos. Tambien se han aconsejado en los intérvalos de los accesos los purgantes repetidos y las aguas minerales alcalinas y ferruginosas.

CÁLCULOS INTESTINALES.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por la formacion de ciertas concreciones en el estómago ó los intestinos. Estos cálculos son raros en el hombre y frecuentes en algunos animales, principalmente en el caballo.

Etiología. Estas concreciones son más frecuentes en la vejez. Los cuerpos extraños que penetran en el tubo digestivo, como coágulos sanguíneos, porciones de hueso, cálculos biliares, huesos de fruta, aglomerados de magnesia en los que de ella abusan, masas de caseina, son la causa de la formacion de estas concreciones por la adicion á estos cuerpos extraños de sustancias salinas.

Sintomatología. Algunas veces existen los cálculos intestinales sin producir trastorno alguno apreciable; en otras ocasiones solo existe un dolor fijo profundo acompañado de sensaciones raras, de hipo, vómitos, extreñimiento ó alternativas de extreñimiento y diarrea. Si el cálculo es muy voluminoso y obstruye el intestino, se presentarán todos los sín-

tomas del íleo. Explorando el vientre se encontrará en las fosas iliacas ó en los vacíos un tumor duro casi siempre inmóvil, pero que puede cambiar de sitio de una hora á otra, y si está en el recto, además de quejarse los enfermos de peso en el ano y tenesmo podrá tocarse con el dedo; además suele haber en este caso flujo mucoso sanguinolento y diarrea. Todos los accidentes cesan en cuanto es expelido el cálculo, cuya expulsion puede verificarse por el ano ó por la boca, ó al través de las paredes prévia la formacion de un absceso y la subsiguiente de una fístula intestinal, ó tambien perforándose el intestino y cayendo en la cavidad peritoneal, lo cual produce una peritonitis por perforacion.

Curso, duracion y terminacion. El curso es contínuo, la duracion variable, y la terminacion, ó por la expulsion del cálculo por uno de los medios que quedan expuestos, alguno de los que puede acarrear la muerte, ó por esta producida por el marasmo.

Diagnóstico y pronóstico. Es difícil establecer el diagnóstico de esta enfermedad, porque por lo general son vagos los síntomas que la dan á conocer. El pronóstico es grave, si el cálculo es tan voluminoso que pueda producir la oclusion de los intestinos.

Tratamiento. Es el mismo que se emplea contra el extreñimiento.

CÁLCULOS RENALES Y CÓLICO NEFRÍTICO.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por la formacion de ciertas concreciones de volúmen vario desarrolladas en los riñones.

Etiología. Reina aun bastante oscuridad en la etiología de esta enfermedad, así que la formacion de estos cálculos se ha atribuido al género de alimentacion; al uso de las aguas selenitosas, á un ejercicio excesivo que, por los copiosos sudores que determina, da lugar á la disminucion de orina; tambien se han considerado como causas las afecciones del cuello de la vejiga y de la uretra; igualmente se ha considerado como causa el permanecer mucho en cama y la costumbre de orinar de tarde en tarde. Se encuentra esta enfermedad coincidiendo con frecuencia con la gota; tambien parece que existe una predisposicion congénita á padecer los cálculos. Lo más cierto que

se sabe de la etiología de esta afeccion, es que son poco frecuentes en la infancia, que reinan en todos los climas y que hay ciertas localidades en donde son muy comunes.

Sintomatología. Pueden existir cálculos en la pélvis del riñon sin que los enfermos aquejen ninguna molestia, y solo se ve á veces salir arenillas con las orinas; en otros casos aquejan los enfermos una sensacion de peso y dolores obtusos en la region renal, accidentes que se suelen presentar con intermitencia y cesar inmediatamente que los enfermos expelen cierta cantidad de arenillas. El cambio de lugar verificado por los cálculos ó su paso al través de los uréteres para llegar á la vejiga, determina una série de síntomas que se denomina *cólico nefrítico*. Estos síntomas son los siguientes; dolor que sobreviene más ó ménos repentinamente, ocupa la region renal, es muy intenso, lancinante, contínuo y exacerbante; se propaga hácia los vacíos y en la direccion del uréter, hasta la vejiga, la ingle, el muslo del mismo lado, y en el hombre hasta el testículo que se retrae hácia el anillo inguinal acompañándose de entorpecimiento, rigidez ó temblor del muslo. La secrecion urinaria es nula si están afectados los dos riñones, escasa cuando uno solo, en cuyo caso la emision de la orina es difícil y algunas veces con tenesmo. El líquido urinario es unas veces claro y trasparente y abundante; otras escaso, rojo, espeso, sanguinolento. Además de estos síntomas locales hay agitacion, insomnio, hipo, náuseas, vómitos, y cuando son muy violentos los dolores pueden presentarse delirio y convulsiones. El pulso está comunmente acelerado, aunque á veces se halla tranquilo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de los accesos es contínuo por punto general; pero algunas veces se sienten los enfermos aliviados por remisiones pasajeras para exacerbarse los síntomas despues con gran intensidad, y otras van los dolores en aumento progresivo hasta que ceden, ya porque el cálculo vuelve á su lugar, ya porque cae á la vejiga. Los accesos recidivan al cabo de algunos años, cuando se han expulsado los cálculos, pero cuando esto no sucede las recidivas son frecuentes. La duracion de cada acceso suele ser de veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas. La terminacion es favorable por lo general, pero en ocasiones sobreviene la muerte, ya porque detenido el cálculo sobreven-

ga la inflamacion del riñon y la desorganizacion consiguiente del mismo, ya por una peritonitis sobrevenida por propagacion de la enfermedad ó por perforacion de la pelvis, ya por consecuencia del aplanamiento ó la sobreexcitacion del sistema nervioso, ya finalmente como consecuencia de una fiebre urinosa.

Anatomía patológica. Los cálculos renales son muy variables en su número y volúmen; su superficie es lisa ó desigual y áspera; su forma variable; su color generalmente rojo ó amarillo leonado, aunque algunas veces es blanco, gris, ceniciento ó negro; su consistencia generalmente grande, aunque en algunos es poca; su composicion química es tambien variable, pues mientras unos están formados de ácido úrico ó uratos de amoniaco, potasa, sosa, cal, otros lo están por el óxido jántico, el cístico, los fosfatos de cal, magnesia, amoniaco, el carbonato de cal y magnesia, el oxalato de cal y amoniaco, el benzoato de amoniaco, etc. Estos cálculos unas veces son homogéneos, otras tienen en su centro un punto más denso, que es lo que constituye el núcleo del cálculo. En el riñon pueden existir algunas lesiones, como rubicundez, engrosamiento y ulceracion de la mucosa de las cavidades renales y todas las propias de la nefritis y pielitis. Los cálices y la pelvis pueden estar dilatadas, la sustancia tubulosa y cortical atrofiadas, el riñon convertido en una gran bolsa, cuya alteracion ha recibido el nombre de *hidropesía renal* ó *hidronefrosis*.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta afeccion es fácil cuando se arrojan arenillas ó cálculos, ó cuando se presentan los síntomas que caracterizan el cólico nefrítico.

Pronóstico. Es siempre grave, y tanto más cuanto más frecuentes y durables son los accesos.

Tratamiento. Lo primero que debe hacerse en el tratamiento del cólico nefrítico es calmar los accidentes que se presentan, y principalmente el dolor, por medio de la administracion del ópio á la dósis de 25 milígramos á 5 centígramos cada hora ó cada dos, segun los efectos que produzca, y si esta administracion no es posible á causa de los vómitos, se harán inyecciones subcutáneas con la morfina; al mismo tiempo se aplicarán cataplasmas laudanizadas *loco dolenti*, ó se harán en el mismo sitio fricciones con la pomada de belladona.

Cuando hay síntomas de inflamacion ó el sugeto es muy robusto se recurrirá á las emisiones sanguíneas generales y locales, que además de oponerse á la fluxion, relajan los tejidos y facilitan, disminuyendo el espacio, el paso del cálculo al través del uréter; con el mismo objeto se dispondrá un baño general templado cada dos ó tres horas. Para calmar los vómitos se usarán las bebidas gaseosas ó heladas en corta cantidad de cada vez. Cuando el enfermo haya arrojado los cálculos y hayamos visto su composicion química se usarán diferentes medios, segun cual sea, para evitar la nueva formacion de cálculos; así, si estos están formados de ácido úrico, urato de amoniaco, fosfato de cal ó fosfato amónico-magnésico, formarán la base de la alimentacion las sustancias vegetales, las carnes blancas y los pescados, proscribiendo el té, café, licores y vinos generosos, y recomendando el uso de las aguas alcalinas naturales ó las disoluciones de bicarbonato de potasa ó de sosa; si el cálculo está formado de carbonato de cal se debe usar un régimen animal y bebidas gaseosas acídulas, ó simplemente diuréticas.

ENFERMEDADES DIATÉSICAS.

Definicion. Llámanse *enfermedades diatésicas* todas aquellas que se desarrollan bajo el influjo de una *diatesis,* que no es otra cosa, segun Trousseau, que «una disposicion particular de la economía hereditaria ó adquirida, pero esencial é invariablemente crónica, en virtud de la cual se producen bajo expresiones fundamentalmente idénticas, aunque variables y movibles en cuanto á su forma, trastornos morbosos bastante francamente caracterizados en general.»

Caractéres. Las diatésis se trasmiten en la mayor parte de los casos por herencia; en otros se desarrollan por infracciones graves y duraderas de las leyes higiénicas. No es seguro que la diatesis se trasmita siempre desde los padres á todos los hijos, pues si aquellos adquirieron la disposicion diatésica despues de engendrar alguno de los hijos no se presentará la enfermedad en este y sí en los posteriores; tambien podrá ocurrir que la lactancia, el clima, el régimen y género de vida y la profesion favorezcan más ó ménos el desarrollo de la enfermedad ó contraresten la disposicion diatésica, y de aquí el que unas veces se presente la enfermedad de esta clase y otras no; tambien es factible que siendo los padres de constitucion endeble ó enfermiza, muy jóvenes ambos ó muy viejo el padre, que la madre haya sufrido padecimientos graves ó profundas afecciones morales ó la nodriza padezca una diatesis, se desarrolle un vicio de tal clase. Las edades influyen bastante en el desarrollo de las diatesis; así las escrófulas son más propias de la primera y segunda infancia, los tubérculos de la infancia y la pubertad, la gota de la edad adulta, el cáncer de la edad madura y el herpetismo de todas ellas. Los temperamentos, las constituciones y los séxos favórecen tambien el desarrollo de las diatesis que les son más conformes.—Estas enfermedades se dan á conocer por afectos morbosos

locales que aparecen espontáneamente ó por efecto de causas leves, lo cual indica la existencia de una causa interna de mayor potencia.—Las manifestaciones diatésicas se presentan en ciertos órganos ó tejidos de preferencia, como el herpetismo en la piel y en las mucosas; las escrófulas en las glándulas, tejido fibroso y parte esponjosa de los huesos; los tubérculos en los tejidos mucoso, glandular, conectivo y seroso; la gota en el tejido fibro-articular, etc.—Las manifestaciones diatésicas locales atacan simultánea ó sucesivamente gran número de sistemas orgánicos; por lo comun no se fijan de un modo permanente en el órgano en que primitivamente aparecen, sino que desaparecen con facilidad para volver á reaparecer con intérvalos más ó ménos largos, hasta que por fin se fijan en un punto para continuar allí su desarrollo.—Las manifestaciones diatésicas afectan en su principio una forma por lo general fluxionaria, hipercrínica, congestiva ó flojística, apareciendo más adelante el estado inflamatorio, neurálgico, ulcerativo ó de producciones heteromorfas; así se manifiestan en un principio por afecciones locales fluxionarias, simples ó múltiples precedidas generalmente de trastornos generales; posteriormente suelen aparecer neuralgias, flujos ó hemorragias, y en épocas más avanzadas la inflamacion seguida de una alteracion en la nutricion que determina el reblandecimiento y la ulceracion ó el depósito de productos heteromorfos, sobreviniendo por fin la calentura, el estado caquéctico y la muerte.—Su curso es crónico, pero unas veces sus manifestaciones sintomáticas ceden con facilidad, reaparecen más tarde, vuelven á ceder y reaparecer sin comprometer la vida, otras permanecen estacionarias, y por fin otras siguen un progreso constante hasta su término fatal.—Las diatesis pueden complicarse unas con otras formando especies híbridas y trasformarse en el mismo indivíduo al trasmitirse á la descendencia, trasformacion que no se verifica en aquellos en que se forman productos heterólogos.

Tratamiento. Como estas enfermedades consisten en un grande y profundo trastorno de la vitalidad con desarreglos nerviosos y perversion de la fuerza plástica, se han empleado para combatirlas el régimen, el clima, los alterantes y las aguas minerales, porque estos medios son los que obran de un modo más profundo y duradero en la economía. Estos me-

dios varían segun la especie de diatesis; así en la escrofuloses en que hay decaimiento de las fuerzas y disminucion de la plasticidad de la sangre se hace uso de un régimen reparador, del iodo, la barita, el hierro y las aguas minerales tónicas. La tuberculosis, que tiene condiciones análogas, se ha combatido tambien con medios análogos. La gota, en que hay desarmonía en la asimilacion y desasimilacion, de donde resulta predominio de los elementos azoados, se la combate con el régimen vegetal y las aguas y medicamentos alcalinos. En el herpetismo se ha recomendado un régimen suave, los depurativos, los preparados sulfurosos, los baños alcalinos y sulfurosos ó sulfuro-azoados, así como tambien el arsénico. En la diatesis cancerosa tambien se ha usado el último medicamento porque parece que tiene una tendencia atrofiante. Además de estos medios, como en la diatesis se producen trastornos neuropáticos, deben emplearse los medios apropiados para calmarlos ó regularizarlos. Como en estas afecciones la naturaleza se procura un desahogo por medio de sus brotes periódicos, es conveniente imitarla estableciendo algun emuntorio en punto donde no sea perjudicial, estableciendo una espoliacion, ya hácia los intestinos por medio de los purgantes repetidos, ya hácia la piel por medio de los sudoríficos ó los exutorios permanentes. Los demás síntomas que pueden aparecer en el curso de las diatesis y las consecuencias de estas se combatirán con los auxilios más á propósito para combatirlos.

LEPRA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la aparicion de manchas rojas ó amarillas de dimensiones variables, acompañadas de engrosamiento ó tumefaccion de la piel, de anestesia y raras veces de hiperestesia; por la de tubérculos irregulares, á veces de un grueso enorme, amarillos ó de color de púrpura, lisos, blandos; y en fin, por úlceras más ó ménos extensas y profundas, y por destrucciones incesantes más ó ménos considerables.

Division. Varias son las divisiones que se han hecho de la *lepra* ó *elefantiasis de los griegos*, pero nosotros, adoptando la

de los Sres. Cazenave y Schedel, la dividiremos segun sus caractéres exteriores en *tuberculosa* y *no tuberculosa*.

Etiología. Los climas y localidades tienen gran influencia en el desarrollo de la lepra, observándose en ciertas comarcas de España: es más frecuente en el hombre que en la mujer; ataca á todas las edades, pero es más rara en la infancia y en la vejez; la influencia hereditaria no puede ponerse en duda, pues se han visto familias en que casi todos los individuos han sido atacados de ella; pero no sucede otro tanto sobre su propiedad contagiosa, que está probado no existe. En los climas en que es endémica reconoce como causas ocasionales la mala alimentacion, el uso exclusivo de las carnes saladas, especialmente la de cerdo, los alimentos indigestos, el habitar en sitios húmedos y bajos, la suciedad, los trabajos prolongados, los excesos venéreos, el abuso de los licores alcohólicos, un enfriamiento, la supresion brusca de una evacuacion habitual, una afeccion moral intensa.

Sintomatología. La enfermedad no va en algunos casos precedida de prodromos, pero en otros lo es de síntomas generales, como abatimiento, tristeza, soñolencia á veces invencible, languidez y fiebre.

Lepra tuberculosa. Esta forma presenta tres períodos: en el *primer período* aparecen en la superficie del cuerpo un número mayor ó menor de manchas de color amarillo por lo comun, aunque á veces son purpúreas ó de color vinoso; se presentan de preferencia en la cara, antebrazos y cara externa de las piernas, tienen dimensiones variables, ocupan regiones limitadas ó se diseminan por grandes superficies. En el sitio que ocupan estas manchas hay por lo general insensibilidad de la piel y rarísimas veces una hiperestesia exagerada. Las manchas invaden nuevas superficies y aparecen calambres, debilidad general y disminucion más bien que aumento del apetito venéreo, ofreciendo al mismo tiempo la piel, especialmente la de la cara, un aspecto lustroso é hipersecrecion de la sustancia sebácea. Este período dura desde algunas semanas á muchos meses y años.—En el *segundo período* las manchas que han aumentado en número y dimensiones empiezan á ser el asiento de tumores salientes ó tubérculos, acompañados de una tumefaccion particular del tejido celular subcutáneo, los que presentan un color amarillo ó lívido,

son blandos y pueden adquirir un volúmen grande. Si la enfermedad se presenta en la cara, el aumento de volúmen que adquieren la nariz, las orejas, la frente, la barba y los pómulos dan á la fisonomía un aspecto informe y casi repugnante que la ha hecho comparar á la cabeza de un leon. Si los tubérculos se desarrollan en los miembros abdominales, ocupan la parte inferior del muslo ó la proximidad de los maleolos y casi siempre hay edema en estos sitios y en el pié. Los tubérculos unas veces están aislados y otras se hacen confluentes formando chapas, presentándose insensible la piel á su nivel; por fin son atacadas las mucosas y se manifiestan los tubérculos en las fosas nasales, la faringe y la laringe; la respiracion se hace difícil, la voz se altera, el aliento adquiere una fetidez repugnante, la vista se debilita y aun se pierde, el pelo se cae, las uñas se ponen blancas y quebradizas, los testículos se atrofian, el tacto se embota y la fisonomía toma el aspecto de la de un viejo. Este período puede prolongarse por espacio de meses y aun años.—En el *tercer período* continúa la enfermedad su marcha invasora, pues raras veces se observa que los tubérculos desaparezcan insensiblemente por reabsorcion, siendo lo más comun que se hagan el asiento de una inflamacion ulcerativa, se cubran de una costra negruzca que oculta úlceras de mala índole, fungosas y que dan un pus sanioso. Estas costras, que se hacen más gruesas con el pus concentrado, se caen por fin y dejan ver úlceras profundas y los músculos, los tendones y los huesos al descubierto. Estas úlceras pueden en ocasiones cicatrizarse, pero lo más comun es que destruyan las partes y dejen mutilaciones de los huesos, de los dedos, etc. A esta destruccion acompañan síntomas generales más ó ménos graves, que consisten principalmente en lesiones de la motilidad, desarreglos digestivos y trastornos en la circulacion.

Lepra no tuberculosa. Esta forma se caracteriza por no seguir á la aparicion de las manchas la de los tubérculos, sino ampollas, vexículas y aun pústulas que ocupan principalmente las manos, brazos, piés y piernas; se extienden pronto á las paletillas y trocanteres, y por fin se rompen dejando el dermis al descubierto y ulcerado. En algunos casos se atrofia la piel y sobreviene la ulceracion. En esta forma de lepra es comun ver preceder á la anestesia de la piel una hiperestesia muy pronunciada, que por lo regular aparece antes que la erupcion, en los piés y manos. El período ulcerativo se acompaña casi siempre de atrofia general y disminucion marcada de la contractilidad muscular. En la lepra no tuberculosa se presentan calambres, disminucion más ó ménos completa del apetito venéreo, diarrea colicuativa como consecuencia de ulceraciones intestinales, síntomas de tísis pulmonar ó inflamacion crónica de los pulmones, apoplegía y raras veces parálisis.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es crónico; su duracion de siete á quince años, y aun más; su terminacion más comun por la muerte, aunque tambien puede curarse por la resolucion de los tubérculos ó la cicatrizacion de las úlceras.

Anatomía patológica. Los tumores, impropiamente llamados tubérculos, tienen su asiento en el tejido dermóideo ó en el celular subcutáneo, se componen de un tejido blanquecino y resistente, la piel que los cubre está adelgazada; muchas veces hay úlceras lívidas ó cubiertas de costras. La piel está adelgazada, seca y como apergaminada; en otras ocasiones está el dermis hipertrofiado y debajo de él existe un tejido vascular y como erectil. El tejido celular está engrosado, endurecido ó supurado. Las lesiones de las membranas mucosas consisten en una coloracion bronceada casi general, en tubérculos análogos á la de la piel, en la bóveda del paladar, lengua, faringe y laringe, y engrosamiento de la mucosa de estas partes. La conjúntiva está hinchada; la córnea adelgazada; los cuartílagos aritenóides cariados y destruidos en gran parte; la mucosa gastro-intestinal está casi siempre reblandecida en el tramo superior, engrosada en las demás partes; los folículos de Peyero algunas veces hipertrofiados, reblandecidos ó ulcerados. Segun algunos autores, los huesos esponjosos están reblandecidos y privados de sustancia medular. Segun Danielssen y Boeck, hay exudacion albuminosa en los centros nerviosos y otras alteraciones graves del sistema cerebro-espinal.

Diagnóstico. No es difícil distinguir la lepra de la elefantiasis de los árabes, porque en esta no hay tubérculos, sino engrosamiento de la piel y del tejido celular. Tampoco se confundirán los tubérculos de esta enfermedad, que son blandos,

rojizos y anchos, con los sifilíticos, que son pequeños, duros y de color de cobre. Cuando la lepra no está caracterizada más que por las manchas, podria confundirse con las de eritema, las efélides ó las manchas sifilíticas; pero bastará para distinguirlas tener presente que en las de la lepra hay en la mayor parte de los casos abolicion de la sensibilidad, ó por excepcion exaltacion anormal de la misma.

Pronóstico. Es muy grave por ser la enfermedad casi siempre mortal.

Tratamiento. Cuando solo existen las manchas se combatirá la enfermedad con las friegas secas ó hechas con linimentos volátiles excitantes, los baños y chorros de vapor. Cuando hay ya tubérculos se usan las pomadas fundentes, resolutivas, los baños y chorros de vapor y los baños alcalinos. Al interior se han recomendado varios medicamentos, siendo muy útiles las preparaciones arsenicales; tambien se ha preconizado por Biet el iodo, y Cazenave ha aconsejado recurrir á la administracion de los agentes que excitan las funciones de la médula espinal, especialmente la estricnina, con el objeto de despertar la sensibilidad cutánea. Cuando está muy pronunciada la irritacion de las mucosas no debe emplearse ninguna medicacion activa, sino limitarse á los emolientes, los mucilaginosos, un régimen severo y las preparaciones opiadas. Contra la forma que se acompaña de anestesia se han aconsejado las ventosas, las escarificaciones y las cauterizaciones ligeras.

PELAGRA.

Definicion. Es una enfermedad diatésica caracterizada por un eritema especial que ocupa las partes del cuerpo habitualmente descubiertas, desarreglo de las funciones digestivas y diversos trastornos del sistema nervioso, especialmente de las facultades intelectuales. La circunstancia de existir en esta enfermedad fenómenos morbosos por parte de la piel, del tubo digestivo y del sistema nervioso ha hecho que se denomine á estos tres órdenes de síntomas, *triada* de la pelagra.

Sinonimia. Esta enfermedad, que fué descrita por primera vez el año de 1730 por el médico español D. Gaspar Casal, se

denominó por este *mal de Rosa;* por Pujati, médico italiano, *escorbuto alpino*; en Francia recibió el nombre de *mal de la Teste*, y Sauvages la denominó *lepra asturiana*, quedando con el de *pelagra*, que es con el que era conocida en el Milanesado.

Etiología. Esta enfermedad es hereditaria; se presenta en varias comarcas de España, Italia y Francia, que tienen diferentes condiciones climatológicas unas de otras, por lo cual se ve que los climas no tienen una influencia etiológica directa; ataca á todas las edades, pero se desarrolla más comunmente en la juventud y edad adulta; tambien parece que están más predispuestos á padecerla los hombres. Se ha creido por algunos, y principalmente por M. Costallat, que era debida al uso del maiz enfermo por el desarrollo en él de un hongo llamado verdete; pero esta opinion no es cierta, atendido á que en España se la observa, en Castilla, Cuenca y Aragon, donde no se hace uso del maiz, y nosotros hemos observado algunos casos en la provincia de Toledo, donde no se hace uso del citado cereal, y segun el Dr. Caillat, tampoco es conocida esta enfermedad en los Principados Danubianos, donde parece forma el maiz parte del sustento diario en todas las clases de la sociedad. Tambien se ha atribuido por algunos al influjo del calor solar; pero esta causa no obra más que como ocasional en los individuos que ya tienen predisposicion á padecer la afeccion. En la manifestacion de la pelagra influyen la miseria, la falta de limpieza, las fatigas y los pesares. Tambien se ha atribuido al uso de las carnes saladas, los vinos adulterados, las aguas de mala calidad, etc.; pero todas estas causas no están comprobadas.

Sintomatología. A veces empieza la enfermedad de repente; en otras ocasiones va precedida de laxitudes espontáneas y generales, malestar, raquialgia ó dolores en los miembros, cefalalgia y vértigo, inapetencia, náuseas y diarrea. Presentada la enfermedad, se da á conocer por la aparicion de un eritema que ataca especialmente á las partes de la piel descubiertas, como el dorso de las manos y de los piés, el cuello en su parte anterior, la frente y los carrillos. Este eritema se presenta en forma de chapas de extension variable, de color de rosa vivo ú oscuro de contornos irregulares, con ó sin tumefaccion de las partes, y son el asiento de un prurito ó un ardor más ó

ménos intenso. Estas chapas se cubren en ocasiones de vexículas, flictenas ó pústulas, que se abren, dejando correr su contenido, y formándose despues una costra seca, escabrosa, negruzca y surcada por grietas profundas y muy dolorosas. Este eritema permanece estacionario por largo tiempo, y va acompañado de malestar general, sequedad de la boca, encendimiento del limbo de la lengua, la cual está cubierta de una capa blancuzca; aftas en la boca; estado escorbútico de las encias, al que se asocian á veces equimosis diseminados por los miembros; hay desfallecimiento del estómago, náuseas y aun vómitos, meteorismo y diarrea, que suele alternar con extreñimiento. Al propio tiempo se presentan trastornos del sistema nervioso, como tristeza, indolencia y pereza, vértigos ó mareo contínuo, cefalalgia, raquialgia, dolores á lo largo de los miembros; el andar de los enfermos es trémulo y vacilante. Despues de haber seguido estos síntomas los períodos de incremento y estado, disminuyen progresivamente, y aun desaparecen del todo al final del estío; el eritema se descama y queda en su lugar una señal lisa, lustrosa y blanquizca semejante á la que marca el sitio de una quemadura, y que el médico español Sr. Calmarza llama *cicatriz pelagrosa*; los síntomas gástricos y nerviosos desaparecen del todo, y la enfermedad queda latente hasta la primavera inmediata ó por un tiempo más ó ménos limitado; pero en la citada época aparece de nuevo con los mismos síntomas, repitiéndose las mismas manifestaciones morbosas por espacio de dos, tres ó cuatro años seguidos, en que la enfermedad entra en su segundo período, en el cual el eritema cutáneo va más comunmente acompañado de vexículas y pústulas que en el período anterior; las costras son más ó ménos gruesas. Los síntomas gástricos están aumentados, observándose con especialidad una diarrea pertinaz que debilita considerablemente á los enfermos. Los síntomas nerviosos son tambien más numerosos é intensos, hay cefalalgia, raquialgia, mareo contínuo, embotamiento de las facultades intelectuales, obtusion de la sensibilidad general, perversion de la de los sentidos, temblor, debilidad é incertidumbre de los movimientos, contractura en los dedos de las manos, convulsiones epileptiformes, paraplegía, delirio alto en algunos casos; muchos enfermos son acometidos de lipemanía y monomanía suicida,

con inclinacion á efectuar el suicidio por inmersion, acabando algunos por la imbecilidad y la demencia. Los enfermos en este período pueden curar aun, durante el invierno, de los síntomas cutáneos, pero persisten los gástricos y los nerviosos, y á la primavera siguiente aparecen todos los síntomas con mayor intensidad y la enfermedad entra en su tercer período, en el que la mayor parte de los enfermos presentan demencia, diarrea contínua, hidropesía y anasarca, paralísis más ó ménos completa y fiebre héctica.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es crónico, pero no contínuo, pues como se acaba de ver en la descripcion de los síntomas, la enfermedad, despues de más ó ménos tiempo, desaparece para volver á presentarse en intérvalos más ó ménos próximos, aunque en cada ataque los síntomas se hacen más intensos. La aparicion más comun de los fenómenos morbosos es la de mostrarse primero los cutáneos, á los que siguen pronto los digestivos y luego los nerviosos, pero en ocasiones se ha visto aparecer primero los nerviosos, y aun manifestarse los tres órdenes á la vez. La duracion es muy variable, aunque por lo general no baja de dos ó tres años, pudiendo durar el primer período muchos años. En cuanto á la terminacion, puede ser por la curacion durante el primer período, pero casi siempre es funesta la terminacion, la cual ocurre, ó á consecuencia de una enfermedad intercurrente, ó por el aniquilamiento de las fuerzas, ó por la hidropesía y el estado discrásico que se declara.

Anatomía patológica. Las lesiones anatómicas que se encuentran en los individuos fallecidos á causa de la pelagra nada tienen de constante ni característico. Las partes de la piel en donde ha residido la afeccion tienen un color amoratado, la epidermis es dura y gruesa y el dérmis está engrosado y endurecido. Hay inyeccion vascular, reblandecimiento y aun alteracion en la mucosa gastro-intestinal; el hígado y bazo aumentados de volúmen y reblandecidos; los pulmones infartados, las meninges con infiltracion sanguínea y serosa, el cerebro más ó ménos consistente, así como la médula. En la sangre no se ha encontrado por algunos observadores ninguna alteracion, al paso que otros han hallado disminuidos los glóbulos, la albúmina y aun la fibrina.

Diagnóstico. Son tan característicos los tres órdenes de sín-

tomas que constituyen esta enfermedad y el curso que siguen, que no es posible confundirla con ninguna otra.

Pronóstico. La pelagra es una enfermedad muy grave é incurable casi siempre.

Tratamiento. El tratamiento de esta afeccion requiere durante la manifestacion sintomática la alimentacion láctea cuando haya gran excitabilidad en el tubo digestivo, y un régimen fortificante cuando esta se haya amortiguado. Los baños tibios están muy recomendados por la generalidad de los médicos para modificar el estado de la piel, restablecer las funciones digestivas y calmar los trastornos del sistema nervioso. Igualmente producen buen resultado los baños sulfurosos templados tanto artificiales como los naturales, y el uso interior de las aguas de Archena, Busot, Arnedillo, Loeches y Ledesma. El arsénico al interior ha producido tambien ventajas, pero lo general es emplear una medicina sintomática, segun lo exijan los fenómenos morbosos que se presenten. En el intérvalo que dejan los ataques periódicos se recomendará una alimentacion reparadora, habitar en un clima de buenas condiciones, hacer ejercicio activo, usar los depurativos y los baños sulfurosos.

HERPETISMO Ó DIATESIS HERPÉTICA.

Definicion. El *herpetismo* es, segun el Dr. Olavide, «una enfermedad constitucional hereditaria, no contagiosa, caracterizada por la manifestacion simultánea ó sucesiva de diversas afecciones locales, que se desarrollan principalmente en la piel y en las membranas mucosas, que alguna vez existen en los parenquimas viscerales, y que con mucha frecuencia se acompañan de lesiones de inervacion más ó ménos duraderas y profundas.»

Etiología. Esta enfermedad, que ataca á todas las edades, es producida por causa interna desconocida, que radica en lo íntimo de la economía animal, que se trasmite por herencia y cuando la aptitud heredada no existe, se produce por la perturbacion lenta que en las condiciones plásticas y crásicas de la sangre producen el abuso de las sustancias excitantes, de

las bebidas alcohólicas y aromáticas y de los alimentos grasosos y fuertes de digerir.

Sintomatología. Antes de hacer explosion la diatesis herpética suelen los individuos presentar indicios de su existencia, que consisten en contar como antecedentes de familia erupciones crónicas de la piel, ó afecciones nerviosas rebeldes, ó afecciones cancerosas, ó dispepsias, ó diversos catarros crónicos, y como caractéres individuales irascibilidad y carácter tétrico, piel fina, pálida ó sonrosada, sudor escaso y alcalino; la más ligera impresion moral les hace palidecer; el más ligero estímulo de la piel les produce grandes molestias; una simple picadura de pulga determina habones y eritemas acompañados de gran comezon; un ligero exceso en la comida ó la bebida determina una gastralgia, una dispepsia, una urticaria ó un cólico bilioso; las causas más leves producen en los individuos erupciones fugaces, febriles ó infebriles, y son muy propensos á padecer hemicráneas. Las manifestaciones de esta diatesis son precedidas á menudo de estados fluxionarios ó nerviosos ó de un malestar indefinible, cuyos fenómenos cesan en el momento que se presentan los síntomas locales que la caracterizan, y los cuales consisten la mayoría de veces en erupciones cutáneas, que se han denominado *herpétides*.

Estas afecciones herpéticas de la piel son muy numerosas, ya agudas, ya crónicas, de forma escamosa, vexiculosa, papulosa y aun pustulosa; las crónicas se presentan casi siempre en muchos lados del cuerpo, son muy extensas, tienen solas ó en conjunto una forma redondeada, dan una exudacion muy considerable, varían rápidamente de asiento ó son tan fijas, que producen una hipertrofia de la red vascular del dermis, fijeza que puede dar lugar á grietas crónicas y rara vez úlceras; la piel que ocupan está engrosada y tiene un color rojo violado y aun cobrizo, pero no existe la areola del mismo color que circunda á las sifílides; finalmente, se acompaña de un prurito ó comezon ligero en las escamosas é insoportable en las demás, que suele aumentarse con el abrigo y el calor de la cama. Tambien se observa que las manifestaciones morbosas del herpetismo alternan entre la piel y las mucosas, y que algunas veces se presentan antes en estas, sobreviniendo estomatitis, anginas, catarros bronquiales, disentería, cistitis, leucorreas ó blenorreas, oftalmía ó blefari-

tis glándulociliar, de índole herpética, comprometiéndose en este caso la vida del enfermo en proporcion á la importancia, intensidad y antigüedad de la fluxion herpética en los órganos dichos. El herpetismo se presenta en las membranas mucosas, ya bajo la forma eritematosa, ya bajo la granulosa, como se observa en las accesibles á la vista, en las cuales la erupcion se acompaña de prurito y de dolor pungitivo neurálgico é intermitente á largos períodos; respecto á las manifestaciones herpéticas en las mucosas que no podemos inspeccionar, se observa que tienen un curso crónico ó recidivan con frecuencia, se acompañan de una excesiva exudacion, y el enfermo tiene antecedentes individuales ó hereditarios del vicio herpético. Las manifestaciones cutáneas y mucosas del vicio herpético son las más comunes, pero además en casos ménos frecuentes pueden presentarse lesiones de inervacion de índole herpética, siendo las más comunes las neuralgias, que ocupan de preferencia el trigémino y el nervio occipital, produciendo jaquecas. El dolor de la neuralgia herpética se exacerba por el calor y se disminuye por el frio; es pungitivo é intermitente á largos intérvalos, y por regla general se acompaña ó sigue á una herpétide, así como la gastralgia herpética va precedida de dispepsias, la enteralgia de diarrea, y la histeralgia de catarro uterino ó erupcion herpética en el cuello del útero. Tambien se presentan varias neurosis ligadas al vicio herpético, como accesos histeriformes, epilepsias y otras, entre las que se encuentra la locura en el período más avanzado de la enfermedad. No hay datos seguros para afirmar que existan enfermedades viscerales de naturaleza herpética, pero es de presumir que existan cuando sabemos que el cáncer se desarrolla frecuentemente en las vísceras de los sugetos herpéticos, y cuando en los mismos observamos en sus afecciones viscerales que se parecen á las neuralgias herpéticas.

Curso. En un principio se manifiestan erupciones variadas en las épocas equinociales y principalmente en la vernal, que desaparecen despues de una persistencia indeterminada para reproducirse en el mismo sitio ó en otro distinto en las mismas épocas, siguiendo esta misma marcha toda la vida, ó fijándose tambien en las membranas mucosas. Progresando la enfermedad, las herpétides son más tenaces, extensas y

constantes, así como tambien las manifestaciones en las mucosas, observándose al mismo tiempo señales de compromiso en algunas vísceras y trastornos nerviosos, y por fin, en un grado más avanzado de la enfermedad sobreviene demacracion, fiebre consuntiva, anorexia, edema de las extremidades inferiores, hidropesía y locura, terminando la escena un estado caquéctico. No siempre se observa este curso, pues el herpetismo puede ser más ó ménos benigno y no ocasionar las lesiones viscerales del último período.

Duracion. La duracion de esta diatesis es larga por punto general, llevando algunos sugetos su marca durante toda la vida.

Terminaciones. Cuando el herpetismo es benigno termina generalmente por la curacion, pero cuando llega á su último período determina lesiones viscerales y un estado caquéctico: es incurable y termina por la muerte. Esta diatesis se trasforma á veces en la tuberculosa, á juzgar por algunas observaciones; tambien lo hace en la cancerosa. En algunos casos se observan síntomas de escrofulosis al mismo tiempo que de herpetismo; pero en estos casos, así como en los de existencia de síntomas sifilíticos, no hay otra cosa que desarrollo simultáneo de estas diatesis y del herpetismo.

Diagnóstico. Los antecedentes de familia, los individuales y la existencia de herpétides ú otras manifestaciones herpéticas con los caractéres que les dejamos asignados, son suficientes para diagnosticar el herpetismo.

Pronóstico. Cuando el herpetismo solo se marca por la existencia de herpétides agudas ó febriles no ofrece ninguna gravedad y es fácilmente curable; pero cuando se da á conocer por erupciones cutáneas crónicas y por neuralgias es más grave, aunque aun puede obtenerse la curacion, siempre que estas manifestaciones no sean inveteradas; es de todo punto incurable cuando á la existencia de manifestaciones inveteradas en la piel y las mucosas se agregan cánceres y otras lesiones viscerales.

Tratamiento. Los medios higiénicos que deben emplearse para combatir esta diatesis son: alimentacion no excesiva compuesta de alimentos vegetales, pescados frescos, huevos frescos y leche y no condimentados con sustancias saladas, ácidas y picantes; abstencion del uso de las bebidas alcohó-

licas y aromáticas; permanencia en un clima templado; vestir con suficiente abrigo; hacer un ejercicio moderado y usar los baños templados de agua dulce y aun mejor de agua de salvado. Entre los medios terapéuticos son de mucha utilidad los cocimientos depurativos hechos con zarzaparrilla, guayaco, bardana, dulcamara, fumaria, etc., y los jarabes y robs, cuya base son estas plantas. Además se deben emplear de vez en cuando los purgantes salinos á título de revulsivos y expoliativos. Cuando las manifestaciones herpéticas son algo graduadas y repetidas, se usarán los preparados de arsénico, como el ácido arsenioso, á las dósis de un milígramo dos veces al dia; el arseniato de sosa á la de dos milígramos; la solucion arsenical de Pearson á la dósis de 8 á 12 gotas, ó la de Fowler á la de 2 á 4; el arseniato de hierro, que es muy alabado, á la de un milígramo. Tambien se han recomendado las preparaciones de azufre, como las flores de azufre lavadas á la dósis de 30 á 40 centígramos; el sulfuro de potasio á la de 10 á 20 centígramos, y las aguas sulfurosas naturales, que prefieren algunos prácticos por considerar como inútiles los preparados sulfurosos insolubles. Los preparados de iodo, mercurio y antimonio, recomendados en otras épocas, están abandonados en la actualidad por poco seguros. En las herpétides húmedas y en los catarros herpéticos son muy útiles los balsámicos y trementinados, así como en las neuralgias herpéticas los arsenicales. Cuando el mal es muy antiguo y se han producido lesiones viscerales los preparados de arsénico son los únicos que producirán algun alivio. Para tratar localmente las herpétides se emplearán los emolientes y los calmantes, como las lociones con leche templada ó con horchata de almendras amargas, el cerato de Galeno ó el de glicerina, ya solos, ya asociados á algun calmante, segun la indicacion. Para concluir debemos manifestar que á veces es conveniente establecer un par de fontículos como derivativos y expoliativos del vicio diatésico.

A continuacion damos la descripcion de algunas manifestaciones herpéticas, principalmente de las cutáneas, exceptuando de estas la *urticaria* y el *penfigo* por habernos ocupado de ellas en la clase de las fluxiones. Las herpétides que vamos á describir, además de ser manifestaciones del herpetismo, pueden depender tambien de otras causas comunes.

HERPES.

Definicion. El herpes está caracterizado por una erupcion de vexiculitas aglomeradas, reunidas en grupos sobre una base más ó ménos inflamada, separadas por porciones de piel sana, que dan lugar á una descamacion ligera ó á escamas, y aun á costras delgadas, amarillentas ó negruzcas, que en algunas ocasiones cubren ulceraciones superficiales.

Division. Se distinguen varias especies de herpes, admitiéndose desde luego como tipo el *herpes phlyctenoides*, y despues, segun su asiento, el *herpes labialis* y el *herpes præpucialis*, y segun su forma, el *herpes zoster ó zona*, el *herpes circinado*, el *herpes escamoso* y el *herpes iris*.

Sintomatología. El *herpes phlyctenoides*, que es comun en los climas cálidos, se cree es debido á la insolacion prolongada, las vigilias, los excesos en el régimen, y más comunmente á la diatesis herpética. Está caracterizado por los síntomas siguientes: la erupcion se anuncia por calor, algo de escozor y aun de dolor en el punto que ha de ocupar, en el cual se observan un número considerable de puntitos rojos, aglomerados y próximos unos á otros. Esta porcion de piel, que tiene una extension que varía entre la de una peseta y la palma de la mano, se cubre al dia siguiente de vexículas generalmente pequeñas, aunque excepcionalmente pueden presentar el volúmen de un guisante, pero que son resistentes y descansan sobre una base eritematosa, que extendiéndose más allá del grupo de vexículas, le circuyen de una areola de color rojo intenso. Estas vexículas, que al principio son trasparentes y se acompañan de picor, toman pronto un color opalino y á veces argentino, se marchitan del tercero al cuarto dia, y sobre el sétimo están completamente deprimidas, terminando por una descamacion ligera ó por la formacion de costras parduzcas que se desprenden prontamente dejando en pos de sí un color rojizo de la piel, ó en los viejos é individuos caquécticos ulceraciones. Cuando la erupcion es muy extensa puede sobrevenir calentura.

Herpes labial. A consecuencia de enfermedades febriles, la impresion del frio y de ciertas sustancias irritantes, en el curso de un coriza, etc., se observa en los lábios rubicundez,

tension, calor quemante, tumefaccion y dolor al tacto, seguidos de cerca de una erupcion de vexiculitas del tamaño de un grano de mijo, llenas de una serosidad trasparente que se enturbia á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, tomando un aspecto sero-purulento. Al cuarto ó quinto dia se rompen estas vexículas y se cubren de costras amarillas, que despues de volverse parduzcas caen al sétimo dia.

Herpes prepucial. Por efecto de causas desconocidas, la falta de limpieza, el roce de vestidos ásperos ó un cóito impuro, aparecen en la piel ó en la mucosa del prepucio uno ó muchos puntos rojos que hácia el segundo dia se cubren de vexiculitas globulosas, trasparentes, y siguen distinto curso segun que ocupan la piel ó la mucosa; en el primer caso se acompañan de un prurito ligero, se enturbian pronto y el cuarto ó quinto dia se aplanan y la enfermedad termina por una descamacion ligera ó por la formacion de costras, que se caen rápidamente; en el segundo caso la erupcion es más extendida, la inflamacion es mayor, las vexículas tienen mayor volúmen, son muy trasparentes, se acompañan de calor y prurito muy intenso; su contenido se enturbia al quinto dia y puede terminar por resolucion, pero lo más general es que se aplanen, se rompan y sean reemplazadas por erosiones superficiales de fondo blanquecino y bordes prominentes. Este herpes se presenta á veces en estado crónico, y entonces hay erupciones blanquecinas, que ponen al prepucio áspero, grueso, duro y difícil de manejar, al punto que la menor traccion produce desgarros y grietas.

Herpes de la vulva. Reconoce como causas determinantes la época menstrual, el embarazo, las marchas largas á pié, la obesidad y todos los frotes repetidos de la vulva. Se presenta en uno ó dos grupos de vexículas, ó en varios diseminados ó agrupados, cuyas vexículas, trasparentes primero, lactescentes despues, se desecan y forman costras, que cubren una ulceracioncita subyacente; otras veces se notan ampollas y otras ulceraciones superficiales, de fondo agrisado, bordes iguales y del tamaño de una lenteja. Estas lesiones se acompañan de gran escozor y prurito insoportable, así como tambien de infarto doloroso de los ganglios inguinales.

Herpes zoster ó zona. Esta especie, que es muy comun en los sugetos jóvenes de piel fina é impresionable, y en las es-

taciones calientes y húmedas, va precedida en muchas ocasiones de malestar, postracion de fuerzas, diversos trastornos digestivos, dolores en el punto que ha de aparecer la erupcion y aun fiebre. La erupcion, que forma una media cintura sobre uno de los lados del tronco, limitándose adelante y atrás por la línea media, empieza por manchas rojas de extension variable, que al segundo dia se cubren de vexículas herpéticas, cuyo volúmen varía desde el de un grano de mijo hasta el de un guisante; son aplanadas y violadas, discretas las más veces, confluentes otras. Hácia el quinto dia entran en el período de declinacion, se vuelven opalinas, unas se marchitan y otras se rompen, y son reemplazadas por costras parduzcas, pero delgadas y poco adherentes, que al caer dejan una señal parduzca y violada, ó escoriaciones que se cicatrizan con lentitud, terminando la enfermedad, cuando esto no sucede, á los diez ó doce dias, ó dos setenarios cuando más. Los enfermos se sienten atormentados de comezon, calor quemante en las partes afectas y de un dolor neurálgico más ó ménos intenso, que puede preceder, acompañar ó seguir á la erupcion. Por lo general la zona no se acompaña de síntomas graves, pero en ocasiones hay una calentura de mediana intensidad, inapetencia, sed y extreñimiento ó diarrea.

Herpes circinado. Esta variedad, que ocupa de preferencia las mejillas y la barba, empieza por una mancha roja más ó ménos grande, redondeada ú oval, cuyo centro está sano y cuya circunferencia no tarda en cubrirse de vexiculitas globulosas, que contienen una serosidad tan trasparente que parece tener el color de la mancha roja sobre que asientan las vexículas. Esta serosidad se enturbia pronto, las vexículas se aplanan el cuarto ó quinto dia, y se forman costras que se secan y caen pronto.

Herpes iris. Esta variedad, que ocupa de preferencia los puntos prominentes, como los maleolos ó la cara, las manos, los codos, los piés, los dedos ó el cuello, empieza por manchas rojas circulares en forma de anillos concéntricos, de diverso color, teniendo el más interno un color rojo gris, el segundo blanco amarillento, el tercero rojo subido y el cuarto de color rosado, cuyos anillos pueden cubrirse al segundo dia de vexículas herpéticas, aunque por lo general se desarrollan especialmente en el primero.

Curso, duracion y terminacion. El curso del herpes es por lo general agudo, aunque el flictenoso y el prepucial pueden seguirle crónico; las erupciones de esta herpétide se verifican por brotes, como queda dicho al tratar del herpetismo. La duracion por término medio, y especialmente en las formas agudas, es de uno á dos setenarios. La terminacion generalmente es por la curacion, y si bien se citan algunos casos de terminacion por la muerte, estos son excepcionales y debidos al parecer á alguna complicacion.

Pronóstico. El pronóstico por punto general es ligero, aunque en ocasiones el herpes se hace rebelde al tratamiento.

Tratamiento. El tratamiento del herpes debe ajustarse á los preceptos expuestos al tratar del herpetismo; así en el herpes flictenoso se usarán las bebidas diluentes y acídulas, los baños y las lociones emolientes y narcóticas; en el labial las lociones de agua fresca, añadiéndole cuando más algunas gotas de sub-acetato de plomo líquido; en el herpes prepucial agudo los mismos medios que en el flictenoso; en el herpes prepucial crónico, los baños sulfurosos y alcalinos, las pomadas compuestas con 1 á 2 gramos de óxido blanco de zinc ó el precipitado blanco para 20 á 30 gramos de manteca; al interior algunos laxantes y los medicamentos recomendados contra el herpetismo; en el herpes zona se usarán las bebidas acídulas, los baños tibios y los preparados de ópio cuando la comezon es grande, evitando todo tratamiento tópico ó cuando más espolvoreando las partes afectas con almidon, y si quedan úlceras despues de la caida de las costras conviene hacer lociones con agua blanca y curarlas con cerato opiado. El herpes circinado y el herpes iris requieren las lociones con el agua de salvado, las alcalinas ó las ligeramente astringentes.

ECZEMA CRÓNICO.

Del agudo ya nos hemos ocupado en las fluxiones.

Etiología. Se observa en todas las edades, principalmente en la primavera y el verano, en los enfermos que abusan de los alimentos y bebidas. Se desarrolla bajo la influencia de la diatesis herpética. Puede suceder á las tres formas del agudo.

Sintomatología. El eczema crónico puede presentarse bajo

tres aspectos distintos; en el primer caso el carácter principal de la enfermedad es una secrecion serosa abundante que obliga al enfermo á cambiar con frecuencia las compresas de que se sirve, y al quitárselas quedan al descubierto manchas rojas escoriadas, blandas, como esponjosas y que conservan la impresion de los paños que las cubrian. Esta serosidad es suministrada por la rotura de las vexículas que incesantemente se forman. En algunas ocasiones las superficies más inflamadas están bañadas por una secrecion más espesa é icorosa, que al concretarse forma escamas anchas, gruesas, amarillas, blandas y poco adherentes. En el segundo caso la secrecion es poco abundante y á médida que sale se trasforma en escamas secas, delgadas, blancas, adherentes, que al caer dejan al descubierto superficies rojas, relucientes y algo húmedas; en este caso pueden ocurrir dos cosas, ó la piel parece no formar más que una masa escamosa que cae al más ligero frote, ó bien está seca y sin ningun vestigio de exudacion, consistiendo en una superficie roja, reluciente, que se hiende en porciones más ó ménos anchas y se levantan por sus bordes externos quedando adheridas en el centro, hasta que desprendiéndose poco á poco caen sin dejar vestigio ninguno de exudacion. En el tercer caso no hay exudacion ni escamas; la piel está tensa, lisa, lustrosa, adelgazada y parece constituir un tejido cicatricial, en cuyos confines aparecen de vez en cuando erupciones vexiculosas. En el eczema crónico los enfermos aquejan calor vivo y prurito incómodo, que se exacerba por el calor artificial, la permanencia en cama, la ingestion de ciertos alimentos, de las bebidas alcohólicas, del café y por todas las emociones morales. En el eczema crónico no suelen observarse síntomas generales graves, y cuando más existe insomnio, diarrea, poca fiebre y alguna demacracion.—Segun el sitio que ocupa el eczema se ha dividido en muchas variedades, de las que las más importantes son las siguientes:

Eczema del cuero cabelludo. Esta dermatose se presenta bajo dos formas distintas: una que empieza por algo de rubicundez, calor y prurito en el sitio que ha de ser asiento de la erupcion, constituyéndose despues esta por vexículas efímeras que dan lugar á una secrecion sero-purulenta más ó ménos considerable y de olor nauseabundo, que es entretenida por brotes sucesivos. El líquido derramado se concreta y for-

ma escamas húmedas al principio, que se adhieren al cabello, se secan despues y se desprenden por fin en láminas furfuráceas. La otra forma se caracteriza por la sequedad de las partes enfermas y la formacion de escamas blancas y relucientes parecidas al amianto.

Eczema de las orejas. Este presenta todos los caractéres del eczema impetiginoso, con gran tumefaccion, que obstruye el conducto auditivo externo, dificulta ó imposibilita la audicion y da á veces á la oreja un aspecto parecido al de la *elefantiasis de los árabes.* Esta erupcion se presenta por brotes sucesivos, se acompaña de un prurito á veces insoportable y puede propagarse en ocasiones hasta el conducto auditivo interno, la trompa de Eustaquio y la faringe.

Eczema de la cara. Esta dermatose puede presentarse tambien en las alas de la nariz y extenderse á la pituitaria; en los labios, á los que frunce y pone tensos, y en los párpados, á los que pone tumefactos, y aun á veces determina en la conjuntiva rubicundez y escoriacioncitas.

Eczema de los órganos genitales. En el hombre puede ocupar el pene, el escroto y los muslos; en la mujer el monte de Vénus, los grandes y pequeños labios y aun extenderse á las mucosas inmediatas; tanto en uno como en otra puede producir un prurito insoportable. Tambien se desarrolla en las mamas en la mujer, principalmente en el pezon y su areola, en cuyo caso la enfermedad es muy rebelde y puede producir grietas dolorosas. En los dos sexos puede presentarse en las márgenes del ano, en cuyo caso produce un prurito muy intenso.

Duracion y terminacion. El eczema crónico puede durar muchos meses y años. Por punto general es una enfermedad muy rebelde y se reproduce con frecuencia; cuando es muy antigua se complica con ciertos desarreglos del tubo digestivo y de las vías aéreas, derrames serosos y debilidad; puede ocasionar la muerte; en otros casos presenta tendencia á la curacion, la que se obtiene por la desaparicion de los síntomas.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad es de alguna consideracion, por ser muy rebelde y muy incómodo.

Tratamiento. En el de esta enfermedad deben prescribirse las bebidas aciduladas, los baños tibios, alcalinos y gelatinosos, y aun los de vapor, y los laxantes si no hay contradiccion por parte de las vias gástricas. Cuando estos medios no dan resultados se hace uso de las aguas sulfurosas naturales en bebida y en baños, alternando estos con los simples si producen mucha excitacion. Cuando la enfermedad se hace rebelde se emplean los arsenicales, como la solucion de Fowler, la de Pearson, el arseniato de sosa y el de hierro á las dósis que se dijeron al exponer las bases del tratamiento del herpetismo. Como remedios tópicos se han aconsejado las pomadas de alumbre, acetato de plomo, alcanfor, belladona, ópio, brea, hollin, ioduros de mercurio y calomelanos, pero la experiencia ha demostrado que son poco útiles porque irritan las partes enfermas. En el eczema del cuero cabelludo en el estado seco aconseja Biett ligeras unturas con la pomada siguiente: turbit mineral, 4 gramos; azufre sublimado, 8 gramos, y cerato de Galeno, 30 gramos. Cuando el eczema ocupa las orejas se harán inyecciones astringentes jabonosas y lociones con la mistura de Gowland modificada del siguiente modo por Cazenave: bicloruro de mercurio, 10 centígramos; cloruro amoniaco, 10 centígramos; leche de almendras, 250 gramos. Cuando la tumefaccion del conducto auditivo es grande y puede hacer temer que se oblitere, se introducirá en él una mecha de lienzo para evitarlo.

PITIRIASIS.

Definicion. La pitiriasis ó herpes furfuráceo de Alibert es una afeccion crónica de la piel, caracterizada por una descamacion farinácea del epidermis con ó sin coloracion anormal de los tejidos.

Division. La pitiriasis comprende las especies siguientes: *pitiriasis de la cabeza, pitiriasis roja, pitiriasis negra* y *pitiriasis vesicolor,* que es una enfermedad parasitaria, por lo que no nos ocuparemos ahora de ella.

Etiología. Las causas de esta enfermedad son por lo general inapreciables, aunque parece tienen cierta influencia en su desarrollo el uso de ciertos cosméticos ó tópicos excitantes.

Sintomatología. La *pitiriasis de la cabeza* se presenta de preferencia en la barba y el cuero cabelludo, aunque tambien se presenta en las demás partes cubiertas de pelo. En los jó-

venes se caracteriza por esfoliacioncitas imbricadas, cuya caida deja al descubierto la piel ligeramente encendida; en los adultos consiste en una abundante descamacion parecida al salvado. Esta variedad en su principio pasa desapercibida para el enfermo, y cuando es reconocida su existencia se observan en el cuero cabelludo una infinidad de escamitas delgadas, lo más comunmente libres por una extremidad y adherentes por otra, que parecen arrancar del mismo cabello; son el asiento de un prurito mayor ó menor, y se desprenden en el acto de rascarse ó de peinarse, reproduciéndose con mucha facilidad sin que debajo de ellas se vea la piel inflamada ni húmeda. Cuando tienen su asiento en la barbilla son más pequeñas y delgadas las escamas.

Pitiriasis roja. Esta variedad, que es muy rara, se presenta casi exclusivamente en el pecho, donde aparecen manchas rojas del tamaño de una lenteja, que adquieren despues mayor extension y son el asiento de una descamacion farinácea que cae y se reproduce sin cesar.

Pitiriasis negra. Esta variedad está caracterizada ya por una descamacion negra que tiene asiento sobre una superficie roja, ó por una descamacion blanca que descansa sobre una superficie negra.

La pitiriasis puede limitarse á una region circunscrita del cuerpo ú ocupar una gran parte de la superficie cutánea, lo cual es raro; pero si así sucede tiene gravedad la erupcion. Algunas veces se observan en esta enfermedad complicaciones viscerales.

Curso, duracion y terminacion. El curso de la enfermedad es crónico, su duracion indeterminada y su terminacion favorable.

Pronóstico. El pronóstico no es grave, pero constituye un achaque incómodo por la abundante descamacion y la alopecia momentánea que produce.

Tratamiento. La pitiriasis de la cabeza se corrige en los niños con el aseo y la limpieza, y en el adulto con las lociones emolientes y las unturas de la médula de vaca preparada. Debe prohibirse el uso del peine fino y en la de la barba el de la navaja de afeitar. Al interior se administrarán los amargos y los ligeros laxantes. La pitiriasis roja podrá reclamar las emisiones sanguíneas si el sugeto es jóven y vigoroso, y la

pitiriasis negra los baños y chorros de vapor. Cuando la enfermedad se hace rebelde se usarán las preparaciones arsenicales.

PRURIGO.

Definicion. Es una enfermedad de la piel caracterizada por el desarrollo de pápulas discretas, y acompañada de una comezon á veces insoportable.

Etiología. Acomete especialmente á las mujeres en la edad crítica, á los niños y á los viejos, y se encuentra con frecuencia en los sugetos desaseados.

Sintomatología. Esta enfermedad «se presenta en los hombros, en la parte externa de las extremidades, en la nuca, las nalgas y los órganos genitales, limitándose, ya á uno solo de estos puntos, ya á varios, bajo la forma de papulitas casi del mismo color de la piel, algunas veces un tanto elevadas y acompañadas de mediano prurito (*prurigo mitis*), ya anchas, numerosas, ásperas al tacto, con hormigueo y comezon insoportables, especialmente por la noche, interrumpiendo el sueño (*prurigo formicans*). En estos casos, que son frecuentes, los enfermos se rascan con furor y se producen escoriaciones, que se cubren de costras parduzcas y sanguinolentas. La irritacion puede ser tan violenta que determine agitacion, insomnio y aun fiebre. Las pápulas aparecen de una manera sucesiva; y prescindiendo de la forma benigna, persiste la erupcion, reproduciéndose por más ó ménos tiempo. El prurigo se complica entonces con erupciones vexiculosas, pustulosas ó forunculosas. Este fenómeno acompaña casi constantemente al prurigo de los viejos» (*prurigo senilis*), en los cuales se observa que la piel al cabo de algun tiempo está seca, dura, apergaminada y gruesa, y cubierta de anchas pápulas salientes, redondeadas, á veces confluentes y siempre acompañadas de un prurito intensísimo.

Curso y duracion. El curso de esta enfermedad es casi siempre crónico, y su duracion ilimitada, pues es afeccion muy rebelde.

Pronóstico. El prurigo es una afeccion grave por la intensidad de la comezon que la acompaña, por sus frecuentes re-

cidivas y por su rebeldía, principalmente en los sugetos miserables y debilitados.

Tratamiento. Si el prurigo recae en un sugeto jóven y hay gran excitacion podrán ser útiles las evacuaciones sanguíneas. Cuando es benigno se prescribirán bebidas atemperantes, se darán baños simples templados ó alcalinos prolongados, se harán lociones frias, etc. Cuando el mal es antiguo conviene un régimen tónico, especialmente si el enfermo está debilitado, y algun laxante. Cuando el mal resiste á estos medios se usarán los sulfurosos al interior. Al exterior se han recomendado las pomadas hechas con los calomelanos (4 gramos por 30 de manteca), la de borax en la misma proporcion y la de brea (2 á 4 gramos por 30 de manteca).

LÍQUEN.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por una erupcion generalmente crónica, de pápulas muy pequeñas aglomeradas y algunas veces confluentes, del color de la piel ó de un rojo más ó ménos vivo, acompañadas de un prurito más ó ménos intenso y que generalmente terminan por descamacion.

Division. Se reconocen dos especies de esta enfermedad, que son el *liquen simplex* y el *liquen agrius*.

Etiología. Esta enfermedad es propia de todas las edades; es más frecuente en la primavera y verano y en los paises intertropicales; tambien lo es en los sugetos muy nerviosos y en los de temperamento linfático. Se desarrolla á consecuencia de emociones morales vivas, de la ingestion de ciertos alimentos, como los pescados de mar y los mariscos, de los excesos alcohólicos, de los ardores del sol. El líquen está lo más comunmente bajo la dependencia de la diatesis herpética, pero tambien puede estarlo bajo la escrofulosa y sifilítica, además de haberlo artificial debido á una causa externa.

Sintomatología. El *liquen simplex* puede existir en el estado agudo y en el crónico. Cuando se presenta en el estado agudo va precedido de síntomas generales si la erupcion ha de tener mucha extension. Su invasion se caracteriza por un prurito ligero, que se acompaña pronto de papulitas del tamaño de un grano de mijo aglomeradas, rojas é inflamadas, de

calor más ó ménos intenso y de comezon incómoda. Completada la erupcion á los tres ó cuatro dias disminuyen poco á poco todos los síntomas y se termina por una ligera descamacion en uno ó dos setenarios. Cuando se presenta en el estado crónico, que es lo más frecuente, empieza por prurito más ó ménos intenso, seguido de papulitas del color de la piel, la cual se presenta erizada de puntitos salientes que le dan cierta asperidad. Estas pápulas tienen por lo general una duracion larga y aun pueden quedar estacionarias por mucho tiempo; generalmente se verifican de vez en cuando erupciones que sostienen la enfermedad. El prurito sufre exacerbaciones más ó ménos frecuentes, y al cabo de cierto tiempo se engrosa la piel, se pone seca y rugosa y se cubre de una esfoliacion abundante. El líquen simple agudo ocupa principalmente la cara, cuello y tronco, y el crónico los miembros, brazos y sobre todo el dorso de las manos. Al líquen simple se refieren muchas variedades de forma, pues unas veces las pápulas son muy pequeñas y pruriginosas y ocupan las partes cubiertas de vello (*liquen pilaris*); otras son blandas, aplanadas y de un color violado (*liquen lividus*); otras están irregularmente diseminadas ó reunidas en grupos que se extienden progresivamente del centro á la circunferencia (*liquen circunscriptus*); otras están aglomeradas en grupitos en forma de bandas (*liquen gyratus*); otras semejan á las elevaciones producidas por las picaduras de ortiga (*liquen urticatus*); otras veces se presenta en los niños de pecho durante la denticion una erupcion de pápulas más rojas ó más blancas que el resto de la piel, acompañada de una comezon muy viva (*liquen strophulus*), que se considera como un líquen escrofuloso.

Liquen agrius. «Puede ser primitivo ó suceder al *simplex*, y está caracterizado por papulitas aglomeradas, rojas y apoyadas sobre un fondo eritematoso que se extiende más allá de la erupcion. Esta va acompañada de comezon y escozor excesivos, que se aumentan con el calor de la cama, despues de comer y de beber espirituosos. No cede como el simple al quinto dia, sino que se aumentan los accidentes, el vértice de las pápulas se ulcera y fluye de ellas un líquido sero-purulento que se concreta en forma de pequeñas costras amarillentas, blandas, poco adherentes, que cuando se caen son

reemplazadas por escamas delgadas; entonces disminuye algunas veces la rubicundez, se verifica la descamacion y termina la enfermedad á los doce ó quince dias; pero en el mayor número de casos se segrega sin cesar un líquido más ó ménos abundante y se renuevan las escamas en cuanto se caen.»

Pronóstico. El simple no es enfermedad grave, pero el *agrius* es incómodo por su rebeldía y el prurito insoportable que á veces le acompaña. Cuando es general puede ser grave por los trastornos generales que determina.

Tratamiento. El líquen *simplex* agudo no requiere otro tratamiento que las bebidas diluentes, un régimen suave y los baños tibios; pero cuando es crónico reclama las bebidas acídulas, los laxantes, los baños alcalinos. El líquen *agrius* reclamará las emisiones sanguíneas si hay mucha inflamacion: se dispondrá un régimen severo, los ácidos minerales, los ligeros laxantes y los baños emolientes. Como medios tópicos se usan los baños alcalinos, los simples y de vapor, y en la declinacion de la enfermedad los sulfurosos. Las pomadas no se hallan indicadas por punto general sino cuando no existe inflamacion y la piel está seca.

PSORIASIS.

Definicion. Es una afeccion crónica de la piel, caracterizada por placas prominentes, irregulares, de forma y extension variable cubiertas de escamas secas y brillantes.

Etiología. Se halla esta enfermedad bajo la dependencia de la diatesis herpética. Ataca á todas las edades, pero principalmente de los 15 á los 25 años. Se manifiesta al principio de la primavera ó del otoño.

Sintomatología. Se admiten cuatro especies de psoriasis, que vamos á describir separadamente.

Psoriasis guttata. Empieza por pequeñas elevacioncitas papulosas ó granitos aislados y separados unos de otros y cubiertos por una escama delgada, lisa, tersa y de un blanco brillante.

Psoriasis gyrata. Se caracteriza por chapas, que en vez de estar diseminadas están dispuestas de modo que representan formas regulares.

Psoriasis diffusa. Empieza por elevaciones separadas al principio, pero que no tardan en confundirse para formar placas extensas, cubiertas de escamas más ó ménos gruesas, adherentes, que se desprenden con dificultad y dejan entonces al descubierto superficies rojas, prominentes, la piel engrosada, inflamada y con fisuras.

Psoriasis inveterata. En esta variedad las escamas se secan cada vez más, la piel se endurece, se engruesa, se agrieta y hace el asiento de una descamacion abundante que se renueva sin cesar; los movimientos de los miembros son difíciles y dolorosos: hay un prurito muy incómodo; las uñas pierden su trasparencia y se vuelven amarillentas, se ponen secas y quebradizas y más tarde se caen. Algunas veces se complica la enfermedad con una inflamacion erisipelatosa y hay calentura más ó ménos intensa.

Pronóstico. Es grave, principalmente en las variedades difusa é inveterada.

Tratamiento. En el tratamiento de esta enfermedad debe aconsejarse un régimen atemperante y la dieta láctea. Los sudoríficos como el cocimiento de guayaco, de zarzaparrilla, de dafné mézéréum producen muy buenos resultados. Tambien se han recomendado la tintura de cantáridas á la dósis de 3 á 5 gotas, aumentándola gradualmente cada ocho dias, hasta llegar á 25 ó 30 gotas diarias; el subcarbonato de amoniaco, á la dósis de 50 centígramos á 1 gramo; el agua de brea y las preparaciones arsenicales, que son las que mejores efectos producen dándolas á las dósis que se dijeron en el tratamiento del herpetismo, pero vigilando sus efectos y suspendiéndolos de vez en cuando para volver á usarlos, con la precaucion de empezar siempre por las dósis menores. Tambien están muy recomendadas las aguas sulfurosas naturales. Al exterior se han recomendado los baños emolientes ó alcalinos prolongados, los baños de vapor, las fricciones mercuriales y con especialidad la de brea.

ANGINA HERPÉTICA.

Definicion. Esta enfermedad consiste en una erupcion de carácter herpético, que tiene su asiento en la cámara posterior de la boca, especialmente en las amigdalas.

Etiología. El desarrollo de la angina herpética ó herpes de la faringe es debido á la diatesis herpética y determinado por un enfriamiento ú otra causa cualquiera.

Sintomatología. Esta enfermedad empieza por malestar general, escalofrios, quebrantamiento, cefalalgia, pulso lleno, frecuente y resistente, y algunas veces inapetencia, náuseas y vómitos. Estos prodromos duran veinticuatro ó treinta y seis horas. al cabo de las cuales se queja el enfermo de dificultad de tragar, escozor y acritud en la garganta, que se propaga á la laringe y más frecuentemente á las fosas nasales y trompa de Eustaquio; hay dolor en uno ó ambos lados de la faringe y tumefaccion moderada de los ganglios sub-maxilares. Inspeccionado el fondo de la garganta se ven las amigdalas hinchadas, rojas y cubiertas de una exudacion lardácea amarillo-blancuzca, poco adherente á los tejidos subyacentes; en otras ocasiones al cabo de cierto tiempo, que varía de algunos dias hasta dos ó tres dias, aparece en las amigdalas una erupcion más ó ménos confluente, de manchas rojas que se escorian pronto y se cubren casi inmediatamente de una exudacion blanco-agrisada, que puede extenderse más allá de los límites de la ulceracion, formando chapas lardáceas más ó ménos grandes. La inflamacion no se limita al sitio que ocupan las vexículas, sino que se extiende á las partes vecinas, cubriéndolas de exudaciones plásticas y dándose á conocer por rubicundez, tumefaccion é induracion edematosa de las partes, pero desprendiendo estas exudaciones con un pincel de hilas se ven los vestigios de las vexículas. Si la erupcion es discreta se ven manchas blancas del tamaño de un grano de mijo hasta el de un guisante, rodeadas de un círculo inflamatorio, que dejan en pos de sí ulceraciones superficiales. En muchos casos la erupcion se manifiesta en varios puntos de la cavidad bucal, en los bordes y punta de la lengua, en la cara interna del carrillo y los labios y en la bóveda palatina, así como tambien en la parte externa de los labios y aun en diversos puntos de la cara.

Curso, duracion y terminacion. El curso de esta enfermedad es contínuo y agudo; su duracion más comun de un setenario; su terminacion casi constante es por la curacion; sin embargo, algunas veces la angina herpética se trasforma en diftérica.

Diagnóstico. En algunos casos puede confundirse el herpes de la garganta con las aftas de la misma parte; pero estas consisten en una ulceracion bastante profunda, aislada, muy dolorosa y que persiste por mucho tiempo, cosa que no ocurre en el herpes de la garganta, además de que con este coincide frecuentemente un herpe labial. El diagnóstico diferencial entre la angina herpética y la diftérica suele ofrecer grandes dificultades, aun cuando la última puede reconocerse por su tendencia á propagarse á la faringe y vías aéreas; su invasion insidiosa y latente y los caractéres de la pseudo-membrana.

Pronóstico. Es leve.

Tratamiento. El tratamiento es sencillo, y solo debe consistir en la dieta cuando existe fiebre, las bebidas diluentes y acídulas y los colutorios y gargarismos boratados ó aluminosos. Si no pudiese establecerse con exactitud el diagnóstico diferencial entre la angina herpética y la diftérica es preferible seguir el tratamiento de esta última.

DIATESIS GOTOSA.

GOTA.

Definicion. La gota es una enfermedad diatésica que repite por accesos y está caracterizada por dolores en las articulaciones, especialmente en las de los piés y manos, que se acompañan de otros trastornos digestivos, nerviosos y del aparato urinario.

Etiología. La gota reconoce por causa principal una predisposicion hereditaria especial, que hace que bajo su influjo se desarrolle la enfermedad por otras causas ocasionales que no la producen en los que no tienen esta predisposicion. Despues de esta causa hace un papel muy principal en el desarrollo de la enfermedad la desproporcion entre la cantidad de sustancia nutritiva ingerida y el desgaste orgánico; así que ataca de preferencia á la clase acomodada, á los que se entregan á los placeres de la mesa, que beben vino ó cerveza y á los que hacen una vida sedentaria. La gota ataca con preferencia á los hombres y la edad adulta; tambien son las estaciones más apropiadas para padecerla la primavera y el otoño;

igualmente son causas ocasionales la supresion de un flujo habitual ó del sudor. Por algunos autores se ha querido hacer dependiente esta enfermedad de la produccion del ácido úrico, á causa de la gran cantidad de principios azoados que se forman en el organismo por una alimentacion excesiva, cuyos principios no pueden ser suficientemente oxidados para trasformarlos en urea; pero esta es una mera hipótesis, en cuanto que no son gotosos todos los que se hallan sometidos á las citadas condiciones de alimentacion; así que la existencia de ácido úrico en la sangre de los gotosos y los depósitos de uratos que en los mismos se forman solo son efecto, pero no causa de la gota.

Sintomatología. La gota puede revestir un carácter francamente inflamatorio, ya agudo, ya crónico; en este caso se dice que la gota es *regular*, ó ya se revela por otras afecciones que ocupan ciertas vísceras, ó cuyo asiento es difícil de precisar, y en este caso se dice que la gota es *irregular* ó *anómala*. La *gota regular aguda* va precedida de algunos síntomas, ya por parte del tubo digestivo, como son: apetito disminuido é irregular, presentando extravagancias no comunes en el enfermo; pesadez, plenitud ó dolores epigástricos despues de las comidas; desarrollo de gases con regurgitaciones mucosas y eruptos, ya inodoros, ya á huevos podridos; en algunos casos resentimiento doloroso del hipocondrio derecho con ligera tumefaccion del hígado; ya por parte del sistema nervioso, como pesadez de cabeza, ineptitud para todo trabajo intelectual, malestar general, inquietud moral, irascibilidad de carácter, y en algunos, por el contrario, exaltacion de sus buenos sentimientos; ya, en fin, por parte del aparato urinario, como orinas encendidas que dejan un sedimento lateric:o; miccion dolorosa con calor y escozor en la uretra y á veces flujo blenorrágico. En algunos casos se ha observado tambien oftalmía y rechineo de dientes. Cuando está próximo el ataque, las venas de la parte donde ha de hacer explosion el mal se ponen tumefactas, y además los enfermos se quejan de temblores, estremecimientos, calambres y sacudidas nerviosas. Estos fenómenos precursores cesan algunas horas ó un dia antes de presentarse el ataque, encontrándose muy aliviados los enfermos; pero este alivio es engañoso, porque el enfermo es atacado de pronto hácia la mitad de la noche de un dolor intenso,

que por lo comun ocupa la articulacion metatarso-falangiana del dedo grueso de uno de los piés, algunas veces el talon, el mollar de la pierna, la garganta del pié, y por excepcion en el primer acceso tambien puede atacar la rodilla y las articulaciones de la muñeca y de la mano.

Este dolor, que se asemeja primero al de una dislocacion de los huesos de la parte, se acompaña de una sensacion de frio glacial no perceptible por la palpacion, temblor y despues ligera calentura. El dolor, que es comparado por los enfermos á una sensacion producida por un clavo que les introdujeran, á una desgarradura de las carnes, á la mordedura de un perro, á la presion ejercida con un torniquete, impide la marcha, se exaspera por el simple contacto de las ropas y produce una gran agitacion y ansiedad. Estos dolores concluyen por fin por calmarse, disminuyen á la mañana ó á las veinticuatro horas; al mismo tiempo cede tambien la fiebre y los escalofrios, los enfermos pueden conciliar el sueño, sobreviene en las partes una traspiracion suave, y la articulacion enferma se presenta tumefacta, pastosa, de un color rojo de peonía que se difunde en cierta extension, desapareciendo por grados; al mismo tiempo las venas subcutáneas de la region y de sus inmediaciones se ponen tumefactas, y se produce un dolor atroz con solo rozar ligeramente el dedo enfermo. Habiendo cedido el acceso por la mañana, continúa el enfermo sin grandes moléstias todo el dia, hasta que por la noche vuelven los síntomas á tomar la misma intensidad que la anterior, siguiendo la misma marcha los accesos que el dia precedente por espacio de cuatro, cinco, seis, siete ú ocho. Por fin el ataque termina, atenuándose poco á poco, por la emision de orinas sedimentosas y sudores viscosos locales, no quedando otra cosa que un entorpecimiento penoso de las partes que dura ocho ó diez dias, y algunas veces es seguido de edema, prurito y descamacion localizada. En algunas ocasiones el dolor es creciente por espacio de cinco ó seis dias, se establece el alivio por espacio de uno ó dos setenarios, y al cabo de ellos vuelve á presentarse la fiebre, y se marca un nuevo acceso de gota que no dura tanto como el primero, pero que vuelve á cesar y reproducirse, pudiendo así durar un ataque dos meses y aun tres.

La *gota regular crónica* va precedida por lo comun de la

aguda, y se produce cuando la economía ha sido debilitada por ataques repetidos de la última ó por un tratamiento debilitante; sin embargo, en algunos casos es crónica desde luego. La gota crónica es la que se observa en el hombre de edad madura, y es la forma que toma en las mujeres. Los accesos van precedidos más ó ménos tiempo de trastornos gástricos más marcados y tenaces; el apetito es malo, las digestiones laboriosas; los dolores que acompañan á los accesos son ménos intensos y la calentura menor; las articulaciones afectas son varias á la vez, ó si lo son sucesivamente será á intérvalos muy aproximados; la hinchazon y encendimiento de las mismas se efectúa con más lentitud que en la gota aguda; la rubicundez es menor; la tumefaccion edematosa es más difusa, más persistente, y simula el tumor blanco; hay una verdadera artritis seca. Estos accesos son más largos que los de la gota aguda, tanto que cada uno de ellos suele durar quince, veinte ó treinta dias, y en sus intérvalos no quedan completamente libres los enfermos, así como tampoco desaparecen, una vez terminado el ataque, los desórdenes articulares, sino que las articulaciones quedan por más ó ménos tiempo pastosas, más ó ménos dificultados los movimientos, fraguándose anquilosis más ó ménos pronunciadas, consecuencia de la inflamacion de las partes y la mala posicion en que han estado por mucho tiempo. Despues de los accesos se ven formarse alrededor de las articulaciones tumores de mayor ó menor volúmen, duros, redondeados y más bien poligonales, llamados *tofos*, constituidos por una mezcla de uratos de sosa y de urato de cal, que producen deformaciones en las articulaciones y contraccion de los músculos y los tendones. Estos tofos tienen lugar en el interior de las articulaciones, pero más generalmente alrededor de ellas, habiéndose observado alguna vez que se forman en la piel, en las extremidades de los dedos, en la superficie de las palmas de las manos y en las plantas de los piés, y con frecuencia en el borde de la oreja. En ocasiones los tofos dan orígen á una inflamacion local con supuracion, adelgazamiento y ulceracion de la piel, percibiéndose al descubierto en el fondo de esta ulceracion, indolente y fungosa por lo general, los depósitos calcáreos que por fin son evacuados totalmente ó en parte, detergiéndose despues la úlcera y cerrándose por último, formando una cicatriz pequeña. Para que los tofos den lugar á estos fenómenos es preciso que sean muy voluminosos, pues cuando lo son poco se reabsorben con facilidad. En algunos casos se limita la gota á estas concreciones tofáceas sin producir dolores. Con estos fenómenos coinciden demacracion, debilidad de las fuerzas musculares, opresion, palpitaciones de corazon, afecciones catarrales, pulmonares ó intestinales, revelándose las últimas por diarreas, y en algunos casos por flujos disentéricos, calambres, dolores neurálgicos y musculares y cólico nefrítico. En medio de los ataques de gota crónica sobrevienen en algunos casos accesos agudos, como en la gota regular francamente inflamatoria.

La *gota irregular* puede manifestarse por fenómenos diferentes de los que comunmente la caracterizan, en cuyo caso se dice que la gota es *larvada*, pero en estos casos casi siempre hay antecedentes gotosos en el enfermo, ya hereditarios, ya individuales; así se observa muchas veces como manifestaciones de la gota la jaqueca periódica, los vértigos, ciertos trastornos sensoriales, la epilepsia, la angina de pecho, la cardialgia, ciertos movimientos espasmódicos y estados vaporosos, cuyos ataques han alternado ó se han juzgado por un ataque de gota, sucediendo esto principalmente con el asma nervioso y la afeccion calculosa. Otro tanto sucede con ciertas afecciones cutáneas, á las que Bazin ha denominado *artritides*, como el psoriasis palmar, el generalizado, el prurigo y el prurito anal, la erisipela, y particularmente el eczema crónico de las orejas y las extremidades y el líquen crónico. Estas manifestaciones irregulares de la gota pueden ser la única expresion de la diatesis gotosa en hijos de padres gotosos, ó como hemos dicho, preceder, acompañar ó seguir á la manifestacion regular de la gota.

La *gota anómala*, que tambien se ha llamado *visceral*, consiste en afecciones viscerales que predominan sobre las manifestaciones articulares de una gota regular, y aun muchas veces constituyen los únicos signos de la enfermedad. Esta gota visceral es por lo general una trasformacion de la regular aguda ó crónica, cuyas manifestaciones articulares han sido combatidas por medios perturbadores. Entre estas afecciones viscerales ocupa el primer lugar la nefritis albuminosa, que se da á conocer las más veces por cólicos nefríticos, pudiendo entonces estar la orina más ó ménos cargada de san-

gre, de albúmina y de glóbulos sanguíneos; otras veces sienten los enfermos un dolor más ó ménos intenso en una region lumbar, que se acompaña de adormecimiento en el testículo y en la extremidad abdominal correspondiente. Otra afeccion casi tan frecuente es el catarro pulmonar, en el que la auscultacion demuestra estertores finos subcrepitantes; hay síntomas de una bronquitis crónica y no es raro se complique con derrames pleuríticos que sobrevienen de un modo lento. Tambien se encuentran en la gota afecciones cardiacas y de los grandes vasos. El hígado se afecta tambien y se presenta una hepatitis crónica, caracterizada por dolores en el hipocondrio derecho, aumento ó disminucion de la víscera, ictericia ó tinte subictérico. Entre las afecciones representantes de la gota anómala se encuentran las neuralgias, y más especialmente la ciática, las paralísis locales, la afonía, el letargo, la apoplegía. Estas afecciones sobrevienen las más veces despues de uno ó dos ataques de gota aguda, ó durante su intérvalo, ó alternando con ellos.—En algunos se ve desaparecer de pronto la fluxion de las articulaciones y presentarse una de las afecciones sintomáticas de la gota, en cuyo caso se dice que se ha verificado una metastasis gotosa. Estas metastasis producen accidentes torácicos, catarros perineumónicos ó pleuresías agudas con derrame ó alteraciones gastro-intestinales, como gastralgia, vómitos y diarreas coleriformes; ora icterícias, ora accidentes cerebrales, vértigos ó lipotimias, síncopes y aun fenómenos apopletiformes.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la gota es contínuo con remisiones y exacerbaciones, como se ha visto en la sintomatología, y recidiva en períodos más ó ménos distantes. La duracion es larga, por lo regular. La terminacion por la curacion radical es muy rara, pero tambien lo es que termine por la muerte, y cuando sobreviene generalmente es á consecuencia de los ataques violentos de gota visceral, por complicaciones ó por una enfermedad intercurrente.

Complicaciones. La gota puede complicarse con flemones, accesos, hidrartrosis, cáries de los huesos, destruccion de los cartílagos y degeneracion de los tejidos fibro-serosos.

Anatomía patológica. La gota no tiene más lesiones propias que las concreciones tofáceas de las articulaciones, que son masas análogas á la creta y compuestas de uratos, y las

alteraciones de la orina, cuyo ácido úrico y sus compuestos forman la base. Con frecuencia se forman en la superficie interna del corazon, en los grandes vasos, y rara vez en los pulmones y el cerebro, concreciones óseas. Los riñones pueden ser tambien asiento de varias lesiones, notándose en la sustancia cortical calculitos de ácido úrico que son más voluminosos en los mamelones y en los cálices. En las articulaciones enfermas hay inyeccion vascular de los tejidos fibrosos y sinoviales, reblandecimiento y destruccion de los cartílagos articulares, anquilosis verdaderas ó falsas.

Diagnóstico. El de la gota regular aguda no ofrece ninguna dificultad, pero ofrece oscuridad cuando sigue una marcha irregular anómala. Puede confundirse con el reumatismo; sin embargo, en la gota se afectan con predileccion las articulaciones pequeñas del pié, la tumefaccion articular es considerable, y existen los tofos y deformaciones tan características que faltan en el reumatismo; tambien son ménos frecuentes en la gota la inflamacion del endocardio y del pericardio; la influencia del frio, tan activa en la produccion del reumatismo cede la vez, respecto á la gota, á la alimentacion y al género de vida; la fiebre que acompaña á la gota cede pronto, al paso que se prolonga mucho en el reumatismo. El diagnóstico de las afecciones viscerales gotosas es algo más difícil, pero la existencia de antecedentes hereditarios, la preexistencia de un ataque de gota articular y los signos de cálculos urinarios pueden aclararnos mucho el diagnóstico.

Pronóstico. La gota es una afeccion grave; sin embargo, la regular aguda, aunque muy dolorosa, es ménos peligrosa que la anómala. Cuando la gota se complica ó hace metastasis se agrava el pronóstico.

Tratamiento. La experiencia ha demostrado que es más bien perjudicial que útil un tratamiento activo de la gota regular aguda, pues con él se ve que muda con frecuencia de lugar, que los accesos se repiten con más frecuencia y que en vez de presentarse accesos de gota franca y pasajera lo hagan los de gota atónica y persistente. Puesto que tanta influencia tiene el régimen muy suculento del enfermo en el desarrollo de la gota, el tratamiento mejor indicado en esta es el cambio de régimen. El gotoso debe observar gran sobrie-

dad, no tomar alimentos difíciles de digerir, usar de preferencia las sustancias vegetales, legumbres, frutas, etc., y no hacer uso de la carne sino una vez al dia, esto sin dejar de consultar sus actitudes digestivas. En cuanto á las bebidas, se prohibirá el uso del vino y la cerveza, y si á estas bebidas están acostumbrados, se quitará poco á poco la costumbre; igualmente deben abstenerse del té y del café, porque conservan las fuerzas disminuyendo las pérdidas del organismo. Al mismo tiempo hay que evitar una abstinencia demasiado grande que acarree la debilidad. Es muy importante regularizar con rigor las horas de las comidas. Los gotosos deben hacer un ejercicio moderado para facilitar las funciones digestivas, ejecutarle al aire libre del campo, dando paseos á pié ó á caballo, y en su defecto en coche; tambien deben evitar los inmoderados placeres del amor y las vigilias prolongadas, así como el permanecer mucho tiempo en la cama. Cuando sobrevienen en los gotosos las señales de una caquexia general, hay que prescribir un régimen nutritivo y aun permitir el uso de algun vino, pero evitando tambien en este caso las exageraciones. Las aguas bicarbonatadas sódicas tomadas al interior son tambien útiles, pudiendo usarse las de Molgas, Mende, Orense y Verin, en la provincia de Orense; las de Mondariz, en la de Pontevedra, y las de Alzola en Guipúzcoa, ó cuando hay astenia, las bicarbonatadas ferruginosas de los Hervideros de Fuensanta en Ciudad-Real, y las de Lanjaron, Puertollano y Marmolejo.

Durante el acceso se colocará el miembro afecto en una posicion elevada, se cubrirá con algodon en rama, y á las partes afectas se aplicarán tópicos narcóticos; al mismo tiempo se pondrá al enfermo á dieta y se procurará mantener su vientre libre. Entre los medicamentos empleados en esta enfermedad, el que más eficazmente obra es el cólchico, del que se usan el extracto á la dósis de 20, 25 y aun 50 centígramos; la tintura de las simientes á la de 5, 6 ú 8 gotas, y el vino de colchico á la de 5 á 25 gramos. El profesor Trousseau usaba 2 ó 3 píldoras cada veinticuatro horas de la fórmula siguiente, dada por Becquerel: sulfato de quinina, 1 1/2 gramos; extracto de digital, 25 centígramos; extracto de simiente de cólchico, 50 centígramos para 10 píldoras iguales. Estas píldoras las usaba durante tres, cuatro ó cinco dias seguidos cuando el

ataque habia empezado á ceder. Cuando la gota es visceral no se puede permanecer en la inaccion y hay que administrar los antigotosos y llamar las manifestaciones del mal hácia las articulaciones, aplicando á la parte que estuvo enferma tópicos irritantes y vexicantes, por más que sea muy raro que estos medios vayan seguidos de buen éxito. Para prevenir la vuelta de los accesos de gota recomienda Trousseau en el intérvalo de estos las fumigaciones hechas con las hojas de tabaco, envolviendo préviamente las partes afectas en calcetas ó mantas de lana.

ESCROFULOSIS Ó DIATESIS ESCROFULOSA.

Definicion. Es una enfermedad diatésica caracterizada por diversas afecciones de la piel, de las membranas mucosas, de las articulaciones, de los huesos, los órganos de los sentidos, y especialmente por el infarto crónico de los ganglios linfáticos, limitado frecuentemente á las regiones cervical y submaxilar.

Etiología. La escrofulosis puede desarrollarse en todas las edades, pero generalmente empieza á manifestarse en la primera ó segunda denticion ó en su intérvalo; es más frecuente á medida que se acerca la edad de la pubertad, pero es rara pasada esta y sobre todo en la edad adulta y la vejez; es más comun en la mujer que en el hombre; el temperamento linfático facilita el desarrollo de la escrofulosis. La herencia desempeña un papel principal en el desarrollo de las escrófulas; así se ve que padres escrofulosos engendran hijos escrofulosos; otros no escrofulosos los procrean tales cuando padecen tuberculosis, carcinoma, sífilis terciaria ó cualquiera otra afeccion crónica y debilitante; cuando son de edad avanzada al tiempo de la concepcion, cuando han abusado de los placeres venéreos, cuando se han casado muy jóvenes. Otras veces el escrofulismo es adquirido por una alimentacion mala, insuficiente y compuesta con especialidad de vegetales; por el uso de aguas de mala calidad; por vivir en sitios sucios, mal ventilados, húmedos, de poca luz; por la falta de ejercicio. Ciertas enfermedades agudas y crónicas van seguidas del desarrollo de la escrófula, y principalmente el sarampion, la viruela, la fiebre tifoidea.

Sintomatología. Antes de presentarse los síntomas propios de la escrofulosis, presentan los sugetos ciertos caractéres en su constitucion que indican la predisposicion á padecer la enfermedad. Estos caractéres son distintos, así que se admiten dos constituciones escrofulosas, la *tórpida* y la *erética*; la primera, segun Canslatt, se caracteriza del modo siguiente: «Cabeza extraordinariamente voluminosa, facciones gruesas, nariz y labio superior abultados, mandíbulas anchas, vientre saliente, hinchazon ganglionar del cuello y carnes flojas y blandujas;» la segunda está caracterizada por «piel excesivamente blanca, que se enciende con facilidad, y á cuyo través se perciben las venas subcutáneas de color de rosa ó azuladas, intenso enrojecimiento de los labios y mejillas, y tinte azulado de la delgada y traslucida esclerótica, que da á los ojos un aspecto húmedo y lánguido; los músculos de estas personas son delgados y blandos, débil el peso del cuerpo comparado con su talla, lo cual indica la ligereza de sus huesos; los dientes son hermosos y de un viso azulado, pero estrechos y largos, y los cabellos son sedosos.»

Es imposible hacer una descripcion general de la escrofulosis, porque entre las manifestaciones escrofulosas ya predominan las de la piel, ya los infartos ganglionales, ya las afecciones de las mucosas, ya las de los huesos; sin embargo, los fenómenos más comunes y con frecuencia los primeros, son las alteraciones cutáneas que Bazin y Hardy han denominado *escrofulides*. Estas suelen presentarse desde la primera infancia y asociadas con frecuencia á la denticion, ocupan ordinariamente la cara y el cuero cabelludo; sus caractéres son: coloracion rojo-violada, oscura, vinosa; tumefaccion del tejido celular subcutáneo, seguida de atrofia de la piel cuando se ha curado la escrofulide; cicatrices deprimidas, reticuladas, adherentes á los tejidos subyacentes que dan lugar á deformaciones características; falta de dolor y prurito y marcha muy lenta. Esas escrofulides se presentan bajo las siguientes formas: eritematosa (lupus eritematoso), pustulosa (impetigo rodens) y verrugosa, tuberculosa (lupus verdadero), flegmonosa (acceso escrofuloso) y córnea. Las afecciones escrofulosas de las mucosas se manifiestan de preferencia en las inmediaciones de las aberturas naturales, de donde con facilidad se comunican á la piel próxima; así el

coriza escrofuloso se complica generalmente con eczema del labio superior, la otorrea con otro de la region auricular y la conjuntivitis con otro de la mejilla y recíprocamente las escrofulides de las inmediaciones de las aberturas naturales se extienden con frecuencia á las mucosas.

Igualmente se ven sobrevenir catarros bronquiales é intestinales y de los órganos génito-urinarios que son muy persistentes.—Fenómenos muy constantes de la escrofulosis son los infartos ganglionarios, que tienen principalmente lugar en los del cuello, aunque tambien puede presentarse esta manifestacion en los axilares é inguinales. Estos infartos, cuya aparicion se verifica á veces desde el principio, consisten en tumorcitos ovalados, indolentes, movibles, aislados al principio, pero que despues se reunen para formar una ó varias masas con abolladuras duras, que pueden permanecer en un estado estacionario por meses y años; que por fin, ó pueden inflamarse de un modo lento, poniéndose muy doloridos y determinando una calentura más ó ménos intensa con exacerbacion vespertina, ó pueden reblandecerse sin inflamacion apreciable. A consecuencia de este proceso morboso se forman abscesos de marcha lenta, se adelgaza la piel, se ulcera y sale un pus claro mezclado con grumos de una sustancia caseosa. Esta supuracion dura por lo general mucho tiempo, el absceso se abre y se cierra alternativamente muchas veces, se forman trayectos fistulosos en que la piel está adelgazada y más ó ménos desprendida, y en otras ocasiones se forma una cicatriz irregular con eminencias y depresiones que la dan un aspecto particular y característico.—En las articulaciones se manifiestan inflamaciones escrofulosas, que se presentan, ya bajo la forma de una hidrartrosis simple, ya bajo la de un tumor blanco.—Las enfermedades escrofulosas de los huesos se presentan bajo la forma de periostitis y osteitis con ó sin supuracion; otras bajo la de cáries y necrosis, que dan lugar á fístulas.—Los órganos de los sentidos, y principalmente las partes superficiales de los ojos, como las glándulas de Meibomio, la conjuntiva palpebral y ocular y la córnea, suelen ser asiento de inflamaciones muy pertinaces ó rebeldes.—Los fenómenos generales de la escrofulosis se presentan unas veces desde el momento que empiezan las alteraciones locales y otras como consecuencia de la persistencia de las

mismas, y son: palidez general, demacracion, debilidad general de fuerzas, digestiones difíciles, diarrea colicuativa, derrames en las cavidades serosas, edema de las extremidades, fiebre héctica al fin de la enfermedad y coexistencia de tubérculos en el mesenterio y pulmon. La orina de los escrofulosos es, segun Bequerel, descolorida, acuosa y de poco peso específico cuando se encuentran en un estado caquéctico; y con las condiciones de orina febril cuando los enfermos están aun gordos y conservan sus fuerzas.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la escrofulosis es crónico, pero en él hay alternativas de mejoría y agravacion; existe, sin embargo, en algunos casos una forma grave de la escrófula en que sus manifestaciones toman un carácter agudo, y algunas veces de malignidad. Las estaciones tienen tambien su influjo en el curso de la enfermedad, que se agrava en invierno y se mejora durante la primavera. Su duracion es larga, pero indeterminada. En cuanto á las terminaciones, es frecuente la curacion, pero esta sobreviene siempre con lentitud; la muerte solo llega rara vez á consecuencia de trastornos profundos de la nutricion producidos por las alteraciones articulares y óseas de larga duracion y la supuracion de los ganglios linfáticos. Tambien sobreviene la muerte como consecuencia de enfermedades intercurrentes ó consecutivas á la diatesis escrofulosa, como los tubérculos. Aunque la curacion sea completa, es raro que cambie la constitucion del sugeto y que no se vea acometido más tarde ó más temprano de manifestaciones escrofulosas en una ú otra parte del cuerpo.

Anatomía patológica. En los escrofulosos se halla un desarrollo preternatural de los ganglios submaxilares, de las partes laterales del cuello y aun de los bronquiales, de los de la ingle y de los del mesenterio; unas veces están endurecidos y de color rojizo; otras duros y más descoloridos; en ocasiones reblandecidos en mayor ó menor extension y convertidos en abscesos. Los huesos, y principalmente los esponjosos, son el asiento de osteitis, periostitis, cáries y necrosis. Tambien se encuentra serosidad en las pleuras, en el peritoneo, así como infiltraciones tuberculosas en los ganglios, en los huesos, en el pulmon, el cerebro, el hígado, el bazo, etc.

Diagnóstico. La naturaleza de las lesiones locales, su número, su orígen y sobre todo el estado constitucional del sugeto hacen reconocer la existencia de las escrófulas. No se confundirá el infarto simple de los ganglios con el escrofuloso, porque el primero se desarrolla á consecuencia de una irritacion, es doloroso al principio y la constitucion no está alterada, ó lo está poco, al paso que el infarto escrofuloso presenta los caractéres opuestos. Aunque hay alguna semejanza entre los lamparones y los infartos escrofulosos, se distinguen sin embargo en que en los lamparones los tumores no tienen tanta dureza y hay cordones nudosos formados por el infarto de los vasos linfáticos; el infarto gangliónico de la sífilis no se puede confundir tampoco con el escrofuloso, pues este por lo comun está formado por muchos lóbulos, sigue una marcha eminentemente crónica, es indolente y no se inflama sino parcialmente, lo que no sucede con el bubon sifilítico.

Pronóstico. El pronóstico de la escrofulosis es generalmente grave, pero varía segun las formas de la enfermedad, el número y naturaleza de las afecciones, su marcha más ó ménos rápida. Es más grave cuando la enfermedad es hereditaria y cuando sobreviene el estado caquéctico.

Tratamiento. En el tratamiento de la escrofulosis hay que tener en cuenta que el más importante es el higiénico, que consiste en aconsejar á los enfermos la permanencia en el campo; respirar un aire puro y seco; vivir en una habitacion bien ventilada y soleada; hacer un ejercicio proporcionado á sus fuerzas; vestir interiormente de lana; usar un régimen analéptico, principalmente compuesto de carnes asadas, legumbres frescas y de vino bueno; tambien son útiles como tónicos los baños frios de agua de rio ó de mar. Como medios farmacéuticos goza de gran crédito como antiescrofuloso el aceite de hígado de bacalao, que segun la mayor parte de los profesores es aplicable en todos los casos, pero que Niemeyer solo considera útil cuando el enfermo es de constitucion endeble, hay falta de grasa en el tejido celular subcutáneo, y excitabilidad exagerada del sistema nervioso, que permiten sospechar que está aumentada la desasimilacion. Tambien se recomienda á los escrofulosos las bellotas tostadas (*café de bellotas*) y las hojas de nogal en forma de infusion, así como tambien la genciana, el lúpulo y los ferruginosos. Igualmente se ha recomendado por algunos el iodo al interior bajo la forma de

tintura alcohólica (de 4 á 40 gotas una ó muchas veces al dia), y el ioduro potásico (desde algunos centígramos á 4 gramos), cuyos medicamentos estarán principalmente indicados en los infartos crónicos de los ganglios.

Las aguas salinas gozan tambien de una gran reputacion como remedios antiescrofulosos, pudiendo recomendarse como antiescrofulosas en España las de Trillo, Otalora, Zaldívar y Paracuellos de Giloca. Los baños de mar están igualmente muy recomendados, no solo por lo que entonan la economía, sino tambien por las condiciones climatológicas. El tratamiento por la hidroterapia tambien ha adquirido gran fama en la curacion de la escrofulosis, asegurando Niemeyer que producen excelentes resultados en los casos de *escrófula tórpida*, que es la misma forma en que nada puede el aceite de hígado de bacalao. Otros varios medicamentos se han recomendado en el tratamiento de la escrofulosis, entre los que citaremos el subcarbonato de sosa, el cloruro de plata, las preparaciones de oro y los cloruros de cal y de bário, cuya eficacia no está aun bien demostrada. Además del tratamiento general se emplea otro local, que consiste en dar fricciones con el ungüento mercurial mezclado con una vigésima parte de su peso de hidroclorato de amoniaco, ó bien con la pomada de ioduro de potasio simple ó iodurada, sobre los tumores glandulares y tumefacciones óseas; las curaciones con vino, con la disolucion iodurada ó los cloruros alcalinos contra las úlceras; las inyecciones de estas mismas disoluciones en las fístulas y focos purulentos.

Describimos á continuacion algunas manifestaciones escrofulosas.

LUPUS.

Definicion y division. Es una dermatosis crónica con tendencia á destruir las partes que afecta, y caracterizada unas veces por manchas violado-rojizas, que dejan en pos de sí cicatrices sin que haya ulceracion, y otras veces tubérculos poco prominentes, de color amarillo, que pueden ulcerarse ó no y extenderse dejando detrás de sí cicatrices. M. Cazenave ha admitido cuatro especies, que son: el *lupus eritematoso*, el *lupus tuberculoso*, el *lupus ulceroso* y el *lupus con hipertrofia*.

Etiología. Una de las causas más frecuentes de la enfermedad es la constitucion escrofulosa; tambien es causa de esta enfermedad el temperamento linfático y todas las circunstancias que favorecen el desarrollo de este temperamento, como una mala alimentacion y la permanencia en habitaciones mal sanas. Esta enfermedad afecta de preferencia á los niños y á los jóvenes, pero lo hace igualmente en los dos sexos.

Sintomatología. Para exponer más claramente los síntomas que caracterizan la enfermedad, lo haremos de cada especie en particular.

El *lupus eritematoso* puede presentarse en los pómulos, la nariz, el labio, el lóbulo de la oreja y en el cuero cabelludo. Empieza sin síntomas generales ó locales apreciables, por una mancha roja, lisa, lustrosa y semejante á un sabañon; en algunos casos se parece á una pápula de urticaria, y en otros á la señal que hubiera dejado una succion fuerte. Esta mancha, que es irregular, tiene un curso lento y no se acompaña de ningun fenómeno local bien apreciable; puede ser el asiento de un enrojecimiento, aumento de calor y de algo de sensibilidad, siendo poco marcado el prurito cuando existe. Pasado un tiempo mayor ó menor, estas manchas se cubren de escamas delgadas, blanquecinas en la circunferencia y como trasparentes en su centro, que despues de persistir más ó ménos tiempo se desprenden con lentitud y dejan cicatrices muy superficiales, algunas veces salientes y como abolsadas, otras ligeramente deprimidas, iguales y lisas, y en algunas presentan hoyitos parduzcos, correspondientes á los orificios destruidos de los folículos sebáceos.

El *lupus tuberculoso* se caracteriza por un número mayor ó menor de elevaciones prominentes, pero aplastadas, irregulares, de distinta extension, indolentes y persistentes, que siguen una marcha crónica, son el asiento de una esfoliacion notable, no se ulceran nunca, pero que son seguidas de cicatrices. M. Cazenave admite cuatro variedades, que son: 1.°, el *lupus de tubérculo único*, que empieza por un punto rojo, situado por lo comun en el centro del carrillo, el que se extiende poco á poco; se eleva en forma de tubérculo saliente, aplastado y de un rojo oscuro, que cada vez toma un tinte más violado, cuya coloracion desaparece como la de los exantemas al comprimirla con el dedo. Este percibe una indura-

cion que sirve de base al tubérculo, el cual es indolente, sigue una marcha crónica, permanece estacionario por mucho tiempo, y por fin, irritado por los tópicos que se le aplican, se cubre de escamas, se inflama y extiende en su circunferencia y en su parte central se observa la cicatriz; 2.°, el *lupus tubérculo-escamoso de tubérculos aplanados* empieza en la cara, sin trastornos generales ni locales apreciables, por algunos tubérculos diseminados irregularmente, indolentes, de marcha crónica, algo salientes, aplanados, de color amarillo. Estos tubérculos se destruyen cubriéndose antes de escamas delgadas, secas, duras, grisáceas y adherentes, que se caen y renuevan incesantemente hasta que el tubérculo desaparece, y hasta que los tejidos que participan de la degeneracion son completamente eliminados en forma de escamas ó absorbidos, y hasta que la piel adelgazada no sea más que un tejido cicatricial. Esta enfermedad puede ganar insensiblemente superficies más ó ménos extensas, y cuando persiste indefinidamente puede destruir las narices y su tabique, así como rasgar los párpados y revolverlos y corroer los carrillos; 3.°, el *lupus tuberculoso en grupos* no se acompaña de ningun fenómeno general ó local; empieza por botones de un rojo oscuro, que se extienden y aumentan insensiblemente formando tubérculos más ó ménos numerosos, discretos, redondeados, más duros, superficiales y salientes que los de las formas precedentes, de un color amarillento violáceo, que se cubren pronto de una descamacion grisácea, seca, poco abundante, que no deja detrás de sí ulceraciones, pero que adelgaza ó destruye la piel. Esta forma se observa en los genitales, en los muslos, en la márgen del ano, en el cuello, en la cara y en los miembros; 4.°, el *lupus tuberculoso serpiginoso* se caracteriza por tubérculos diseminados más voluminosos, más redondeados, es de un color rojo más oscuro que los de la variedad anterior, siguen por lo comun una marcha crónica, y al cabo de cierto tiempo algunos de ellos se confunden en su base y forman chapas tuberculosas, que se cubren de una esfoliacion epidérmica tanto más abundante cuanto más rápidamente se verifica la destruccion y eliminacion de los tubérculos. Estos tubérculos son blandujos, indolentes y no dan lugar á inflamacion supurativa ni á ulceracion; pero dejan en pos de sí cicatrices blancas, lisas y tensas.

El *lupus ulceroso* se presenta bajo el aspecto de dos variedades distintas, que son: 1.°, el *lupus ulceroso superficial*, que empieza por el desarrollo de tuberculitos poco prominentes, blandos, de color rojo oscuro, que siguen una marcha lenta, pueden permanecer estacionarios por mucho tiempo y con frecuencia se extienden poco á poco; la piel subyacente se presenta edematosa y bien pronto se inflaman, sobre todo en su vértice, que se reblandece y ulcera, cuya ulceracion se extiende cada vez más, ataca á los inmediatos y se forma una herida irregular, húmeda, superficial y como edematosa, la cual no tarda en cubrirse de costras espesas, pardas, negruzcas, adherentes á ciertos puntos de su circunferencia, blandas en el centro. A medida que avanza la enfermedad, las úlceras se cicatrizan y las cicatrices son blancas ó de color rosa, lisas, trasparentes y á veces tan delgadas que parece que van á romperse. Estas cicatrices á su vez pueden ser el punto de partida de tuberculitos achatados, irregulares, que se inflaman rápidamente, se reblandecen, se ulceran y ocasionan nuevas destrucciones y más profundas; 2.°, el *lupus ulceroso profundo* empieza por un punto rojo, indolente al principio, situado en una de las alas de la nariz ó en su punta, cuyo punto aumenta poco á poco; la parte afecta se hincha, se pone más ó ménos dolorida, tomando la piel un color rojo violado y un aspecto tenso y lustroso; por fin se reblandece y ulcera, y esta ulceracion se cubre de una costra parduzca, gruesa y adherente, que si se la arranca ó se cae deja al descubierto una ulceracion que á su vez se cubre de otra costra, y cada vez va produciendo mayores destrozos hasta comer por completo la nariz y sus cartílagos, aumentando al mismo tiempo la rubicundez y la hinchazon.

El *lupus con hipertrofia* empieza en la cara, que es su sitio exclusivo, por tubérculos más ó ménos numerosos, aplanados, blandos, indolentes, que se desarrollan lentamente, se confunden al cabo de algun tiempo por su base, y al mismo tiempo la piel subyacente se pone infartada, indolente, tumefacta, así como también el tejido celular; esta tumefaccion aumenta sin cesar y adquiere proporciones considerables, dando á la fisonomía un aspecto horroroso; este lupus, que sigue una marcha crónica, puede durar indefinidamente y tiene por carácter el no ulcerarse nunca; á veces determina la oclusion

de las aberturas naturales, la epifora, etc., y se complica con otras enfermedades, como la erisipela, la enteritis crónica grave, etc. A los tubérculos destruidos y eliminados suceden cicatrices blancas, lisas y alguna vez con bridas.

Curso, duracion y terminaciones. Por lo que se ha visto en la descripcion de las diversas especies de *lupus*, este sigue una marcha más ó ménos crónica, tiene una duracion larga y siempre termina por una destruccion más ó ménos notable de los tejidos, aunque sin acarrear la muerte.

Diagnóstico. No se confundirá el lupus con las sifílides corrosivas, porque en estas hay el color cobrizo que las caracteriza, la úlcera es agrisada y sus bordes cortados perpendicularmente, y además los conmemorativos y síntomas concomitantes son distintos. Tampoco se confundirán con el lupus las induraciones subsiguientes al *acné rosácea*, porque estas son rojas, dolorosas y rodeadas de un círculo eritematoso. Tampoco se confundirá con el cáncer cutáneo, porque en este los dolores son intensos y las úlceras fungosas y de bordes duros y revueltos hácia afuera.

Pronóstico. El lupus es una enfermedad grave por la degeneracion y destruccion de tejidos que trae consigo, aun cuando no compromete la existencia.

Tratamiento. El tratamiento del lupus es general ó local. El tratamiento general ha sido considerado por muchos como completamente inútil; sin embargo, se obtienen de él algunos resultados en algunos casos; así se han aconsejado las bebidas amargas ó depurativas, los baños simples, una buena alimentacion, el uso de los vinos generosos y la influencia de un aire puro. Como medicamentos ha recomendado Cazenave con algun resultado una disolucion de 15 gramos de cloruro cálcico en 500 de agua para tomar 1 cucharada en ayunas, aumentando progresivamente hasta 3 al dia. Tambien se han ensayado con resultado vario el aceite animal de Dippel á la dósis de 5 á 6 gotas, aumentando sucesivamente hasta 20 ó 25; la solucion de Pearson á la dósis de 1 á 4 gramos; la de Fowler desde 3 y 4 gotas hasta 12 al dia. Tambien ha producido regulares resultados el aceite de hígado de bacalao á la dósis de 1 á 4 cucharadas comunes al dia.

El tratamiento local tiene por objeto modificar la vitalidad de las partes afectas, para lo cual se han recomendado los resolutivos, como las pomadas de precipitado blanco, de nitrato de plata, de ioduro de mercurio, de ioduro de azufre y el estoraque líquido; cuando estos medios no son eficaces se aconsejan los cáusticos, como el nitrato de plata, el nitrato ácido de mercurio, los polvos de Dupuytren, la pasta arsenical de Fray Cosme, la de Viena, la de cloruro de zinc. Tambien parece que ha producido algun resultado el uso tópico del aceite animal de Dippel. El tratamiento local es poderosamente auxiliado por los baños simples, y mejor los de vapor, y sobre todo los chorros de vapor acuoso en los casos con hipertrofia.

IMPETIGO.

Definicion. Es una enfermedad de la piel caracterizada por pustulitas pequeñas (*psidráceas*) confluentes ó discretas, superficiales, aplanadas, distendidas por un líquido purulento que forma al secarse costras amarillas, gruesas y rugosas.

Division. Hay que distinguir, en primer lugar, el impetigo *agudo* y el *crónico*. Tambien se han admitido variedades de forma como el impetigo *figurata*, el impetigo *sparsa*, el impetigo *larbalis* y el impetigo *granulata* ó del cuero cabelludo.

Etiología. Esta enfermedad, que nunca es contagiosa, se desarrolla bajo la influencia del temperamento linfático en los niños, en los viejos debilitados por la edad ó la miseria; en las mujeres en que accidentalmente predominan los líquidos blancos durante la lactancia. Es más comun en la primavera y el otoño. Tambien se asignan como causas del impetigo las pasiones tristes, los excesos y el mal régimen.

Sintomatología. Para comprender mejor la descripcion, expondremos separadamente los síntomas de cada variedad.

El *impetigo agudo* va precedido de algo de cefalalgia, malestar, inapetencia. A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de estos prodromos se siente tension y calor en el sitio que ha de ser asiento de la afeccion, la cual empieza por manchas rojas, aisladas, distintas, algo salientes desde el principio, y cuyo desarrollo se acompaña de dolor intenso lancinante. Sobre estos puntos no tarda en desarrollarse pustulitas que pueden permanecer aisladas, pero que por lo regular se reunen; son superficiales, aplanadas, no resistentes, que á las treinta

y seis ó cuarenta y ocho horas se abren y dan salida á un líquido meliforme viscoso que forma por su desecacion costras amarillas, trasparentes, que se reunen y forman masas desiguales, rugosas y de una consistencia como gomosa. Cuando han adquirido gran desarrollo se resquebrajan y dejan salida á un líquido icoroso, y si se caen, la porcion de piel que dejan al descubierto está ya rubicunda, lustrosa y tensa, ya escoriada ó agrietada. Esta superficie da una exhalacion abundante que forma nuevas costras, y así continúa la enfermedad hasta que la inflamacion y exhalacion desaparecen poco á poco.

El *impetigo crónico* puede presentarse bajo dos estados diferentes: ó constituido por brotes sucesivos de impetigo agudo, en cuyo caso no ofrece ninguna particularidad distinta de este, ó entretenido por una exhalacion incesante que no se acompaña de ningun fenómeno de agudeza. Bajo esta forma apenas si se ve alguna que otra pústula en los confines de la erupcion, pero hay una secrecion purulenta que aumenta incesantemente las costras, las cuales son gruesas, irregulares, más ó ménos secas, negras y rugosas, que se caen ó son desprendidas con facilidad y se vuelven á formar. En los viejos y sugetos caquécticos puede ocupar las extremidades inferiores, en las que se extiende considerablemente, forma costras muy extensas, muy duras, de un color gris amarillento subido, rugosas y parecidas á cortezas de árboles (*impetigo scabida*). En estos casos puede presentarse edema, anasarca, úlceras atónicas, caerse las uñas y ser difíciles y dolorosos los movimientos de la extremidad.

El *impetigo figurata* ocupa generalmente las mejillas, ménos comunmente los miembros y más raras veces el tronco; solo ofrece de particular el estar limitadas las pústulas á un punto circunscrito y tomar la forma oval ó circular.

El *impetigo sparsa* apenas afecta más que los miembros y principalmente las piernas, las pústulas están esparcidas y no tienen ninguna forma regular.

El *impetigo larbalis* ocupa de preferencia el cuero cabelludo, las orejas y sobre todo la cara, á la que puede cubrir toda entera como una *mascarilla*, de donde ha recibido el nombre. Empieza ordinariamente sin síntomas generales apreciables, por pustulitas discretas ó confluentes de un blanco

amarillento, que cuando se rompen dan salida á un líquido amarillo, trasparente, glutinoso, que forma costras amarillentas, blandas, aisladas ó reunidas en placas; la piel está roja é inflamada. Esta erupcion va acompañada de prurito más ó ménos intenso que obliga al enfermo á rascarse, y muchas veces de dolor. Generalmente sigue un curso crónico, pero algunas veces le sigue agudo y puede infartar los ganglios submaxilares y cervicales y aun desarrollarse calentura.

El *impetigo granulata* ó del *cuero cabelludo*, porque se desarrolla en él en los niños pequeños, está caracterizado por pústulas pequeñas, amarillentas, prominentes, que suministran un líquido abundante, espeso y viscoso, el cual al concretarse forma costras que ofrecen de particular el estar divididas en granulaciones desiguales, secas, que se adhieren á los cabellos, aglutinando mayor ó menor número de ellos. Antes de aparecer la erupcion, los sitios en que se ha de verificar son el asiento de un poco de calor, al que se agrega algunas veces un prurito más ó ménos intenso.

Curso, duracion. El curso del impetigo es continuo, y como hemos visto en la descripcion de los síntomas, unas veces es agudo y otras crónico. La duracion del agudo es de dos ó tres setenarios y la del crónico indefinida.

Diagnóstico. El impetigo no se puede confundir con el herpes y el eczema porque estas erupciones no están formadas por pústulas como el impetigo. Tampoco puede confundirse con la mentagra porque en el impetigo las pústulas son pequeñas y confluentes; hay una exhalacion abundante y las costras son gruesas, amarillas y semitrasparentes. Tampoco se confundirá con el *favus* porque en este las costras son de un amarillo azafranado y tanto más secas y grisáceas cuanto más antiguas, concluyendo por parecerse á argamasa seca, al paso que las del impetigo *granulata* son al principio blandas, de un color amarillo verdoso, y se vuelven despues tanto más negras cuanto más tiempo tienen. Tambien es fácil distinguirle de las sifílides pustulosas por los caractéres bien marcados de estas.

Pronóstico. El impetigo no es grave por sí mismo, pero sí en cuanto que es una enfermedad á veces muy tenaz.

Tratamiento. En la forma aguda, si no hay mucha irritacion local, basta con las bebidas refrigerantes y acídulas, las

lociones emolientes, como el agua de malvas, el cocimiento de adormideras y la horchata de almendras. Si hay mayor irritacion y el sugeto es jóven y vigoroso, son útiles las evacuaciones sanguíneas generales ó locales y los baños tibios. En el estado crónico son ventajosos los purgantes, los calomelanos, la magnesia, el áloes, el aceite de ricino; igualmente son útiles los baños y chorros de vapor. Tambien son útiles los sulfurosos en bebida, baños y chorros, así que pueden usarse en España las aguas de Arechavaleta, Archena, Santa Agueda, Grávalos, el Molar y las demás sulfurosas. Como modificadores de la economía en general se usan con ventaja el cloruro cálcico, el cocimiento de hojas de nogal y el aceite de hígado de bacalao. Cuando todos estos medios faltan se puede obtener la curacion con los arsenicales, especialmente la disolucion de Pearson. Para hacer caer las costras se ha empleado en el impetigo crónico la solucion de Pearson.—El impetigo *larbalis* no exige otra cosa que limpieza, lociones emolientes, baños y algunos laxantes; el prurito se calmará espolvoreando las partes con almidon ó con las lociones con leche ó agua tibia. El impetigo *granulata* exige que se hagan caer las costras por medio de cataplasmas emolientes, cortar el pelo al rape y practicar lociones emolientes ó alcalinas.

TUBERCULOSIS Ó DIATESIS TUBERCULOSA.

Definicion. Es una enfermedad constitucional hereditaria que se caracteriza por la formacion y evolucion de un producto morboso espúreo de nutricion anómala, denominado *tubérculo*, que se desarrolla en uno ó muchos órganos y principalmente en los pulmones, por fenómenos locales, que varían segun la parte afecta, y por cierto estado caquéctico. Las palabras *tuberculosis* y *tuberculizacion* no son sinónimas, pues la primera sirve para significar la disposicion diatésica, y la segunda para designar el acto en cuya virtud se produce el tubérculo en la trama de los órganos.

Etiología. Una de las causas que más influyen en el desarrolo de la diatesis escrofulosa es la herencia, así como tambien la mala constitucion de los padres; la edad es tambien otra de las causas que tienen gran influjo, así los tubérculos son comunes en la juventud, y alguna vez en la infancia,

siendo ménos frecuentes en las edades más avanzadas. Las mujeres están más predispuestas que los hombres. Esta enfermedad acomete más particularmente á los individuos de constitucion débil y temperamento linfático.—Entre las causas determinantes se cuentan el cambio de clima, el respirar en aire viciado, el habitar sitios húmedos en que no penetra el aire ni la luz, la alimentacion escasa, las pasiones tristes, la privacion del sueño, los excesos venéreos y todas las causas debilitantes. Ciertas enfermedades favorecen de un modo muy notable la tuberculizacion, tales como el sarampion, la viruela, la coqueluche y la fiebre tifoidea. Tambien se han considerado las inflamaciones como causa productora de los tubérculos, considerándose la pulmonía, la pleuresía y la bronquitis como causas de la tísis pulmonar, y la enteritis como la de la tabes mesenteria, pero estas flegmasías no producen por sí los tubérculos, sino que determinan su desarrollo modificando la nutricion de los órganos predispuestos.—En cuanto al contagio ó no de la tuberculosis, están aun discordes los autores.

Sintomatología. La tuberculosis, que se caracteriza esencialmente por la presencia del producto morboso llamado tubérculo, del cual nos ocuparemos al tratar de la anatomía patológica, se da á conocer por síntomas locales, que varían segun los órganos que son asiento de la afeccion, y por síntomas generales, que sea cualquiera el órgano en que radique el tubérculo, son: decoloracion de la piel, flacidez de las carnes, demacracion, pérdida de las fuerzas; hay calentura en ocasiones desde el principio, pero por lo general solo empieza en el período de reblandecimiento. Esta calentura es contínua ó intermitente, pero generalmente remitente y con todos los caractéres de la fiebre héctica. Al mismo tiempo hay sudores parciales, especialmente por la noche durante el sueño.

Curso, duracion y terminaciones. La tuberculosis empieza generalmente de un modo oscuro y latente, y sigue su curso crónico. En algunos casos se observan síntomas agudos graves, cuando son invadidos muchos órganos á la vez. La duracion es varia, pudiendo terminar á los dos ó tres, diez ó doce setenarios y aun más. La terminacion casi siempre es por la muerte, aunque se citan casos de haber terminado por la curacion, como se verá más adelante.

Anatomía patológica. Hemos dicho ya que el producto morboso llamado tubérculo es el que caracteriza la enfermedad, y esta es la ocasion de darlo á conocer. El *tubérculo* es «un cuerpo de color blanco amarillento ó agrisado, de forma generalmente redondeada, de un tamaño variable, sin vestigio de organizacion, duro en su orígen, pero friable, que se reblandece y se vacia al exterior á la manera de los abscesos, dejando en su lugar una escavacion más ó ménos extensa; otras veces experimentan la trasformacion cretácea ó calcárea.»—Los tubérculos se presentan en los diferentes tejidos bajo dos formas, ya bajo la de *tubérculo aislado*, ya bajo la de *infiltracion*. En la primera forma se presenta bajo el aspecto de unos corpúsculos grises, semitrasparentes, de una consistencia más ó ménos sólida, más ó ménos redondeados y de un tamaño que varía desde un grano de mijo hasta el de un cañamon: á estos corpúsculos se los conoce bajo la denominacion de *tubérculos miliares* ó *granulaciones grises*. Estos corpúsculos adquieren mayor volúmen, como un hueso de cereza, una avellana ó una nuez, y entonces forman masas homogéneas, blanquecinas y por lo general amarillentas, de aspecto mate, friable y de consistencia caseosa, en cuyo estado se las conoce con el nombre de *tubérculo crudo*.—En otras ocasiones, en lugar de presentarse la materia tuberculosa en forma de granulaciones, se presenta *infiltrada* en los tejidos, formando durezas más ó ménos extensas y consistentes, de un color agrisado, que es lo que constituye la *infiltracion tuberculosa gris*, ó la infiltracion está constituida por una sustancia parecida á una gelatina rojiza, que es á lo que se ha llamado *infiltracion gelatiniforme*. En ciertos casos se desarrolla alrededor del producto morboso una verdadera membrana que le separa de las partes sanas, cuyo estado se conoce con el nombre de *tubérculo enquistado*.

El análisis químico ha dado á conocer que se compone de una sustancia orgánica sulfo-azoada (caseina), y otras grasosas (ácido oléico y margárico y colesterina) y de cloruro de sosa, fosfato y carbonato de cal y vestigios de óxido de hierro.—Con el auxilio del microscopio ha tratado de descubrirse la constitucion íntima del tubérculo, pero los resultados han variado segun los observadores, por lo cual solo expondremos la opinion de Lebert, el cual cree que «los elementos constitutivos del tubérculo son unos granulillos moleculares, una sustancia interglobular hialina y unos globulillos propios de los tubérculos, que tienen desde dos á cuatro líneas. Su forma es irregular, con los ángulos redondeados; sus contornos son por lo general muy manifiestos, y contienen en su interior amarillento un pus opalino, un cierto número de globulillos moleculares, pero no verdadero núcleo.»—El tubérculo crece segun Bayle y Laennec, por intus-suscepcion, pero lo más probable es que crezca por yuxtaposicion de moléculas.—Respecto á la índole del tubérculo se ha creido por unos que es debido á la linfa plástica; á una trasformacion particular de una infiltracion sanguínea por otros; á una infiltracion del suero y su trasformacion por algunos; al pus por varios; á las mucosidades, los quistes hidatídicos, etc., por otros; pero ninguna de estas opiniones está suficientemente demostrada, y solo se sabe que el tubérculo es un producto accidental anómalo, que aunque de naturaleza orgánica, no da señales de organizacion, pues en él no se ven ni fibras ni vasos, y cuando se las percibe pertenecen á los tejidos donde el tubérculo está implantado. Los tejidos periféricos al tubérculo están congestionados y aun inflamados; tambien los comprimen, los atrofian y los destruyen, llegando á ocasionar hemorragias por la division de los vasos, aunque más comunmente obliteran cierto órden de ellos y dan orígen á otros.

La observacion ha demostrado que, al cabo de más ó ménos tiempo, el tubérculo sufre un cambio espontáneo, se reblandece y la materia tuberculosa se evacua al exterior. Este reblandecimiento empieza por el centro mismo de la masa tuberculosa, la que primero se trasforma en una materia caseosa, semisólida, y despues en un líquido espeso, puriforme; llegado á este estado se evacua al exterior la materia tuberculosa, dejando en su lugar una solucion de continuidad, que en los tejidos membranosos constituye úlceras y en los parenquimas escavaciones más ó ménos extensas, tapizadas ó no por una falsa membrana. Los tejidos circunyacentes participan más ó ménos de reblandecimiento muchas veces, y ciertas porciones de ellos son arrastrados al exterior con la materia tuberculosa. El reblandecimiento del tubérculo se ha querido explicar por la flegmasía periférica, que, terminando por supuracion, el pus ataca de fuera adentro al tubérculo; pero esto no es cierto,

pues para que lo fuera debia empezar el reblandecimiento de fuera adentro, y no de dentro afuera, que es lo que ocurre, como ya dejamos dicho. En los casos en que esta trasformacion del tubérculo no avanza ó no se manifiesta, se endurece y se convierte en una materia cretácea y calcárea, que es uno de los modos de curacion del tubérculo, cuya materia está formada de cloruro sódico y de sulfato de sosa y no de carbonatos y fosfatos calcáreos como han dicho algunos, pues estos compuestos entran en cortísima cantidad en la composicion del tubérculo. Esta trasformacion cretácea no es el único medio de curacion, sino que las soluciones de continuidad, producto de la evacuacion de la materia tuberculosa, se cicatrizan. De lo expuesto hasta aquí hay que convenir en que el tubérculo en su evolucion pasa por tres grados: el de granulacion gris, el del tubérculo crudo y el de reblandecimiento.

Los tubérculos se encuentran en mayor ó menor número en los órganos y generalmente se encuentran en diversos grados de desarrollo; así que en el mismo órgano se los encuentra en estado miliar, en estado de crudeza, empezando á reblandecerse, reblandecidos, y en otros puntos se ven ulceraciones ó cavernas. Los tubérculos rara vez se limitan á un solo órgano, sino que, por el contrario, existen al mismo tiempo en un número mayor ó menor de ellos; en la juventud, y antes de los diez años sobre todo, es cuando se nota que se invaden muchos órganos á la vez.

Los órganos en que con más frecuencia se presentan los tubérculos son los pulmones, viniendo despues las membranas mucosas y serosas, y siendo ménos comunes en el hígado, los riñones y otros órganos. Pasados los quince años no existen tubérculos en uno ú otro órgano sin que se hallen tambien en los pulmones, al paso que en el niño es muy frecuente ver que pasan las cosas de un modo inverso.

Diagnóstico. La diatesis tuberculosa es más difícil de distinguir en su forma aguda que en la crónica, porque en ella se hallan poco marcados los síntomas locales, sucediendo lo mismo cuando está muy generalizada; así que para diagnosticarla hay que tener en cuenta la pérdida de las fuerzas, la demacracion, la existencia de la fiebre héctica, que se acompaña de sudores nocturnos, cuyos síntomas, unidos á los locales, harán diagnosticar la enfermedad. En la infancia debe

sospecharse la existencia de la tuberculosis cuando niños generalmente débiles son acometidos de una calentura poco intensa pero contínua, que al cabo de diez ó doce dias no da lugar á síntomas locales bastante marcados para indicar su orígen. M. A. Tardieu dice que deben tenerse presentes, además de los síntomas locales, los caractéres fisiognomónicos de los tuberculosos, como son: «un notable desarrollo de los cabellos, de las cejas, de los dientes, que suelen ser hermosos; los sistemas óseo y muscular demuestran poco vigor; la piel es por lo comun fina y con poco colorido; la extremidad de los dedos aplastada y como en forma de teja, disposicion conocida con el nombre de hipocrática.»

Pronóstico. El pronóstico de la tuberculosis es grave, aun cuando algunas veces se cura la afeccion como hemos dicho.

Tratamiento. Al tratar de las enfermedades tuberculosas en particular, se expondrá el tratamiento curativo y paliativo de cada una de ellas, pues ahora nos limitamos á exponer el tratamiento preservativo cuando los sugetos, y especialmente los niños, están amenazados por su constitucion ó por la herencia á padecer la tuberculosis. A estos niños predispuestos á semejante enfermedad se les entregará á una nodriza robusta y de buena salud, se les tendrá en una habitacion bien soleada y ventilada y se los sacará á paseo al sol. Cuando se los destete se los someterá á una alimentacion muy nutritiva pero de fácil digestion, se cuidará que sus comidas se arreglen á determinadas horas y que no coman fuera de estas; si las digestiones languidecen ó se pierde el apetito se tonificará el estómago con alguna infusion amarga; se cuidará que los niños duerman el tiempo preciso con arreglo á su edad. Se darán de vez en cuando friegas secas en todo el cuerpo y se usarán los baños salados. A la edad de siete ú ocho años formarán parte del tratamiento paliativo los ejercicios gimnásticos, los baños de rio y la natacion.

MENINGITIS TUBERCULOSA.

Definicion. Es una enfermedad anatómicamente caracterizada por la presencia de granulaciones tuberculosas en el tejido celular subaracnóideo.

Etiología. Esta enfermedad, que ha sido llamada tambien

meningitis granulosa, es producida por la diatesis tuberculosa, á la cual solo vienen á dar impulso las causas que se le han asignado, las cuales no están bien probadas y son muy dudosas; tales son la denticion, los vermes intestinales, el trabajo prematuro ó exagerado de la inteligencia, los golpes ó caidas sobre la cabeza y la insolacion. Lo que está probado es que puede ser hereditaria, que á veces se manifiesta á consecuencia de una enfermedad aguda y con especialidad una fiebre eruptiva; que es casi desconocida en los viejos, rara en los adultos y muy frecuente en los niños pasado el primer año de su existencia; que depende las más veces de una tuberculosis generalizada, que se presenta generalmente en «los sugetos delicados, hijos de padres tísicos ó enfermizos, mal nutridos, retrasados en su desarrollo físico, pero comunmente de clara inteligencia, con la piel fina, las venas aparentes, pestañas largas y esclerótica azulada.»

Sintomatología. La meningitis tuberculosa acomete unas veces de repente y sin prodromos en medio de la mejor salud, lo cual es raro, ó va precedida de algunos síntomas, como cambio de carácter del niño, demacracion, pérdida de fuerzas, algunas veces cefalalgia pasajera y sopor y desarreglos gástricos. Una vez iniciada la enfermedad, se presenta cefalalgia frontal muy persistente, violenta y contínua, pero con exacerbaciones intensas que hacen prorumpir en gritos á los enfermos, dándolos los niños especiales y muy agudos (gritos hidrencefálicos); estos dolores se exacerban con los movimientos y la impresion de la luz. Con esta cefalalgia coinciden frecuentemente vómitos más ó ménos abundantes, ya alimenticios, ya mucoso-biliosos, que vuelven á cada exacerbacion del dolor y se acompañan de anorexia; no hay sed, la lengua está blanca y algo blanquecina y existe extreñimiento. Al mismo tiempo hay agitacion ó abatimiento, soñolencia por lo comun; la cara expresa el sufrimiento, palidece y se enrojece de un modo alternativo y fugaz; las cejas están fruncidas, los párpados contraidos; los ojos muy sensibles á la luz; las pupilas ya dilatadas, ya contraidas, y en ocasiones agitadas de movimientos; en ocasiones hay ligero estrabismo. A veces hay rechineo de dientes y movimientos como de masticacion. El pulso por lo regular es frecuente y el calor algo aumentado. Despues de este primer período suele sobrevenir una remision notable ó

cesacion completa de todos los síntomas que es engañosa, pues reaparecen despues con mayor violencia; así la cefalalgia es muy intensa y alterna con un coma profundo, del cual si se saca á los enfermos contestan muy despacio y con estupidez; hay delirio; la sensibilidad general y sensorial disminuyen gradualmente; la inteligencia se embota; las convulsiones, que se observan raras veces en el período anterior, se muestran en este, siendo más frecuentes en los niños pequeños que en los adultos; rara vez son generales, sino que se limitan á un lado del cuerpo. Estas convulsiones son seguidas de contracturas, ya de las extremidades superiores, ya del cuello. El extreñimiento es pertinaz, los vómitos han desaparecido, el pulso lento é irregular; la respiracion es tambien lenta, irregular y suspirosa, el calor suave. En este período hay exacerbaciones ya irregulares, ya periódicas, acompañadas de accesos febriles y delirio, que rara vez es fuerte, cuyo estado puede prolongarse por un setenario y aun más. En un tercer período dejan los enfermos de delirar, pero el coma es más profendo; la sensibilidad está generalmente abolida, la contractura es permanente ó alterna con la resolucion de todos los músculos ó los de un solo lado; á veces hay trismo y rigidez del cuello, el pulso es excesivamente pequeño y frecuente, las pupilas están dilatadas é inmóviles, los párpados caidos y medio cerrados; hay disfagia. Los paroxismos febriles se aproximan cada vez más; la fisonomía se altera; la demacracion progresa; se presentan sudores viscosos, y por fin sobreviene la muerte, ya lentamente, ya en un acceso de convulsiones eclámpsicas.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la meningitis tuberculosa es el que hemos visto en la descripcion de los síntomas; su duracion muy variable, pues aunque por lo comun no dura más que dos setenarios, se han visto enfermos que pasan del tercero, y otros que han perecido en dos ó en tres dias. La terminacion es por la muerte, pues es muy dudoso, como han asegurado algunos, que se hayan visto ejemplos de curacion en el primer período.

Anatomía patológica. En los sugetos fallecidos de meningitis tuberculosa se encuentra la aragnóides, lisa, trasparente, sin adherencias, y á veces algo pegajosa; el tejido celular subaragnóideo infiltrado de serosidad. Los ventrículos están

más ó ménos dilatados á consecuencia de un derrame de serosidad que sin embargo falta muchas veces. La pia-madre está generalmente infartada de sangre, infiltrada de serosidad, de una sustancia plástica de pus concreto y de pequeñas granulaciones miliares blancuzcas, comunmente grises y semitrasparentes, que cuando son más grandes tienen un color verdoso amarillento y todo el aspecto de la materia tuberculosa.—El número de estas granulaciones es variable y existen de preferencia en las anfractuosidades de las circunvoluciones, y sobre todo en la cisura de Silvio ó alrededor de la protuberancia y pedúnculos cerebrales, pudiendo verse tambien en la superficie de las circunvoluciones. Estas granulaciones se encuentran ya diseminadas, ya reunidas en pequeñas masas, que reblandeciéndose dan lugar á focos de materia tuberculosa semilíquida.

Diagnóstico. La meningitis tuberculosa puede confundirse con la meningitis simple; sin embargo, en esta son atacados por lo general sugetos robustos y que no presentan los síntomas de alguna afeccion tuberculosa, ocurriendo lo contrario en la meningitis tuberculosa. La simple invade repentinamente y sin prodromos, sucediendo esto raras veces en la tuberculosa. La cefalalgia es intensa en la meningitis simple, pero no presenta las exacerbaciones que la tuberculosa; en aquella el delirio es violento, y en esta por lo comun tranquilo; en la tuberculosa está las más veces algo embotado el entendimiento; la cara presenta alternativas de palidez y rubicundez. En la meningitis simple hay fiebre desde el principio, que en la tuberculosa puede faltar ó ser escasa; además de que en esta presenta el pulso irregularidades muy manifiestas. El curso de la simple es rápido y el de la tuberculosa lento é irregular. En la meningitis simple está aumentada la cantidad de fibrina de la sangre y en la tuberculosa se halla en estado normal; en aquella hay convulsiones desde el principio y en esta no. Hay sin embargo casos en que es difícil distinguir una de otra. Pudiera confundirse con una fiebre tifoidea en el caso de que esta se desarrolle con lentitud, pero la existencia ó no de los síntomas abdominales que caracterizan á la fiebre tifoidea bastarán para dilucidar la cuestion.

Pronóstico. La meningitis tuberculosa es grave, y hay que

tener muy en cuenta que presenta á veces en su curso remisiones notables para no aventurar una favorable.

Tratamiento. El tratamiento de la meningitis tuberculosa es poco seguro y escaso en resultados. Cuando el dolor de cabeza es muy intenso y hay síntomas de verdadera inflamacion meníngea, se aplican sanguijuelas detrás de las orejas, y si este medio produce buenos resultados, se hacen nuevas aplicaciones siempre que haya nuevas exacerbaciones; tambien es conveniente en semejantes casos hacer aplicaciones de agua fria á la cabeza y administrar algunos laxantes. Tambien se han aconsejado los revulsivos cutáneos, los calomelanos al interior, pero sin resultado. Niemeyer, aunque solo apoyado en dos casos favorables, recomienda el empleo del ioduro de potasio á dósis algo elevadas y continuado por largo tiempo. Tambien se ha aconsejado emplear en los primeros períodos la morfina á la dósis de 2 miligramos.

TUBÉRCULOS DEL CEREBRO.

Definicion. Es una enfermedad anatómicamente caracterizada por la presencia de tubérculos en la masa cerebral.

Etiología. Los tubérculos del cerebro son debidos á las mismas causas que determinan la tuberculosis. Son casi exclusivos de los niños, sobre todo en los que han pasado de los dos años; tambien se observan en los adultos, pero por excepcion y hasta los cuarenta y cinco años. Son más frecuentes en el sexo masculino.

Sintomatología. Los tubérculos cerebrales pueden permanecer más ó ménos tiempo latentes, pero en cierta época de su desarrollo se manifiestan por los síntomas siguientes: «Un dolor de cabeza fijo, persistente, que se exacerba á ratos hasta el punto de arrancar gritos á los enfermos, y va acompañado de vértigos, alucinaciones, lipotimias, náuseas y vómitos repetidos, gran abatimiento físico-moral é intelectual, algunos movimientos convulsivos parciales, limitados algunas veces á una parte del cuerpo ó á una extremidad; más frecuentemente convulsiones generales epileptiformes de muy corta duracion, pero seguidas de coma y reapareciendo á intérvalos más ó ménos aproximados; raras veces una paralísis

completa de uno de los lados ó de toda la parte inferior del cuerpo, el abatimiento y muchas veces la pérdida de la vista, con ó sin estrabismo; la disminucion de la sensibilidad, del tacto y del oido; tales son los síntomas, ya reunidos, ya aislados, á que dan lugar los tubérculos cerebrales. Pueden persistir durante bastante tiempo, sin que la salud se resienta en general más que por el estado caquéctico, que caracteriza la diatesis tuberculosa. Empero, ora al cabo de seis meses, ora despues de muchos años solamente, se declaran todos los síntomas de una encefalitis local; y si el enfermo no ha sucumbido de un ataque convulsivo, se presenta la paralísis completa, va acompañada de contractura, sobreviene el coma y bien pronto llega la muerte.»

Curso, duracion y terminacion. Esta enfermedad, que casi siempre se presenta como complicacion de la tuberculosis pulmonar, sigue un curso contínuo y lento, tiene una duracion media de unos seis meses desde que hacen explosion los accidentes cerebrales, y su terminacion es por lá muerte, ya lentamente en un estado comatoso, ya de un modo repentino en un acceso convulsivo.

Anatomía patológica. La forma más constante en que el tubérculo se encuentra en el cerebro es el de tubérculo amarillo crudo, desde el tamaño de un grano de mijo hasta el de una nuez; en ocasiones se presenta bajo la forma de masas reunidas del volúmen de un huevo, y aun mayores. La materia tuberculosa en el estado crudo está dispuesta en capas concéntricas y tiene un color amarillo verdoso. Los tubérculos cerebrales pueden presentar todos los grados de consistencia que se han dicho ya al ocuparse de ellos en general, pero la degeneracion cretácea es rara. Su número es variable; algunas veces uno ó dos, rara vez más de veinte. Segun Andral, ocupan más ordinariamente los hemisferios cerebrales, ya la sustancia blanca, ya la gris; se encuentran tambien en el cerebelo los tálamos ópticos, ó en los cuerpos estriados. Unas veces están enquistados, otras en contacto de la sustancia cerebral, la cual puede estar sana, pero generalmente está inflamada y reblandecida, y raras veces endurecida. La inflamacion puede extenderse á las meninges cuando el tubérculo se halla en la superficie cerebral, y producir, por la compresion que ejerce este producto morboso, la atrofia de una por-

cion del cerebro, la destruccion del hueso y un derrame seroso por la compresion de los vasos.

Diagnóstico. Para diagnosticar esta enfermedad hay que determinar la existencia de un tumor en el cerebro, lo que no es difícil teniendo en cuenta la cronicidad de la afeccion y el conjunto de síntomas que se han expuesto, y despues determinar la naturaleza tuberculosa del tumor, que no es fácil dilucidarla de un modo seguro, sino aproximativo, teniendo para esto en cuenta si el sugeto es jóven, si ha presentado signos de predisposicion ó afeccion tuberculosa, y ver si además los síntomas nerviosos no atacan á la inteligencia, como sucede en otra clase de tumores.

Pronóstico. Es gravísimo, por ser incurable la afeccion.

Tratamiento. El de los tubérculos del cerebro no puede ser curativo, sino paliativo; así los accidentes congestivos é inflamatorios se combatirán con las sangrías generales y locales, las aplicaciones de agua fria á la cabeza y los vejigatorios á la nuca. Se procurará que el enfermo tenga un género de vida arreglado y que sus deposiciones sean regulares. Para calmar los intensos dolores de cabeza se administrarán pequeñas dósis de morfina.

TÍSIS PULMONAR.

Definicion. Aunque la palabra *tisis* se ha aplicado por mucho tiempo para designar todo estado de demacracion, hoy solo sirve para denominar la afeccion tuberculosa de los pulmones.

Etiología. La de esta enfermedad es uno de los puntos más oscuros de su estudio; sin embargo, se han reconocido varias causas de la tísis. Todas las edades pueden padecer esta enfermedad, aunque la predisposicion es diversa; así que es rara antes de la primera denticion; aumenta despues de esta época; queda como estacionaria en la pubertad, y es sobre todo frecuente de los 20 á los 30 años, ménos de los 30 á los 40, y poco frecuente de los 60 en adelante. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres, lo cual acaso sea debido á otras concausas que más adelante expondremos. Se presenta en todas las constituciones y temperamentos, pero es más fre-

cuente sin embargo en los sugetos de constitucion débil, así como en aquellos cuya piel es de un blanco brillante, tienen las mejillas rubicundas, estrecho el pecho, delgado el cuello, prominentes los homóplatos y demacracion considerable; tambien están más predispuestos los sugetos de temperamento linfático. Todas las razas están igualmente predispuestas á padecer la tísis, aunque se observa con más frecuencia en los negros. La causa que más frecuentemente la determina es la herencia, así que la mayor parte de los tísicos son hijos de padres que lo fueron, ó de padres deteriorados por la edad, por enfermedades ó por abusos higiénicos. Aun cuando la tísis se observa en todos los climas, favorecen su desarrollo aquellos en que predomina la humedad y la frialdad, y aquellos en que las condiciones atmosféricas son muy variables. En cuanto á las localidades, la tísis es enfermedad ménos frecuente en las poblaciones rurales que en las ciudades y poblaciones grandes, donde se reunen un conjunto de circunstancias que deterioran las funciones de nutricion, como el lujo, la depravacion de las costumbres, la vida desarreglada y los excesos de todo género, las emociones vivas del alma, la miseria, la estrechez de las calles y habitaciones, es decir, el hacinamiento. Respecto á las localidades, se ha querido encontrar por M. Boudin cierto antagonismo entre la causa productora de las fiebres palúdicas y la tuberculosis, que hace sea poco frecuente esta en las localidades pantanosas, pero semejante asercion no está aun comprobada. La parte que las profesiones toman en el desarrollo de la tísis es algo oscura, aunque es indudable que las sedentarias predisponen más que las activas. Tambien son causas muy comunes de la tísis pulmonar los excesos venéreos, la lactancia prolongada y las pasiones de ánimo deprimentes y prolongadas; igualmente se consideran como causas de la tísis la alimentacion insuficiente, el influjo de las habitaciones húmedas, frias y mal ventiladas. Ciertos padecimientos que debilitan los actos nutritivos, pueden favorecer el desarrollo de la tísis, como la gastralgia y la dispepsia, la clorosis, las supuraciones prolongadas, la albuminuria, la diabetes sacarina, el sarampion, la fiebre catarral, la tifoidea y las flegmasías tanto agudas como crónicas del aparato respiratorio, y el Dr. Santero la ha hallado tambien consecutiva á la ténia. Las diatesis herpética

y escrofulosa vienen con frecuencia á determinar el estado tuberculoso.

Antiguamente se consideraba la tísis como contagiosa; en tiempos más modernos se desechó por completo la idea del contagio, pero recientemente se ha vuelto á considerar por algunos la tísis como contagiosa, mas no estando aun decidida esta cuestion ni habiendo podido nosotros comprobar en ninguno de los casos de tísis que hemos observado el contagio, nos inclinamos más al no contagio, sin que en la duda dejemos de recomendar á los que viven con los tísicos que tomen precauciones como si estuviese probado el contagio.

Sintomatología. La tísis se divide en dos períodos, á saber: el de crudeza y el de reblandecimiento de los tubérculos.

La tísis se anuncia por palidez de la piel, demacracion, quebrantamiento de fuerzas, tos seca, disnea al hacer ejercicios más fuertes que los comunes, varios desarreglos nerviosos, entre los que figuran la gastralgia y la dispepsia, prolongacion y aumento de intensidad en el ruido espiratorio. En otras ocasiones se da á conocer el principio de la afeccion por fluxiones de pecho ó catarros bronquiales, á los que siguen los síntomas que se acaban de exponer. En otros individuos, el primer indicio de la enfermedad que se va á desarrollar es una hemoptísis que les sorprende en medio de la mejor salud, aunque lo más frecuente es que se declare esta hemorragia como consecutiva á los demás síntomas que se acaban de enumerar. A veces, cuando la tuberculosis pulmonar es consecutiva á una enfermedad aguda de pecho ó á alguna fiebre, los síntomas torácicos siguen á los de estas enfermedades. Tambien anteceden en ocasiones los signos de las diatesis escrofulosa, herpética ó sifilítica.

En el primer período se hacen más perceptibles la palidez y demacracion; la tos es molesta, persistente, se presenta por golpes y acomete generalmente despues de comer, al acostarse y á la madrugada; hay espectoracion compuesta de esputos espumosos sero-mucosos, que despues se hacen más opacos y muchas veces abundantes. Al mismo tiempo hay una ó varias hemoptísis, disnea y opresion, que se aumentan con la tos, dolores ya vagos y lancinantes, ya fijos en varios puntos del pecho, pero más principalmente entre las escápulas, cuyos dolores tienen el carácter neurálgico cuando son vagos, y de-

penden de pleuresías parciales cuando son fijos. En este período se percibe por la percusion un sonido oscuro, que generalmente solo existe en uno solo de los dos lados, ó por lo ménos es más notable que en el otro, y ocupa la region subclavicular, la axila, la fosa supra-espinosa ó la parte superior de la fosa escapular; á veces se conserva el sonido claro, pero el dedo que percute percibe ménos elasticidad. Por la auscultacion se nota que el murmullo respiratorio es más estrepitoso y más áspero que en el estado normal, ó por el contrario, más débil, y la espiracion más prolongada, en contraposicion á lo que ocurre en el estado normal, que lo es la inspiracion; la respiracion es á veces bronquial ó de soplo; la voz resuena más en una extension variable, así como la tos; la vibracion de las paredes torácicas es ménos sensible á la presion de la mano. Además de estos fenómenos estetoscópicos se perciben al fin de este período un estertor crepitante de crujidos secos al principio, y despues cada vez más húmedos. Estos estertores generalmente solo se oyen durante la inspiracion. En este período se enronquece la voz; suele venir anorexia; en muchas ocasiones diarrea de vez en cuando; sudores nocturnos regularmente limitados á la cabeza, cuello, parte anterior del pecho y palmas de las manos; en las mujeres se disminuye, suspende y aun se suprime el flujo menstrual; se presentan en algunos individuos vómitos, que casi siempre son consecutivos á los golpes de tos, y hácia el fin de este período, que suele durar un año por término medio, se pretentan accesos febriles erráticos, principalmente por las tardes.

En el segundo período de Laennec y Louis, ó de reblandecimiento, la tos se hace más frecuente é incómoda, sobre todo por las noches; la espectoracion está compuesta de esputos opacos, verdosos, estriados de líneas amarillas ó mezclados de partículas de una sustancia opaca blanquecina parecida á granos de arroz; estos esputos son sustituidos más adelante por otros homogéneos, de forma redondeada (*numulares*), ó bien están como rasgados en su circunferencia: en época más avanzada toman un tinte gris sucio y un aspecto purulento; tanto unos como otros se hallan mezclados con esputos mucosos ó mucosidades líquidas, en las cuales sobrenadan. Cuando se abren al exterior las cavernas, la espectoracion es fácil y los esputos consisten en una papilla espesa, de un blanco amari-

llento y aun mezclados de sangre. La cantidad en que se arrojan estos esputos es muy variable. En este período hay tambien hemoptísis, pero no son tan frecuentes ni tan abundantes como en el anterior. La disnea, la opresion y los dolores torácicos son más frecuentes y van en progresivo aumento. La percusion en el vértice de uno ó de ambos pulmones da un sonido oscuro cada vez más manifiesto y mas extenso, y cuando la caverna se ha desocupado del producto que la llena, el sonido producido por la percusion puede ser algo más claro ó se parecerá al de una *olla cascada*, cuyo nombre se le ha dado. Por la auscultacion se percibe en el mismo sitio el murmullo respiratorio áspero y traqueal, ó no se percibe; déjanse oir crujidos blandos y húmedos, ó un estertor subcrepitante, que cuando los tubérculos están reblandecidos y existen cavernas se convierte en un verdadero gorgoteo (*estertor cavernoso ó de gorgoteo*), que se percibe ya en la inspiracion, ya en la espiracion, pero más generalmente en los dos tiempos á la vez. Cuando la caverna está desocupada se percibe al penetrar el aire en ella la respiracion anfórica ó cavernosa, que á veces coexiste con el tañido metálico. Cuando las cavernas son superficiales, dice Laennec que se oye una variedad de respiracion cavernosa, que llama *respiracion de fuelle*, en la que parece que el aire es atraido del oido del observador durante la inspiracion y rechazado hácia él en el acto de la espiracion. Otras veces, segun el mismo autor, parece que se agita un velo (*soplo de velo*) entre el oido y una escavacion pulmonar.

Auscultada la voz se percibe al mismo tiempo que el estertor, la broncofonia, y la pectoriloquia al propio tiempo que la respiracion anfórica. Cuando la caverna es muy pequeña ó está situada muy profundamente, de modo que está separada de las paredes torácicas por una porcion de pulmon en otras condiciones, no se obtienen los síntomas referidos. En este período la voz se apaga, se pone ronca y casi desaparece por completo; la calentura se presenta si no lo ha hecho en el primer período, y si existia ya, se aumenta y ofrece recargos vespertinos que terminan á la madrugada con sudores copiosos de medio cuerpo arriba y debilidad profunda. La piel es de una palidez mate, soliendo presentarse chapetas en las mejillas; la esclerótica es azulada; la demacracion es grande

y se marcan de un modo muy notable todos los huesos de la cavidad torácica, notándose en la region subclavicular una depresion muy perceptible y que las primeras costillas están poco ó nada movibles en el acto de la respiracion. La lengua casi siempre está limpia, algunas veces rubicunda y sucia; la sed es variable y algunas veces intensa; el apetito disminuye, y en algunos casos hay anorexia completa; muchas veces hay vómitos molestos; la diarrea se aumenta, y en época algo avanzada se hace colicuativa; en la orina aparecen nubéculas de materia grasosa eliminada; los sudores se hacen profusos y fétidos, las fuerzas se aniquilan, sobreviene edema en las extremidades inferiores y por fin el enfermo perece. Antes de terminar con la descripcion de los síntomas debemos de hacer notar dos particularidades que se observan en los tísicos; una es el carácter moral de los enfermos, que al contrario de lo que sucede en los sugetos que padecen males crónicos, la mayor parte tienen halagüeñas esperanzas de curacion y les sorprende la muerte sin creerlo; otra es la disposicion particular de las uñas de la última falange de los dedos, la cual se presenta abultada en su extremidad y la uña está como levantada hácia la raiz, está más ó ménos aplastada trasversalmente, y se encorva con fuerza de delante atrás.

Variedades. Laennec habia establecido cinco variedades: la tísis *regular manifiesta*, que es aquella que sigue el curso ordinario que queda descrito; la *irregular manifiesta*, que es aquella en que los tubérculos empiezan en otros aparatos, ó cuyos síntomas se manifiestan antes que los de la tuberculacion pulmonar; la *latente*, la que no se manifiesta sino por demacracion, diarrea y fiebre héctica, existiendo tubérculos en los pulmones y cavernas sin tos ni esputos, pero si se explora el pecho se encuentra algun signo positivo ó de auscultacion y percusion; la *aguda*, que es aquella en que recorre su curso en dos ó tres meses, y aun en un mes ó ménos, despues de haber permanecido latente mucho tiempo, estallando de pronto los síntomas, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de una enfermedad intercurrente y notablemente de una pleuresía, un sarampion ó una fiebre tifoidea; en estos casos sobrevienen de pronto dolores de pecho, tos pertinaz, fiebre aguda, demacracion rápida; en otros casos la tísis aguda solo se da á conocer por calentura intensa, mucha opresion y los signos

físicos de un catarro pulmonar agudo (*tísis catarral*). En otras ocasiones se presenta, segun Andral, una forma de tísis aguda, que solo se caracteriza por una disnea creciente y semejante á las afecciones orgánicas del corazon, que cuando más se acompaña de una tos poco notable sin espectoracion particular. Por fin la tísis *crónica* de Laennec, que es aquella que verifica su desarrollo por alternativas de remision y recrudescencia, en los que se tardan algunos años.—Los alemanes admiten dos formas de la enfermedad: la *tórpida* ó desarrollada en un estado constitucional análogo al linfatismo, y la *erética* cuando recae en condiciones análogas al neurosismo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la tísis es generalmente lento y contínuo; sin embargo, ya hemos visto que en algunas ocasiones sigue un curso agudo, y en otras, aunque el curso es crónico, se observan algunas veces mejorías notables, que al cabo de algun tiempo más ó ménos largo son seguidas de nuevos accidentes. Segun Bayle, se suelen observar en la clase acomodada de la sociedad casos en que, despues de un período de recrudescencia de la enfermedad, se alivian notablemente los enfermos y aun recuperan las fuerzas y el apetito hasta una nueva recrudescencia. La duracion de la tísis es muy variable, pues puede durar desde un mes hasta cuarenta años, aunque por término medio dura de uno á dos años. Segun Louis, dura ménos en las mujeres que en los hombres. La terminacion más constante de la enfermedad es por la muerte, ya lentamente, á consecuencia del marasmo, ya de un modo más repentino, á consecuencia de una enfermedad intercurrente como una meningitis, una otitis, una pulmonía, una pleuresía, una peritonitis, una laringitis ulcerosa, una hemoptísis fulminante, ó por los accidentes que ocasiona una perforacion pulmonar; otros fallecen en un estado de síncope. Algunas veces termina la enfermedad por la curacion, la cual puede efectuarse cuando todavía existen los tubérculos en estado crudo, ó bien despues de reblandecidos y evacuados; en el primer caso se enquistan ó bien experimentan la trasformacion cretácea, y en el segundo, despues de evacuado el producto morboso, la caverna que queda se oblitera por un verdadero trabajo de cicatrizacion. Segun Boudet y Guillot, la terminacion puede verificarse depositándose moléculas carbonosas alrededor de los tubérculos, ó bien

en el contorno de las cavidades que suceden á su evacuacion, aislando el producto morboso.

Complicaciones. Estas son: ulceraciones de los conductos aéreos y del tubo digestivo, peritonitis crónicas con tubérculos en las falsas membranas, meningitis tuberculosa, perforaciones pulmonares, flujos crónicos por el conducto auditivo externo, tuberculizacion de los ganglios bronquiales y mesentéricos en los niños. Como enfermedades intercurrentes se presentan especialmente la pulmonía, que ofrece poca gravedad y termina generalmente de una manera favorable, y la pleuresía, que cuando tiene cierta extension ejerce una influencia fatal en el curso de la tísis.

Anatomía patológica. La materia tuberculosa presenta en los pulmones la mayor parte de los caractéres generales que se han asignado á este producto morboso. Los tubérculos se presentan en el pulmon en el estado de granulacion miliar aislada ó de infiltracion. Las granulaciones unas veces se encuentran esparcidas en todo el pulmon, otras solo en una parte de él, que generalmente es el vértice; se muestran de un color agrisado semi-trasparente; más tarde oscuras y amarillentas interiormente, y en época más avanzada blanco-amarillentas en todo su espesor, es decir, verdaderos tubérculos. Al examinar el pulmon se ven estas gradaciones de la lesion, hallándose en el vértice del órgano el grado más avanzado y el ménos en la base. Otras veces la materia gris semitrasparente, en lugar de presentarse bajo la forma de granulaciones, lo hace bajo la de masas irregulares, y en ocasiones consiste la lesion en una sustancia gelatiniforme, gris, homogénea y semitrasparente. Estas granulaciones crecen hasta adquirir el volúmen de un guisante pequeño, que es el que tienen comunmente, y tienen su asiento, ya en los últimos bronquios, ya en las vexículas pulmonares, ya en el tejido celular interlobular. Cualquiera que sea el aspecto bajo el que se presente el tubérculo pulmonar, crece comprimiendo y atrofiando el tejido pulmonar, y al cabo de más ó ménos tiempo se reblandece del centro á la periferia y se forman en el tejido de los pulmones cavidades llenas de una papilla amarillenta ó materia puriforme que se conocen con el nombre de *cavernas*. Estas escavaciones, cuyas dimensiones varian desde el volúmen de una avellana hasta el de una manzana, son

redondeadas, iguales, ó bien desiguales y anfractuosas y atravesadas por bridas y restos de tejido pulmonar. Las paredes de las cavernas son resistentes, formadas por tejido pulmonar endurecido é infiltrado de granulaciones, de tubérculos crudos ó reblandecidos; su superficie interna está cubierta de una falsa membrana blanda, cuando son recientes, y gruesa, densa, á veces cartilaginosa, cuando son antiguas, pudiendo faltar en algunos casos; los bronquios destruidos se abren directamente en las escavaciones; la materia contenida en estas es gris ó verdosa y sin olor, ó con un olor fétido. Las cavernas mayores y más antiguas se ven en el vértice de los pulmones; pueden cicatrizarse, en cuyo caso, ó se encuentra en el vértice del pulmon una cavidad anormal redondeada, tapizada por una falsa membrana más ó ménos densa y seca, que contiene aire ó un líquido sero-mucoso, ó algunos restos de materia tuberculosa, y que generalmente está en comunicacion con bronquios de calibre notable, ó el pulmon está enteramente adherido á la pleura costal por un tejido celular denso, algunas veces deprimido y cubierto de una especie de placa fibro-cartilaginosa más ó ménos gruesa. A veces se encuentra la escavacion llena en parte ó en totalidad de materia cretácea ó calcárea. Otras veces la falsa membrana de la escavacion se trasforma en un tejido fibro-cartilaginoso, sobre el que se contrae y aun puede obliterarse la caverna. En fin, ciertas escavaciones pueden contraerse, obliterarse y dejar solo en su lugar una línea celular ó célulofibrosa.

Los tubérculos pueden tambien encontrarse trasformados en una sustancia cretácea calcárea, y aun á veces ósea. Observados los vasos sanguíneos en los pulmones tuberculosos se ve que los ramillos de la arteria pulmonar se obliteran alrededor y á cierta distancia de las granulaciones y tubérculos, y á medida que esto sucede se van desarrollando nuevos vasos arteriales, suministrados por las arterias bronquiales y aun intercostales. En algunos casos se encuentran en los pulmones de los tísicos vestigios de pulmonía reciente y formacion de falsas membranas infiltradas de serosidad, ó tubérculos que establecen adherencias del pulmon á las pleuras. Se observan tambien ulceraciones pequeñas y en número variable en la tráquea, rara vez en la laringe, y por excepcion en

la faringe y el esófago. Los ganglios bronquiales pueden contener tubérculos crudos ó reblandecidos. El corazon está adelgazado, como todos los demás músculos, y aun en ocasiones sufrir la degeneracion grasosa. En la boca y faringe se encuentra á veces una inflamacion diftérica con erosion del cuerpo mucoso. El estómago está generalmente dilatado y su mucosa ser asiento de una inflamacion con tumefaccion y reblandecimiento. La mucosa de los intestinos delgados puede estar engrosada, adelgazada, reblandecida é inyectada; pero generalmente se ven debajo de ella granulaciones que, reblandeciéndose, dan lugar á úlceras pequeñas, y á veces profundas, que pueden ocasionar perforaciones y aun una peritonitis. El hígado experimenta muchas veces la trasformacion grasosa. El bazo, riñones y útero generalmente se encuentran sanos, pero en algunos casos se ha encontrado contenian tubérculos. En la cavidad craniana se encuentran algunas veces granulaciones miliares en la pia madre.

Diagnóstico. El diagnóstico de la tísis es difícil en el primer período de la enfermedad; sin embargo, la herencia, la predisposicion constitucional, la tos sobrevenida sin causa apreciable, sea por espacio de muchas semanas ó acompañada de la espectoracion de esputos claros, espumosos y blancos, la hemoptísis repetida que no es traumática, ni supletoria de una hemorragia constitucional, ni sintomática de una gangrena ó de un carcinoma de los pulmones, la disminucion del ruido respiratorio en el vértice de uno de los pulmones, la demacracion, los sudores nocturnos y parciales en la cabeza, pecho y palmas de las manos, la diarrea y signos estetoscópicos y de percusion como la existencia en el vértice del pulmon de una espiracion algo prolongada y un poco dura, de algo de broncofonia y de algunos chasquidos contribuyen á ilustrar el diagnóstico. En el segundo período no ofrece duda ninguna el diagnóstico por la existencia del soplo bronquial, los estertores húmedos debajo de la clavícula, la resonancia de la voz, el estertor cavernoso, el gorgoteo, el ruido de olla cascada, la respiracion anfórica, el tañido metálico y los esputos numulares. En un principio pudiera creerse en la existencia de la clorosis, de la hipocondría ó de una fiebre héctica dependiente de otras enfermedades; pero los signos locales son suficientes para fundar el diagnóstico. Tambien pudiera

caber la duda de si se trataba de la tísis ó de un catarro crónico, pero en la tísis los signos estetoscópicos se notan en el vértice del pulmon al paso que en los catarros se notan en la parte posterior é inferior del pecho. Tampoco se podrá confundir una tísis aguda con una pulmonía, una pleuresía ó una bronquitis capilar, porque en ella no se observa ninguno de los síntomas característicos de las citadas enfermedades. Atendiendo al olor gangrenoso, al aspecto de los esputos y al curso de la enfermedad se distinguirá una escavacion dependiente de la gangrena pulmonar de la caverna tuberculosa.

Pronóstico. El pronóstico de la tísis pulmonar es muy grave, pues los casos de curacion son demasiado raros. En igualdad de circunstancias es más grave la tísis hereditaria que la adquirida.

Tratamiento. Aun cuando, como ya hemos visto, es posible la curacion de la tísis en algunos casos, tambien es lo cierto que el arte no posee ningun medio seguro para conseguir este resultado y que tenemos que limitarnos á un tratamiento paliativo. Como medio de reparar ó reconstituir la fuerza plástica que está disminuida en los tísicos, se empleará la dieta láctea y la compuesta de sustancias albúmino-fibrinosas; se recomendará la permanencia en un clima de aire puro y templado, y donde reine una temperatura igual, pudiendo con este objeto trasladar los enfermos durante el invierno al clima templado de Orotava en las islas Canarias, Málaga y sus pueblos limitrofes, Javacalquinto en la provincia de Jaen, á los alrededores de Sevilla, á Múrcia y á Elche, á las Palmas; sin embargo, en el verano no es conveniente á los enfermos de esta clase vivir en climas y localidades cálidas, que los suelen debilitar, y entonces es preciso hacerlos trasladar á las templadas, como son los puntos de sierra. En el extranjero pueden recomendarse Niza, Pisa y la isla Madera. Al mismo tiempo que se rodea al enfermo de estas circunstancias higiénicas, se le recomendará que haga un ejercicio moderado, que se abstenga de los placeres sexuales y evite toda clase de causas capaces de producir pérdidas en su organismo. Con el mismo fin de fortalecer su constitucion se emplearán los tónicos como la quina y la genciana, y de preferencia el líquen, porque tambien es analéptico, y los reconstituyentes como el aceite de hígado de bacalao. Además de estos medios, son de

reconocida utilidad en la tísis incipiente las aguas minerales, usándose las nitrogenadas de Panticosa y las salino-nitrogenadas de Caldas de Oviedo en los sugetos irritables, y en las tísis llamadas eréticas; las sulfurosas de Ontaneda y Alceda, las de la Puda, y las de Cervera del Rio Alhama en los linfáticos ó escrofulosos y en las tísis llamadas tórpidas. Los viajes por mar tambien han sido útiles en algunos casos de tísis. Para combatir esta enfermedad han empleado algunos los antiflojísticos, pero son más bien perjudiciales que útiles por lo que debilitan, y solo puede emplearse en las regiones superiores del pecho la aplicacion de doce sanguijuelas cuando existe un estado fluxionario y flojístico agudo.

Se han empleado tambien vejigatorios, fuentes y sedales en los mismos puntos y fricciones con la pomada estibiada, los que usados de un modo permanente son perjudiciales porque debilitan inútilmente á los enfermos, pero que pueden servir para resolver los efectos de la fluxion pulmonar cuando se usan por tiempo limitado. Se ha recomendado como medio curativo el cloro en fumigaciones; pero sobre ser ineficaz, tiene el inconveniente muchas veces de excitar la tos, provocar hemoptisis y desarrollar la fiebre. El Dr. Amadeo Latour recomendó, como excelente medio para curar la tísis, el cloruro de sódio, administrado á dósis progresiva de 2 á 8 gramos diarios, en el caldo, en el pan ó por el intermedio de la leche de una cabra, que lo habia de tomar en la comida; pero este medicamento no ha dado resultados y está abandonado. Los arsenicales, que han sido recomendados por algunos, y entre ellos Trousseau, indudablemente tienen alguna accion cuando la tísis recae en sugetos herpéticos, sucediendo lo mismo con los sulfurosos. Se han empleado tambien contra esta enfermedad el ioduro de potasio á la dósis de 50 centígramos á 3 y 4 gramos; el ioduro ferroso, en píldoras ó en jarabe, á la dósis de 1 á 10 centígramos, y el jarabe de rábano iodado; pero estos preparados iódicos, que solo son útiles en la tísis consecutiva á la escrofulosis ó que recae en sugetos linfáticos, son perjudiciales en los demás casos. Ultimamente se han encomiado por el Dr. Churchil los hipofosfitos alcalinos á la dósis de 50 centígramos á 3 gramos; pero de las observaciones recogidas por varios profesores se deduce que no tienen ninguna accion específica contra la tísis; nosotros solo

hemos obtenido de su administracion modificar en los primeros dias los sudores nocturnos y disminuir la espectoracion, pero pasados algunos dias volvian á tomar estos síntomas intensidad. Tambien se han aconsejado las fumigaciones de benjuí, bálsamo de Tolú, estoraque, brea y aun trementina, así como la aspiracion de los vapores del iodo y de ciertos gases, como el oxígeno, el ácido carbónico y el cloro, como ya queda dicho; pero su accion es muy dudosa, así como la del uso de los cigarrillos arsenicales y los calmantes hechos con la belladona, extramonio, etc. Una de las aplicaciones de la aspiracion de ciertos gases es la recomendacion que desde antiguo se hace de colocar á los tísicos en establos de vacas, la que ha sido útil en muchos casos, porque el aire es templado y poco excitante á causa de estar muy cargado de ázoe y ácido carbónico, mas este solo es un medio paliativo. Tambien se ha tratado de introducir en los bronquios y en las vexículas pulmonares diversas sustancias medicamentosas por medio de los aparatos pulverizadores, pero este medio no está suficientemente comprobado. Con el objeto de aumentar la hematosis se ha ideado sujetar á los enfermos á la accion del aire comprimido, colocándolos en aparatos construidos á propósito, pero de este medio hay que decir lo mismo que del anterior. De todos los medicamentos recomendados para la tísis el aceite de hígado de bacalao es el que produce mejores resultados, no solo por la parte analéptica que contiene, sino tambien por los alterantes y resolutivos que entran en pequeñas cantidades en su composicion; pero para obtener de él estos buenos resultados es preciso darle á la dósis de 15 gramos, dos veces al dia, en la forma que mejor tolere el enfermo.

Para combatir la tísis, además de los medios que quedan expuestos se emplean otros dirigidos contra los síntomas predominantes. Para modificar el estado catarral que acompaña á la tuberculosis son útiles los balsámicos, prefiriendo el jarabe de bálsamo de Tolú y el agua concentrada de brea, que pueden tomarse en un cocimiento de líquen á la dósis de un cortadillo de este y una cucharada de los medicamentos citados, y cuando haya necesidad de combatir el eretismo general se les asocian los calmantes, como el extracto tebáico ó la morfina. Para atacar la tos se emplean los calmantes, sobre

todo por la noche, dando el extracto acuoso de ópio y las sales de morfina en emulsion, mistura ó píldoras, los cuales son preferibles al estramonio, el beleño y el felandrio acuático, que han recomendado algunos. Los dolores torácicos se combaten con una aplicacion de sanguijuelas en corto número cuando dependen de una flegmasía de la pleura, y con uno ó varios vejigatorios aplicados *loco dolenti* cuando dependen de una neuralgia intercostal. Cuando sobrevienen hemoptísis se recomienda la quietud, la dieta moderada, los astringentes, como el extracto de ratania, el catecú, las píldoras de alumbre y mejor la mistura astringente de Sylvio, los pediluvios sinapizados ó los sinapismos volantes á las extremidades superiores; cuando recae en un sugeto robusto conviene hacer una aplicacion de sanguijuelas mejor que una sangría. Para combatir los sudores se ha aconsejado por Fourquier el sub-acetato de plomo á la dósis de 5 á 10 centígramos por la noche; tambien se ha recomendado el agarico blanco á la dósis de 25 á 50 centígramos. La diarrea se combate con el régimen suave, las bebidas mucilaginosas, el cocimiento de arroz, el cocimiento blanco, ya simple, ya diascordiado, el sub-nitrato de bismuto y las lavativas amiláceas laudanizadas. Cuando hay opresion y depende del acumulo de esputos en la tráquea, se dispondrá la infusion de polígala, el quermes ó la ipecacuana, á dósis fraccionada, y si depende de otra causa se usarán sinapismos á las extremidades inferiores, ó administrando el ópio y el ácido cianhídrico. Aun cuando la fiebre sintomática tome un tipo remitente, no hay que combatirla con los antitípicos, pues no tienen sobre ella ninguna accion, y por el contrario aumentan su intensidad.

El tratamiento profiláctico de la tísis requiere que á los individuos predispuestos se les entregue á una buena nodriza que les lacte desde el nacimiento, les someta desde su más tierna edad á un régimen tónico, compuesto de alimentos nutritivos, se les haga vivir en el campo, se les recomiende los ejercicios gimnásticos, los baños frescos y de mar, se les haga vivir durante el invierno en alguna poblacion del Mediodía; tambien se les evitará en lo posible de la influencia de las causas ocasionales de la tísis.

TABES MESENTÉRICA.

Definicion. La tabes mesentérica es una enfermedad anatómicamente caracterizada por la tuberculizacion considerable de los ganglios mesentéricos, que determina demacracion, fiebre héctica y marasmo.

Sinonimia. Esta enfermedad ha recibido los nombres de atrofia mesentérica, escrófulas mesentéricas, tísis mesentérica, fisconia.

Etiología. La tabes mesentérica es poco comun en el adulto; es casi propia de la infancia; se presenta sobre todo de los tres á los diez años y es muy rara de los doce á los quince. Sus causas son las de la diatesis tuberculosa.

Sintomatología. La tabes mesentérica empieza, por lo general, de un modo oscuro y despues de prodromos vagos, como son palidez, apetito exagerado que alterna con anorexia, así como la diarrea con el extreñimiento. La enfermedad se caracteriza despues por signos en ocasiones de tuberculizacion en otros órganos; aumento gradual del volúmen del vientre, y cuando las paredes de este se dejan deprimir se perciben por la palpacion tumores situados al nivel de la region umbilical ó hácia los vacíos, indolentes á la presion, más ó ménos voluminosos, redondeados, duros, desiguales, fijos ó movibles. Algunas veces hay dolores fijos y sordos, que existen en el vientre ó se propagan en la direccion de los nervios ciáticos. El apetito unas veces es nulo, otras natural, pero por lo general irregular; la lengua está húmeda y limpia; la sed es variable: generalmente no se presentan vómitos. Por lo comun hay diarrea abundante y fétida, ya contínua, ya alternando con el extreñimiento. Cuando la enfermedad avanza la demacracion que ya existia hace progresos; el volúmen del vientre aumenta; se forma en él un derrame ascítico poco considerable y sus venas superficiales se presentan dilatadas; sobreviene edema de las extremidades inferiores, se desarrolla la fiebre héctica y hay una extrema debilidad. Hay casos en que la tabes puede permanecer latente durante todo su curso.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de la tabes mesentérica es lento; su duracion de años enteros. La termi-

nacion es por la muerte; pero cuando los tubérculos se limitan á los ganglios mesentéricos y no los hay en otros órganos, suele terminar por la curacion, ó al ménos permanecer estacionaria por mucho tiempo.

Anatomía patológica. En la tabes mesentérica se encuentran los ganglios mesentéricos más voluminosos, de un tamaño desde el de un guisante hasta el de un huevo; se encuentran reunidos entre sí, formando una masa dura, abollada, poco movible, colocada delante de la columna vertebral, comprimiendo á veces la aorta y la vena cava inferior. La degeneracion tuberculosa de estos ganglios presenta las mismas fases que en los demás órganos; así hay granulaciones grises semitrasparentes y materia tuberculosa amarilla. Pueden reblandecerse los tubérculos ó experimentar la trasformacion cretácea. Están rodeados de un tejido celular indurado. El peritoneo está intacto, pero generalmente se observan tubérculos en otros órganos, especialmente en los pulmones. Tambien suele existir una enteritis tuberculosa con ulceracion.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta enfermedad es difícil, porque los síntomas de la enfermedad pueden presentarse en otras; sin embargo, la edad de los sugetos, la existencia de tumores en la region umbilical y, segun Barthez y Rilliet, la dilatacion de las venas del abdómen cuando se extiende hasta el pecho y no hay tumefaccion morbosa del hígado ó signos de peritonitis crónica, sirven para formar el diagnóstico, pues la tumefaccion del vientre, á la que á veces se ha dado importancia, no la tiene, porque puede depender de otras causas. No es fácil que induzcan á error los tumores fecales, porque estos residen en el vacío ó fosa iliaca izquierda y desaparecen bajo el influjo de un purgante.

Pronóstico. Este es grave; sin embargo, cuando no hay tubérculos en ningun otro punto del cuerpo, y además no hay síntomas generales graves, puede tener la enfermedad una terminacion feliz.

Tratamiento. El tratamiento consiste principalmente en los medios higiénicos; así se usará de una alimentacion tónica, compuesta de alimentos que contengan en poco volúmen la mayor cantidad de principios nutritivos; se hará respirar al enfermo un aire puro, se procurará que goce del benéfico influjo del sol, y se reanimarán las funciones de la piel con los baños salados ó aromáticos. Al interior se usarán los tónicos y ferruginosos y el aceite de hígado de bacalao. Tambien se han recomendado el hidroclorato de barita, el iodo y los sulfurosos.

DIATESIS CANCEROSA.

Definicion. Es un estado particular del organismo que da orígen á la formacion y evolucion de un producto morboso especial y anómalo, conocido con el nombre de *cáncer*, que se desarrolla aislada ó simultáneamente en uno ó varios órganos internos ó externos, bajo la forma de tumores más ó menos consistentes, abollados en su superficie, dolorosos, con tendencia á ensancharse, extenderse, reblandecerse y ulcerarse, y caso de haberse extirpado, á reproducirse en el mismo sitio ó en otros órganos, produciendo en una época avanzada de su curso una alteracion constitucional conocida con el nombre de *caquexia cancerosa*.

Division. El cáncer, segun las formas exteriores que presenta, se puede considerar dividido en cuatro tipos: el *escirro*, el cáncer *encefalóideo* ó fungus medular, el cáncer *melánico* ó melanosis, y el cáncer gelatiniforme ó *colóideo*, de cuyas formas nos ocuparemos al tratar de la anatomía patológica.

Etiología. Las causas de la diatesis cancerosa son oscuras; se trasmite por herencia, acomete á todas las edades; pero la en que se presenta con más frecuencia es en la adulta, la crítica y la primera vejez. Favorecen su desarrollo de un modo notable las pasiones tristes, los disgustos violentos y prolongados, las violencias exteriores y la irritacion habitual de ciertos órganos; pero generalmente se desarrolla de un modo lento y espontáneo, sin que pueda comprobarse la existencia de una causa excitante. El cáncer no es contagioso. Esta enfermedad sobreviene en sugetos herpéticos, sifilíticos y escrofulosos, cuyos vicios ocasionan el desarrollo de la diatesis, pero no son su causa.

Sintomatología. Ocupándonos del cáncer solo bajo el punto de vista médico, diremos que los síntomas locales que produce son, además de la perturbacion funcional del órgano que com-

promete, dolores la mayor parte de las veces muy vivos, lancinantes, terebrantes, muy violentos en algunos casos, generalmente contínuos, pero con exacerbaciones irregulares, que en ocasiones pueden por su intensidad y persistencia determinar delirio y convulsiones. Estos dolores son fugaces al principio, constantes despues y algunas veces faltan del todo; unas veces dependen estos dolores del mismo órgano afecto, y otras provienen de la compresion ó tirantez de los nervios que rodean el tumor canceroso. Cuando el cáncer está avanzado, es decir, cuando se reblandece y ulcera, se presentan hemorragias de los órganos en que reside la enfermedad, las cuales tambien se suelen presentar antes de esta época, y en este caso se verifican por exhalacion y no por erosion de un vaso, como sucede en el caso anterior. Las sustancias excretadas por las vías digestivas, las respiratorias y las génito-urinarias pueden presentar caractéres especiales que den á conocer la existencia del cáncer. Los ganglios linfáticos próximos se infartan y se ponen doloridos. Cuando el cáncer se reblandece y ulcera, y algunas veces antes, se inficiona la economía y se presenta el conjunto de síntomas que constituyen lo que se ha llamado *caquexia cancerosa*, la cual se demuestra por la palidez térrea de la piel ó el tinte amarillo de paja característico, la demacracion extremada, la pérdida de las fuerzas, el desarreglo de las digestiones, el edema de las extremidades, la diarrea colicuativa y la fiebre de carácter ataxo-adinámico, que es precursora de la muerte.

Curso, duracion y terminaciones. Su curso es lento, pero progresivo; puede permanecer estacionario mucho tiempo, pero cuando se reblandece y ulcera camina siempre con más prontitud. El cáncer empieza por lo general en un punto circunscrito, mas tiene tendencia á propagarse á las partes inmediatas, y algunas veces lo hace á distancia del punto primitivamente afecto, presentándose tumores cancerosos en órganos distantes. La duracion del cáncer es indeterminada, aun cuando por término medio es de un año; sin embargo, hay casos en que la duracion es solo de dos ó tres meses, y en otros de varios años. La terminacion casi constante de la enfermedad es por la muerte, y se citan casos muy raros de haberse resuelto los escirros, y otros tambien raros en que la gangrena los ha destruido antes que se presentase el estado caquéctico.

Anatomía patológica. El cáncer es un producto morboso anómalo, compuesto principalmente de una sustancia fibrinosa amorfa, granulaciones moleculares grasosas, núcleos libres y grandes, células redondeadas, ovales, prolongadas y aun caudadas; vasos sanguíneos arteriales y venosos procedentes de los tejidos próximos ó de nueva formacion, y por último un jugo viscoso especial blanquecino. No estando bien demostrados los datos que suministra el estudio microscópico de los elementos del cáncer, nos abstenemos de reproducir las distintas explicaciones de los micógrafos.—El cáncer reviste diversas formas, que vamos á estudiar separadamente.

El *escirro* es la forma en que predomina la textura fibrosa; se presenta bajo la forma de tumores, redondeados, duros, cartilaginosos á veces y aun lapídeos, que cuando se les quiere cortar con el escalpelo rechinan, de un color blanquecino ligeramente azulado, y presentando su corte un color blanco-azulado lechoso, traslucido, opalino brillante, y otras opaco, blanco-amarillento ó gris, dejando trasudar un líquido blanquecino y cremoso que ha recibido el nombre de *jugo canceroso*.—El escirro es liso ó desigual en su superficie; en su principio es por lo regular circunscrito y movible, pero más adelante adquiere adherencias. El escirro se reblandece y se asemeja al encefalóides, y la solucion de continuidad que se forma despues del reblandecimiento es agrisada, con fungosidades azuladas; está bañada de un líquido icoroso, ácre y fétido, y raras veces da lugar á hemorragias, ó son estas poco considerables. Los bordes de esta úlcera son duros, revueltos hácia fuera ó cortados perpendicularmente. El escirro afecta los órganos glandulares y generalmente los que contienen mucho tejido célulo-fibroso, sin que por eso deje de presentarse tambien en los demás, aunque no con tanta frecuencia.

El cáncer *encefalóides* ó *medular* ó *cerebriforme* es aquel en que hay un predominio exclusivo del elemento celular y vascular; cuando está en estado de crudeza se presenta en forma de masas de volúmen variable, blancas, semi-traspparentes, aparentando la densidad del tocino y presentando un corte granuloso y fibrinoso; comprimiéndole da salida á un líquido blanquecino de aspecto lechoso; cuando está reblandecido es blando, pastoso y da á veces la sensacion de fluctuacion; si se le divide se presenta bajo la forma de una pul-

pa casi homogénea de color blanco, que tira más ó ménos al de rosa. El encefalóides contiene un número abundante de vasos y está formado por una trama célulo-fibrosa, en cuyos intersticios se deposita la materia blanca cerebriforme. El tejido encefalóides está generalmente infiltrado en la trama de los órganos y raras veces enquistado; puede adquirir dimensiones enormes, se reblandece con rapidez y á este reblandecimiento sucede pronto la ulceracion, cubriéndose la superficie de las úlceras de fungosidades sanguinolentas (*fungus hematodes*), de las que fluye un licor fétido y de las que se desprenden de vez en cuando grandes colgajos. El cáncer encefalóideo puede invadir casi todos los tejidos y órganos, y como es tan vascular da con preferencia orígen á hemorragias pertinaces.

El cáncer *melánico* consiste en la combinacion de granulaciones pigmentosas negras con el tejido escirroso ó encefalóideo, al que comunica un color gris ó negro.

El cáncer *colóideo ó gelatiniforme* consiste en la presencia de una sustancia gelatiniforme, trasparente, amorfa ó compuesta de corpúsculos granulosos, ya incolora, ya amarillenta, naranjada ó rojiza y contenida en espacios celulares de paredes muy delgadas.

El escirro y el encefalóides son expresion de una misma diatesis aunque tienen caractéres objetivos distintos.

Diagnóstico. El diagnóstico del cáncer tiene que fundarse en la edad de los sugetos, la disposicion hereditaria, los demás datos etiológicos, la forma lancinante del dolor, la existencia de uno ó varios tumores abollados, su reblandecimiento y ulceracion, el tinte amarillo paja de la piel y los demás signos de la caquexia cancerosa.

Pronóstico. El pronóstico de las enfermedades cancerosas es grave por ser incurables.

Tratamiento. El tratamiento del cáncer tiene que ser solamente paliativo, debiendo limitarnos á sostener las fuerzas del enfermo por medio del régimen, colocarlo en buenas condiciones higiénicas, mantener el órgano enfermo en quietud, preservarle de toda violencia exterior, separar todo estímulo que pueda activar la marcha de la enfermedad, calmar los dolores con el ópio interior y exteriormente, cohibir las hemorragias con los astringentes, la compresion y la cauterizacion. Varios medicamentos se han considerado con virtudes anti-cancerosas, pero la experiencia no lo ha confirmado, y hoy solo se emplean contra el cáncer el arsénico, el mercurio y la cicuta. Los revulsivos, las pomadas fundentes y todos los demás topicos son más bien perjudiciales que útiles. De la destruccion del cáncer por medio de los cáusticos ó del instrumento cortante no nos ocupamos por pertenecer á la patología quirúrgica.

CÁNCER DEL CEREBRO.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en el desarrollo del tejido canceroso en el cerebro.

Etiología. Puede presentarse en todas las edades, aunque, segun Andral, es más frecuente pasados los 44 años: no se sabe cuáles son las causas que determinan la accion de la diátesis cancerosa en el cerebro.

Sintomatología. El cáncer del cerebro puede permanecer latente por espacio de bastante tiempo, pero en otras ocasiones produce cefalalgia general ó circunscrita, fija ó movible, contusiva unas veces, muy intensa otras; con el calor y la presion exterior unas veces se agrava, otras se calma. En algunos casos raros está exaltada la sensibilidad general; en otros casos los enfermos se quejan de dolores intensos, reumatóideos ó parecidos á las neuralgias. Hay lesiones de los sentidos, como debilidad ó abolicion de la vista ó el oido: algunas veces hay diplopia con estrabismo ó sin él; el olfato y el gusto no suelen sufrir alteracion. En esta enfermedad hay paralísis, ya del sentimiento, ya del movimiento, ya parciales de un lado del cuerpo, ya generales, que por lo regular son incompletas y se verifican de pronto ó gradualmente. En esta enfermedad, uno de los síntomas más frecuentes son las convulsiones, que una vez simulan accesos epilépticos, otras son parciales y se limitan á un miembro ó á un solo lado de la cara; otras presentan un carácter coréico; á veces alternan las convulsiones con las paralísis. La mayor parte de los enfermos pierden la memoria y el juicio, y otros presentan delirio. Las funciones digestivas y la nutricion no sufren alteracion sino muy adelantada la enfermedad, que enflaquecen,

se demacran y algunos padecen vómitos, hasta que por fin sobreviene la muerte.

Curso, duracion y terminaciones. El curso es contínuo y lento; la duracion es indeterminada; la terminacion por la muerte, que sobreviene de repente ó en un acceso convulsivo, ó á consecuencia de una complicacion cerebral.

Anatomía patológica. La variedad más frecuente del cáncer del cerebro es encefalóideo, siendo tambien bastante frecuente el escirroso y rarísimo el colóideo. Ocupa sobre todo los hemisferios cerebrales, y se presenta bajo la forma de tumores de volúmen variable, ya en número de uno, ya en el de varios diseminados. El cáncer unas veces está enquistado, otras engastado en medio de la pulpa nerviosa, la que unas veces está inyectada y endurecida, y lo más comunmente reblandecida. Cuando el tumor está cerca de la superficie están comprimidas las circunvoluciones cerebrales, y cuando tiene su asiento en la superficie, las membranas pueden estar inflamadas, engrosadas ó alcanzarles la degeneracion cancerosa, así como tambien á los huesos.

Diagnóstico. El diagnóstico del cáncer del cerebro es difícil porque los síntomas que le corresponden no son suficientes para caracterizarle, habiendo que acudir á los signos conmemorativos y á la presencia ó ausencia de ciertos signos generales propios de tal ó cual diatesis para saber qué clase de tumor existe en el cerebro.

Pronóstico. Es grave por ser la enfermedad incurable.

Tratamiento. Tiene que ser paliativo, y en su consecuencia se prescribirá al enfermo un régimen suave, vida tranquila y abstinencia de bebidas estimulantes. Es conveniente mantener el vientre libre, y si hay dolores intensos administrar el ópio ó aplicar una docena de sanguijuelas detrás de las orejas. Durante las convulsiones, que generalmente dependen de una congestion ó reblandecimiento cerebral, se practicará la sangría en proporcion á las fuerzas del enfermo.

CÁNCER DE LOS PULMONES.

Definicion. Es una enfermedad que consiste en el desarrollo del tejido canceroso en los pulmones.

Etiología. El cáncer de los pulmones es una enfermedad rara, cuya etiología es muy oscura.

Sintomatología. El cáncer del pulmon puede permanecer latente cuando está diseminado en pequeños tumores y ocupa sitios profundos del órgano. Cuando existe en masas ó ha adquirido grandes dimensiones, hay la mayor parte de las veces dolores muy intensos, que otras veces faltan; existe disnea, opresion, tos seca al principio, y más adelante acompañada de una espectoracion que en unas ocasiones se compone de esputos que nada tienen de particular, y otras tienen un aspecto parecido á la gelatina de grosella, los cuales se han considerado como característicos; en ocasiones hay tambien hemoptísis. Por la percusion se percibe un sonido á macizo en una extension mayor ó menor del torax. Por la auscultacion se nota disminuido el murmullo respiratorio ó una respiracion bronquial sin estertores si el pulmon está permeable, nula si no lo está, y si se ha reblandecido el tumor, cavernosa con estertores húmedos; tambien se nota broncofonia ó pectoriloquia, pero sin egofonia. Cuando el tumor ha adquirido un gran desarrollo, se presentan otros síntomas debidos á la compresion del esófago, los bronquios y la vena cava, como son: tumefaccion de la cara y cuello y de las venas cervicales y torácicas, además de la cavidad torácica en el lado afecto y el del brazo correspondiente; aumento de la disnea y muchas veces disfagia; el bazo y el hígado están dislocados algunas veces, y el lado del torax en que reside la afeccion dilatado. Además de estos síntomas se observan pronto la demacracion progresiva, la diarrea colicuativa y todos los signos de la caquexia cancerosa. En algunos casos el cáncer perfora el torax y vegeta en los tegumentos.

Curso, duracion y terminacion. Por lo dicho en la sintomatología se viene en conocimiento de que el curso de esta enfermedad es más ó ménos lento, su duracion variable y su terminacion por la muerte.

Anatomía patológica. El cáncer que se desarrolla en el pulmon es generalmente el encefalóides; puede ocupar más ó ménos extension como en un lóbulo entero; puede hallarse en estado de infiltracion, pero más generalmente diseminado en masas más ó ménos voluminosas, ya en el espesor de los pulmones, ya debajo de las pléuras, ya en su misma cavidad,

ya entre las costillas y las pléuras. El esófago, la tráquea, la aorta, la vena cava superior; la arteria y venas pulmonares se hallan á veces comprimidas por las masas cancerosas. Es raro que el encefalóides se reblandezca y ulcere dando lugar á la formacion de cavidades. El cáncer del pulmon generalmente consiste ó es consecutivo á otro exterior, especialmente el de la glándula mamaria.

Diagnóstico. No hay signo alguno que indique con seguridad la existencia del cáncer del pulmon, por lo que su diagnóstico tiene que establecerse por exclusion. Los edemas y demás síntomas de compresion de los vasos y otros órganos intratorácicos, así como los signos de percusion, indican la existencia de un tumor, pero no que este sea canceroso. No se confundirá la enfermedad con un aneurisma de la aorta por la falta de los signos propios de esta afeccion; tampoco se confundirá con un derrame pleurítico, distinguiéndose el cáncer por el sonido á macizo fijo, con igual resistencia en todos los puntos del tumor; por no variar de sitio, aunque se den distintas posiciones al cuerpo y por la falta de egofonia.

Pronóstico. Es grave por ser afeccion incurable.

Tratamiento. Debe seguirse el que queda establecido para el cáncer en general, corrigiendo las congestiones, los edemas y las hemoptísis con los medios indicados en estas dolencias.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

Definicion. Esta enfermedad está caracterizada por el desarrollo del tejido canceroso en uno, varios ó todos los elementos anatómicos del estómago.

Etiología. Esta enfermedad, que es la más frecuente entre las cancerosas internas, se desarrolla en el estómago de un modo primitivo, siendo raro que sea secundaria á otras degeneraciones cancerosas. Sus causas son oscuras, pero favorecen su desarrollo el abuso de los alimentos y bebidas excitantes, las pasiones de ánimo deprimentes, la edad de los cuarenta á los sesenta años, aunque tambien se observa raras veces fuera de estas edades; el sexo masculino más que el femenino, la herencia. Ataca lo mismo á las clases ricas que á las pobres.

Generalmente se desarrolla de un modo oscuro y sin la intervencion de ninguna causa apreciable,

Sintomatología. Hay casos en que puede existir el cáncer del estómago en un estado latente durante toda la vida, y sin que los enfermos presenten otros síntomas que demacracion y disminucion del apetito. Hay otros casos en que los enfermos solo se quejan de falta de apetito, sensacion de presion y plenitud en el epigastrio, eruptos y otros fenómenos de dispepsia que coinciden con demacracion general, color amarillo sucio de la piel y ligero edema en los maleolos. En estos casos, en que existe ó no dolor, vómitos y un tumor característico, solo se pueden diagnosticar de una manera aproximada.

En la mayor parte de los casos es, sin embargo, más característico el cuadro sintomático del cáncer del estómago. Esta enfermedad va generalmente precedida de digestiones difíciles con sensacion de peso, y á veces dolor en el epigastrio; hay pirosis, acedías, dolor gastrálgico, que se aumenta con la ingestion de los alimentos y vómitos de alimentos ó de sustancias viscosas. A las pocas semanas de notarse estos fenómenos se marcan los síntomas propios del cáncer, los enfermos sienten un dolor en el epigastrio espontáneo, generalmente intenso, rara vez lancinante, que se aumenta por la presion, se exaspera por la ingestion de los alimentos, se extiende al pecho, espalda y region espinal, y á veces está reemplazado por una sensacion de peso, en otros por una sensacion de quemadura y en otros por punzadas que sobrevienen de vez en cuando; este dolor falta en ocasiones. El apetito generalmente está disminuido, y en ocasiones hay anorexia completa; la sed generalmente es nula; la lengua ya está húmeda y cubierta de una capa blanquecina; ya está seca, rubicunda y resquebrajada; existe extreñimiento: hay vómitos, que pueden existir desde el principio de la enfermedad, en cuyo caso son poco frecuentes y compuestos de sustancias viscosas, pero que por lo regular aparecen hácia el medio de la enfermedad, son poco frecuentes cuando el cáncer ocupa la corvadura menor, y más repetidos cuando ocupa el cardias y el píloro, verificándose inmediatamente despues de la ingestion de los alimentos en el cáncer del cardias, y algunas horas despues en el cáncer del píloro. En algunos casos los

vómitos van acompañados de esfuerzos fatigosos y las sustancias arrojadas son: ó sustancias alimenticias envueltas en una capa gruesa de mucosidades, ó sustancias glerosas, ó un líquido moreno ó negruzco de gusto ácido y amargo. Cuando el cáncer se reblandece se desarrollan hemorragias capilares y la sangre derramada sale por vómito, modificada por los ácidos del estómago y por un principio de digestion que ha experimentado, presentando el aspecto del hollin, los posos de café ó el del chocolate mezclado con agua: estos vómitos achocolatados son en ocasiones muy abundantes. Cuando el cáncer ocupa el cardias ó la corvadura menor, generalmente no se observa nada de particular ni á la vista ni al tacto; pero cuando tiene su asiento en la gran corvadura, la cara anterior y el píloro, se aprecia por el tacto un tumor, situado por lo regular cerca del ombligo, ó á su nivel, más bien hácia la derecha que hácia la izquierda, liso ó desigual, y como abollado, de un volúmen, que varía desde el de un huevo hasta el de un puño, movible en ciertos casos y pudiendo dirigirse hácia abajo y á la izquierda si el estómago está dilatado y en estado de replecion, y hácia arriba y á la derecha si está en estado de vacuidad. Este tumor, que da un sonido á macizo por la percusion, está dolorido á la presion y puede ser levantado por los latidos de la aorta, á la que comprime. Cuando el cáncer existe en el píloro puede estar dilatado el estómago y formar cierta elevacion del estómago; por el contrario, cuando está estrechado el estómago el borde inferior de las costillas forma prominencias hácia adelante y el vientre se halla hundido ó retraido.—Desde el principio de la enfermedad se altera la constitucion, el enflaquecimiento hace progresos, la cara toma poco á poco un tinte amarillento que se extiende á todo el cuerpo, las fuerzas decaen, al extreñimiento sucede una diarrea pertinaz, sobreviene edema en las extremidades inferiores y aun ascitis, y con frecuencia una estomatitis aftosa ó pseudo-membranosa, y por fin acontece la muerte generalmente sin calentura, aunque algunas veces suele presentarse de carácter ataxo-adinámico.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es siempre contínuo y va en aumento progresivo; sin embargo, en algunas ocasiones puede haber una remision más ó ménos pasajera en los síntomas, pero pronto sobreviene una nueva exacerbacion. La duracion de la enfermedad rara vez es menor de seis meses, pues varía segun la forma del cáncer y el sitio que ocupa, mas por término medio es de quince ó veinte meses. La terminacion constante es por la muerte, la que generalmente sobreviene por una consuncion progresiva; otras veces, aunque raras, es consecutiva á una hematemesis, á una peritonitis por perforacion, ó á complicaciones ó enfermedades secundarias.

Anatomía patológica. El cáncer del estómago se desarrolla generalmente en la extremidad y orificio pilóricos, raras veces en el cardias y corvadura menor y poquísimas en el fondo y corvadura mayores, y siempre tiene tendencia á extenderse en el sentido trasversal. El cáncer de esta entraña puede afectar todas las formas; sin embargo, la más frecuente es el escirro, despues el encefaloides, y el ménos comun el gelatiniforme. El escirro empieza casi siempre en el tejido submucoso, presentándose en forma de una masa densa, blanquecina y de una dureza á veces cartilaginosa. La mucosa se presenta inyectada, engrosada y reblandecida; la membrana muscular conserva su aspecto ó se presenta atrofiada, y en el mayor número de casos hipertrofiada, la serosa se engruesa y toma un aspecto empañado. En algunos casos se presenta formando relieve un tumor duro y abollado. Cuando el cáncer se reblandece se forma una úlcera de bordes desiguales, duros y callosos.—Cuando el cáncer es encefaloideo se desenvuelve en el tejido submucoso bajo forma de nudosidades y engrosamientos difusos, blandos y parecidos á la pulpa cerebral, de los cuales se puede exprimir un abundante jugo canceroso cortándolos. El encefaloides vegeta pronto en la superficie interna del estómago en forma de excrescencias fungosas, que dan sangre con facilidad. Por fin se reblandece en el centro y queda una úlcera de bordes salientes vueltos hácia afuera y fungosos.—Cuando el cáncer es gelatiniforme ó colóideo suele empezar tambien en el tejido submucoso, pero pronto se extiende á las demás membranas; se presenta con frecuencia bajo la forma de una degeneracion difusa, en la que se nota su estructura areolar, y raras veces en forma de tumores aislados. El cáncer del estómago, que, como tenemos dicho, puede atacar uno ó varios de los elementos anatómicos de la víscera, puede propagarse á los

órganos vecinos y presentarse cancerosos los ganglios linfáticos, el pancreas, el hígado, el cólon trasverso y el epiplon. Tambien puede verificarse por los progresos de la ulceracion una perforacion del estómago y establecerse comunicaciones con las vísceras vecinas y la cavidad del peritoneo, si préviamente no se establecen adherencias. Dentro del estómago se encuentra muchas veces un líquido espeso, negruzco y parecido al hollin.

Diagnóstico. En el último período del cáncer no es difícil el diagnóstico atendiendo á los vómitos, la existencia del tumor epigástrico, la edad de los sugetos y la existencia de los signos de la diatesis cancerosa. En los primeros tiempos del padecimiento es difícil distinguir el cáncer del estómago de la gastralgia; sin embargo, en el cáncer los desarreglos de la digestion son más persistentes, se desarrollan con más lentitud y hacen progresos más rápidos que en la gastralgia; por otro lado en esta los vómitos son ménos constantes y raras veces se componen de sustancias negruzcas. La gastritis crónica, que se asemeja por sus síntomas al cáncer del estómago, no puede confundirse con este si se tiene en cuenta que en la gastritis no es tan rápida la demacracion, no existe el color amarillo de paja, casi nunca hay vómitos y mucho ménos negros ni viscosos. Para distinguir si se trata de un cáncer ó de una úlcera simple del estómago, deberemos considerar que, si el enfermo es jóven, la enfermedad tiene algunos años de fecha, las fuerzas y nutricion del enfermo se han alterado poco, los dolores simulan verdaderos accesos cardiálgicos, la sangre arrojada por el vómito es abundante, pura ó poco descompuesta y falta el tumor epigástrico propio del cáncer, se trata de una úlcera simple del estómago. Con alguna atencion podrá distinguirse el tumor canceroso del estómago de otros tumores; así que no puede confundirse con una hernia de la línea blanca formada por el estómago, que es pequeña, blanda, sonora á la percusion y por lo comun reducible; tampoco puede confundirse con un tumor del hígado por su extension y direccion, y porque generalmente está circunscrito por un borde prominente y cortante. El tumor formado por la reunion de cálculos en la vexícula biliar está más á la derecha que el del estómago canceroso, es poco ó nada movible é indolente. Un tumor formado por la acumulacion de heces fecales en el

cólon trasverso es desigual, duro; la presion puede hacerle mudar de sitio y suele desaparecer de un dia á otro. No puede confundirse con un aneurisma de la aorta, porque las pulsaciones del tumor y el ruido de fuelle son permanentes, sea la que quiera la posicion que se dé al enfermo. Es difícil distinguir un tumor escirroso del pancreas de otro del estómago; sin embargo, la falta de algunos síntomas del cáncer del estómago y especialmente de los vómitos negros, y además el tialismo y las deyecciones salivales y grasientas, pueden hacer sospechar la existencia de un cáncer del pancreas.—Se sospechará la existencia de un cáncer del píloro cuando se nota tumor en el epigastrio, los vómitos sobrevienen mucho tiempo despues de comer y el estómago está muy dilatado, y se sospechará que existe en el cardias cuando los vómitos sobrevienen inmediatamente despues de haber comido.

Pronóstico. El del cáncer del estómago es grave por ser enfermedad mortal.

Tratamiento. El tratamiento de esta enfermedad no puede ser más que paliativo; se someterá á los enfermos á un régimen severo análogo al usado en la dispepsia. El alimento más adecuado á los enfermos es la dieta láctea cuando la soportan bien, y en caso de que no, los caldos suculentos, las yemas de huevos y otros alimentos nutritivos suaves. Los alimentos deben darse en cortas cantidades de cada vez y en forma líquida, si existen estrecheces cancerosas. El estreñimiento se combatirá por medio de lavativas; el aumento excesivo de ácidos lo será con los carbonatos alcalinos; los vómitos con las misturas antieméticas, los polvos de Selz y el hielo; los dolores intensos y el insomnio con los calmantes interior y exteriormente, especialmente la morfina.

CÁNCER DE LOS INTESTINOS.

Etiología. Este cáncer, que es más raro que el del estómago, se desarrolla primitivamente la mayor parte de las veces, ocupa ordinariamente los dos extremos del intestino grueso, ya al nivel del ciego, ya al del recto ó la S ilíaca, y raras veces en el yeyuno y el íleo, y más raro aun en el duodeno. Es más frecuente en los hombres y despues de los cuarenta años,

pero sus causas tanto predisponentes como determinantes son completamente desconocidas.

Sintomatología. Cuando el cáncer es poco extenso y no estrecha mucho el intestino, puede no producir ningun trastorno y pasar desapercibido. Por lo general produce diversos trastornos locales, así cuando ocupa el duodeno sus síntomas se confunden con los del cáncer del estómago; cuando ocupa los intestinos delgados, los enfermos se quejan de dolores sordos, ya contínuos, ya intermitentes; hay extreñimiento, que alterna á veces con la diarrea, y por la palpacion suele descubrirse un tumor duro, abollado, doloroso, macizo á la percusion y más ó ménos movible; cuando ocupa el ciego produce un obstáculo cada vez más marcado al curso de las materias fecales y los síntomas que le son propios; cuando ocupa la S del cólon ó el recto, hay al principio una costipacion pertinaz que despues se cambia en diarrea, existen fuertes dolores en el sacro que se extienden á la espalda y los muslos; los excrementos salen con dificultad, son muy pequeños, redondeados unas veces, aplanados en forma de cinta otras, ó bien caprinos; suelen estar manchados de sangre ó mucosidades; á veces hay hemorragias de sangre pura y en otras ocasiones arrojan los enfermos una materia puriforme, saniosa y fétida. Si el cáncer estrecha el conducto intestinal, sea el que quiera el sitio que ocupe se metoriza el vientre, se exacerban los dolores, se producen náuseas, vómitos y otros signos de oclusion intestinal; pero si el extreñimiento desaparece, ceden todos estos síntomas, hasta que despues de más ó ménos tiempo vuelven á presentarse. En ocasiones, al mismo tiempo que se observan estos fenómenos se presenta la pérdida de las fuerzas, la demacracion considerable, el tinte amarillo paja de la piel y todos los signos propios de la caquexia cancerosa. La cesacion de los fenómenos de oclusion intestinal ocurre á veces cuando reblandeciéndose ó ulcerándose el cáncer recobra el intestino su calibre primitivo, y á veces mayor, y en otras por haberse abierto comunicacion entre el intestino enfermo y otra porcion sana.

Curso, duracion y terminacion. El curso y duracion del cáncer intestinal son bastante largos y su terminacion constante la muerte, la cual ocurre por un íleo desarrollado lenta ó súbitamente, otras por los progresos de la caquexia cancerosa y algunas veces por una peritonitis con perforacion del intestino ó sin ella.

Anatomía patológica. En el intestino se encuentran, así como en el estómago, el escirro, el encefalóides y el cáncer colóideo y presentan los mismos caractéres. El cáncer del intestino puede ocupar una extension mayor ó menor en longitud; tiene tendencia á extenderse en el sentido trasversal, formando de este modo contracciones circulares. La porcion de intestino colocada por encima del cáncer está dilatada por los gases y heces fecales que se acumulan en ella, y las situadas por debajo estrechadas. La ulceracion del cáncer puede producir comunicaciones anormales entre distintas porciones del intestino ó de este con el peritoneo, la vagina, la vejiga y aun el exterior formando fístulas estercoráceas.

Diagnóstico. Es imposible distinguir un cáncer del duodeno de otro del píloro. Tambien es difícil diagnosticar el de los intestinos delgados, el ciego y el cólon cuando no existe un tumor con los caractéres que quedan expuestos; pero se podrá sospechar su existencia cuando hay dolores sordos, alternativas de extreñimiento y diarrea, signos de obstáculo al curso de las materias fecales, y además el enfermo se demacra y desmejora. Cuando el cáncer ocupa el recto es fácil de conocer, porque se puede comprobar su existencia por medio del tacto rectal.

Pronóstico. Es grave, por ser enfermedad incurable.

Tratamiento. El tratamiento del cáncer de los intestinos es puramente paliativo. Deben prescribirse al enfermo alimentos que dejen poco resíduo, como caldos suculentos, huevos pasados por agua, y leche. Se procurará tenerles el vientre corriente, administrándoles un purgante suave, debiendo preferir á otro cualquiera el aceite de ricino.

CÁNCER DEL HÍGADO.

Etiología. El cáncer del hígado es bastante frecuente; por lo general es consecutivo á una afeccion de la misma índole en el estómago, recto ú otros órganos; sin embargo, en algunos casos es primitivo. Se desarrolla con frecuencia despues de la extirpacion de un cáncer externo. Sus causas son oscuras, y solo se sabe que es más frecuente en los hombres, y

que ataca principalmente de los cuarenta á los setenta años.

Sintomatología. El cáncer del hígado principia de una manera latente y solo al cabo de algun tiempo se presentan sus signos. En esta enfermedad hay pérdida del apetito, digestiones difíciles y acompañadas de desarrollo de gases, sensacion de presion y plenitud en el hipocondrio derecho. Los enfermos se quejan de dolores en esta misma region, ya compresivos, ya lancinantes, que se irradian hácia el hombro y el brazo derechos, y se aumentan por la presion. Por medio de la palpacion se percibe un aumento del volúmen del hígado, el cual desciende por debajo del borde de las costillas, hasta el punto de llegar á veces hasta el ombligo, los huesos iliacos, y aun ocupar el hipocondrio izquierdo; tambien puede subir hácia el pecho hasta la tetilla y aun más arriba. Este tumor se presenta generalmente con abolladuras y desigualdades muchas veces dolorosas. Por medio de la percusion se obtiene un sonido á macizo en toda la extension dicha, con sensacion de resistencia al dedo unas veces, de elasticidad y resistencia otras, y en ocasiones de blandura y aun de fluctuacion. Además de estos síntomas se observa en algunos enfermos ictericia, que puede ofrecer alternativas, pero sin que cese del todo; antes bien, concluye por establecerse de un modo permanente; en ocasiones suele haber ascitis: el extreñimiento es casi constante; los enfermos respiran con más ó ménos fatiga: comunmente se quejan de opresion, y muchos tienen palpitaciones; casi desde el principio se demacran y pierden fuerzas, y cuando está avanzada la enfermedad tienen vómitos frecuentes, casi siempre simpáticos y diarrea colicuativa: por fin, en casos raros se observan gastrorragias y enterorragias.

Curso, duracion y terminacion. El curso del cáncer del hígado es contínuo y progresivo; su duracion no puede determinarse por no saber cuándo empieza la enfermedad; su terminacion constante es por la muerte.

Anatomía patológica. La forma de cáncer que es más comun en el hígado es el encefalóides, aunque tambien se encuentra á veces la forma de escirro. El cáncer del hígado puede invadir de una manera difusa y uniforme una porcion mayor ó menor del hígado, ó presentarse bajo la forma de tumores redondeados más ó ménos mamelonados y lobulares;

otros no sobresalen de la sustancia del hígado; cuando forman prominencia pueden hallarse algunos deprimidos en su centro; su tamaño varía desde el de un grano de mijo hasta el de la cabeza de un feto; su color es blanco ó rojizo, segun que sean pobres ó ricos en vasos; en cuanto á su consistencia, unos tienen la del tocino, otros la de la sustancia cerebral reblandecida, y en este caso sueltan al apretarlos un jugo más abundante que los duros; su número es variable, pues unas veces no hay más de doce ó quince, y en otros ascienden á cincuenta, sesenta, ciento y aun miles. El tejido hepático que se halla sano está hiperemiado, y el que rodea á las masas cancerosas es asiento de una degeneracion grasosa. El volúmen del hígado es variable; por lo general está aumentado; en ocasiones es menor, y aun suele experimentar una atrofia considerable.

Diagnóstico. El cáncer del hígado es difícil de diagnosticar, y solo el aumento de volúmen del hígado junto con los tumores duros abollados y desiguales que se notan en su superficie y los signos generales de caquexia cancerosa nos pueden hacer comprender la existencia de la enfermedad.

Pronóstico. El del cáncer del hígado es grave, por ser incurable esta enfermedad.

Tratamiento. Tiene que ser paliativo, limitándonos á sostener las fuerzas del enfermo con un buen régimen, y cuando el dolor es muy intenso aplicar sanguijuelas y cubrir la region hepática con cataplasmas emolientes.

ENFERMEDADES PARASITARIAS.

Se llaman *enfermedades parasitarias* aquellas en que entra como elemento principal ó secundario la existencia de parásitos.

«Se da el nombre de *parásitos* á ciertos séres dotados de una existencia y organizacion propias, y los cuales bajo la influencia de ciertas condiciones, ya generales, ya locales, se desarrollan durante la vida sobre ciertas partes y en diversos órganos del cuerpo del hombre ó de los animales; pero que no pueden en general ni nutrirse ni propagarse fuera de los cuerpos vivos que les están asignados como domicilio.»

Los parásitos del hombre pertenecen unos al reino animal y otros al vegetal, de donde se los denomina *parásitos animales* y *parásitos vegetales*.

PARÁSITOS ANIMALES.

Los parásitos animales han sido clasificados de diverso modo por varios naturalistas. Clasificaciones de que no nos ocuparemos, pues solo vamos á estudiarlos bajo el punto de vista patológico. Los parásitos animales, unos viven en el parenquima de los órganos ó en ciertas cavidades, por lo cual se lo, llama *entozoarios*, y otros viven en la superficie del cuerpo, en el espesor de la piel y en el tejido celular subcutáneo, y se llaman *epizoarios*.

ENTOZOARIOS.

Los parásitos entozoarios del hombre no existen fuera de él, por cuya razon algunos han explicado su desarrollo por medio de la generacion espontánea; otros creen que no son otra cosa que animalillos acuáticos ó terrestres, que introducidos en el cuerpo humano sufrian una especie de metamorfosis y adquirian nuevas formas; otros han creido que los gérmenes procedian de los entozoarios, los cuales, expelidos de la economía, volvian á entrar en ella con el aire, los alimentos, las bebidas, etc. Lo más probable es que sean debidos á una generacion espontánea bajo la influencia de ciertas causas patológicas. Una vez formados, se reproducen unos por yemas, otros por acodo, y los demás son ovíparos, ya con sexos distintos, ya reuniendo los dos sexos.

Etiología. Pueden observarse en todas las edades, aunque algunas especies se desarrollan en una determinada. Ciertas especies solo se desarrollan en ciertos climas. Las modificaciones higiénicas que más influyen en su desarrollo son: el habitar sitios húmedos, los alimentos de mala calidad, los desarreglos del régimen y todas las causas debilitantes.

Tratamiento. La primera indicacion consiste en mejorar las condiciones higiénicas de los sugetos, y despues administrar las sustancias antihelmínticas ó vermífugas.

HIDATIDES EN GENERAL.

Definicion. La *hidatide* es una especie de tumor quístico libre de toda adherencia, y que segun el Dr. Davaine «corresponde á una fase del desarrollo de un animal que vive cierto tiempo y se puede reproducir cierto número de veces bajo la forma vexicular, siendo el *equinoco* una fase más adelantada del desarrollo de este mismo animal.»

Caractéres generales. Las hidatides son una de las afecciones más comunes que pueden formarse en todos los tejidos, en todos los órganos, y aun en las cavidades serosas; pero el punto en donde son más frecuentes son los órganos parenquimatosos, y sobre todo el hígado. Existen dos variedades distintas de hidatides, que se designan con los nombres de *acefalocisto solitario* cuando la membrana hidatídica no contiene en su interior más que un líquido cetrino, trasparente, sin otra bolsa secundaria, y el *acefalocisto prolífero*, en el que puede ser muy considerable el número de acefalocistos contenidos en la hidatide madre. En las hidatides hay que considerar, procediendo de fuera á dentro, lo siguiente: 1.° El *quiste adventicio*, que es la membrana fibrosa que envuelve

al acefalocisto, la cual es densa, no trasparente, de un espesor variable segun su antigüedad; su superficie externa se adhiere á los órganos inmediatos, á los que empuja y atrofia; y la interna es granujienta, rugosa y con frecuencia asiento de depósitos osteo-calcáreos. Las hidatides de las serosas y los centros nerviosos carecen de este quiste. 2.° La *membrana acefalocisto ó hidatide propiamente dicha*, que es ligeramente opalina, trasparente, análoga á la albúmina coagulada; sus paredes son delgadas, frágiles, homogéneas, sin fibrillas ni granulaciones elementales; forman una vexícula esferoidal ú ovóidea, cuyo volúmen es tan reducido, que á veces apenas si son visibles á simple vista, pudiendo adquirir otras el tamaño de la cabeza de un feto de tiempo, pero que por lo comun varía su tamaño entre el de un guisante, una nuez gorda y aun una naranja; su peso apenas excede al del agua, y arrojada sobre un cuerpo duro rebota por la elasticidad de su membrana. Algunos patólogos niegan la vitalidad del acefalocisto, pero debe creerse que gozan de una animalidad reducida á su más simple expresion. 3.° La *membrana germinal*, que tapiza la cara interna de la anterior, á la que se adhiere; está compuesta de una estratificacion fibrilar infiltrada de granulaciones elementales, pero sin tener verdaderas fibras ni células; en su interior hay un líquido claro análogo al agua, que solo contiene vestigios de albúmina, por cuya razon no se coagula por el calor ni los ácidos, pero que contiene bastante cantidad de cloruro de sódio. 4.° El *equinoco*, que es un entozoario microscópico, ovóideo ó piriforme de 4 á 5 décimos de milímetro de longitud, extrangulado en la parte media de su cuerpo, cuya parte anterior constituye la *cabeza*, rodeada de una doble corona de ganchos con cuatro ventosas ó chupadores, pero sin boca; segun Laennec, el número de ganchos es el de 30, y segun Livois, de 44; la parte posterior es la *vejiga caudal*. Los equinocos se encuentran en el interior de la membrana acefalocista ó hidatídica en número de 15 á 20 en cada vexícula segun Livois. La generacion de las hidatides se efectúa del modo siguiente: la *membrana acefalocisto* produce en su cara interna botones que se consideran como yemas; presentan capas análogas á la de la vexícula madre; se pediculan, y más tarde se rompe este pedículo; caen estos botoncitos en la cavidad interior y forman nuevas vexículas, pudiendo encontrarse dentro de la hidatide ó acefalocisto madre un número considerable de vexículas hidatídicas, que en ocasiones han llegado á quinientas, mil, siete, ocho y nueve mil. Cuando estas vexículas han adquirido cierto volúmen, la membrana acefalocística produce la germinal, de donde nacen más tarde los equinocos, que á la simple vista ofrecen el aspecto de granos de sémola; están en un principio adherentes; despues quedan unidos por algun tiempo por un pedículo, que al fin se rompe. No es raro que el líquido contenido en la bolsa principal se haga opalino, turbio, espeso, semejante al pus, ó que realmente sea verdadero pus por efecto de una inflamacion del quiste; en otros casos solo tiene las apariencias de pus, y está formado por la serosidad que tiene en suspension una materia sebácea, que progresivamente se va espesando y concretando, y toma el aspecto del mastic de los vidrieros, y á veces de la creta; en estos casos la membrana interna del acefalocisto está desigual y ulcerada, las hidatides rotas, y los equinocos, destruidos desde mucho tiempo antes, están solamente representados por sus ganchitos.

Etiología. Los quistes hidatídicos, que se presentan en una edad media de la vida, no se sabe á qué causas son debidos.

Sintomatología. Los quistes hidatídicos, por la razon de desarrollarse lentamente, habitúan á los órganos á su presencia y existen frecuentemente sin dar lugar á síntoma alguno apreciable. Sin embargo, es muy comun que sobrevengan diferentes fenómenos morbosos por la compresion que ejercen en los órganos en que se desarrollan ó en otros inmediatos. A estos síntomas de simple compresion se asocian algunas veces fenómenos flojísticos, como malestar general, fiebre, dolores locales y aun todos los signos de una afeccion orgánica grave. Cuando el tumor hidatídico forma eminencia al exterior, es ordinariamente globuloso, regular, elástico, con frecuencia se percibe en él fluctuacion, da un sonido á macizo por la percusion, y algunas veces es el asiento de un estremecimiento particular, que se ha llamado *hidatídico*, el cual puede considerarse como patognomónico. Este estremecimiento consiste en la sensacion de una especie de movimiento vibratorio que siente una mano aplicada sobre el tumor cuando con la opuesta se da un golpe seco y rápido sobre el tumor. La auscultacion, reunida á la percusion, deja percibir

vibraciones semejantes á las que produciria una cuerda de bajo. Los quistes hidatídicos no producen dolor, ó es poco, y tampoco alteran la nutricion como no sean muy voluminosos.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es lento y progresivo; su duracion variable; casi nunca baja de seis meses, pero puede prolongarse por muchos años. La terminacion puede ser por la curacion, la cual se verifica ó por la expulsion de las hidatides al través de la piel por un absceso abierto espontáneamente, ó por un medio quirúrgico, ó por las vías naturales; en ocasiones pueden contraerse los quistes hasta que desaparezca su cavidad, y en otras se trasforman en un pequeño núcleo fibroso. En algunos casos termina por la muerte, ya por el obstáculo que el tumor opone al ejercicio de las funciones, ya por la rotura del quiste en la cavidad de una serosa y la subsiguiente inflamacion, ya por una reabsorcion purulenta, ya á consecuencia de los síntomas generales y locales que acompañan á las afecciones orgánicas graves.

Diagnóstico. Cuando las hidatides no sobresalen al exterior y no tenemos más datos que los trastornos funcionales, el diagnóstico es imposible; pero cuando forma tumor exterior, la resistencia elástica de sus paredes, la fluctuacion y el estremecimiento hidatídico nos facilitan el diagnóstico. Cuando haya dudas respecto al diagnóstico, puede hacerse una puncion exploradora con el trócar capilar y examinar si el líquido que sale tiene las cualidades que hemos asignado al líquido hidatídico. En el mayor número de casos hay que formar el diagnóstico por la vía de exclusion.

Pronóstico. El pronóstico es por lo general grave; pero esta gravedad varía segun diversas circunstancias; así son ménos graves las hidatides cuando no crecen ó decrecen, y cuando se abren paso al exterior ó á un órgano en comunicacion con el exterior. Son muy graves cuando ocupan un órgano importante; tienen mucho volúmen ó son múltiples y son mortales cuando su rotura se verifica en una cavidad serosa, ó cuando abiertos en las vías naturales se agravan los síntomas generales.

Tratamiento. Se ha creido por algunos, aunque la experiencia no lo ha confirmado, que el hidroclorato de mercurio

y de sosa eran útiles para matar las hidatides. Cuando el quiste hidatídico sobresale al exterior, el tratamiento consiste en abrirle con el bisturí ó mejor con los polvos de Viena; y una vez que esté abierto, provocar la salida de las hidatides por medio de inyecciones y de la posicion.

HIDATIDES DEL HÍGADO.

Etiología. Son desconocidas las causas que originan esta enfermedad, que es más frecuente en unos paises que en otros.

Sintomatología. Como estos quistes se desarrollan con lentitud y acostumbran al órgano á su presencia, no dan señal ninguna de su existencia mientras no adquieren cierto tamaño, y aun despues de haber adquirido gran volúmen pueden no producir otros trastornos que sensacion de molestia, peso ó distension en el lado derecho. Generalmente se revela la enfermedad por un dolor sordo y obtuso que ocupa el hipocondrio derecho y el epigastrio, y que tambien suele sentirse en la espaldilla derecha. Cuando el quiste se ha hecho voluminoso, se nota en el hipocondrio un tumor globuloso que levanta con uniformidad las paredes costales y abdominales; da un sonido á macizo á la percusion; por la presion se nota una resistencia elástica; á veces se advierte una fluctuacion profunda y oscura, que otras es difícil de percibir; al percutir las bolsas se nota el estremecimiento hidatídico, que á veces falta. Cuando el quiste ocupa todo el hígado ó cuando su volúmen ha aumentado rápidamente, se producen varios trastornos; así el apetito disminuye y se pierde; las digestiones son lentas y difíciles, y de vez en cuando hay náuseas, vómitos y diarrea. La compresion por el quiste de los conductos biliares, y el tronco de la vena porta produce ictericia, ascitis y edema de las extremidades inferiores, síntomas que por otro lado son bastante raros. Si el quiste al desarrollarse empuja el diafragma y el pulmon, habrá disnea, tos, y simulará un derrame pleurítico. La nutricion general tambien se altera, como lo atestigua la demacracion y decoloracion de los tejidos.

Curso, duracion y terminaciones. Son las mismas que las de las hidatides en general. El quiste puede abrirse en el pe-

ritoneo, el estómago, los intestinos, la pleura, los pulmones y al través de la piel.

Anatomía patológica. Las hidatides del hígado tienen por lo comun su asiento en lo interior del órgano y rara vez en la superficie. Generalmente solo invade un lóbulo y con más frecuencia el derecho. Tambien pueden existir hidatides en los conductos biliares, aunque esto es muy raro. El hígado está comprimido y atrofiado por el tumor hidatídico.

Diagnóstico. Es difícil si falta el estremecimiento hidatídico, y solo los conmemorativos podrán ilustrar el diagnóstico. El quiste hidatídico no podrá confundirse con un acceso, porque este raras veces adquiere gran volúmen sin ser precedido ó acompañado de dolores y de fiebre. Tampoco podrá serlo con un cáncer, porque este no forma un tumor globuloso uniforme. Un tumor biliario pudiera confundirse con uno hidatídico si aquel no se acompañase de ictericia intensa y dolores intensos.

Pronóstico. Es grave; sin embargo, la curacion puede verificarse por la evacuacion espontánea de las hidatides, sobre todo por las paredes abdominales y el cólon, ó por la inflamacion no supurada del quiste. Segun Barrier, la muerte puede sobrevenir de cinco modos: «por una extremada compresion del pulmon derecho; por inflamacion del quiste; por rotura en el peritoneo ó la pleura; por inflamacion crónica de las vías atravesadas por las hidatides expulsadas ó aniquilamiento debido á la supuracion del quiste abierto al exterior y por obliteracion de los conductos biliarios por el quiste.

Tratamiento. Los agentes terapéuticos solo se hallan indicados para combatir las complicaciones; así contra los dolores violentos y los síntomas inflamatorios se emplean las cataplasmas, las unturas opiadas ó de belladona á la region afecta. El tratamiento curativo es puramente quirúrgico; así se ha empleado la puncion simple, ya con el trócar capilar, ya con otro más grueso y la incision simple; pero estos dos métodos son peligrosos si no se han establecido adherencias entre el tumor y las paredes abdominales. El profesor Graves divide las paredes abdominales hasta el peritoneo exclusive y deja para cuando se han establecido adherencias el penetrar en el quiste. El Dr. Begin divide capa por capa la pared abdominal hasta el peritoneo inclusive, y al cabo de algunos

dias, cuando la inflamacion ha determinado adherencias entre el peritoneo y el quiste, abre este último. El profesor Jobert hace varias punciones sucesivas para disminuir gradualmente el volúmen del tumor y que el quiste se repliegue sobre sí mismo, ó lo que es mejor, deja en posicion la cánula despues de la puncion por espacio de veinticuatro horas. Recamier aplicaba la pasta de Viena ó el cáustico de Filhos para producir una escara que interesase por lo menos el espesor del dermis; despues de levantada esta escara colocaba otro cáustico y así llegaba hasta el peritoneo, pero teniendo cuidado de respetarle, y cuando á favor de este medio se habian establecido adherencias entre el quiste y el peritoneo, abria aquel y le vaciaba. El profesor Trousseau, con el objeto de establecer adherencias entre el quiste y las paredes del vientre, practicaba la acupuntura múltiple sobre el tumor. Una vez abierto un quiste hidatídico se establece la supuracion, que puede por su descomposicion ser orígen de una infeccion pútrida ó purulenta, y para obviar estos inconvenientes se ha imaginado hacer inyecciones en la bolsa con agua pura ó con un liquido como el alcohol ó la tintura de iodo.

Las hidatides se encuentran tambien en otros órganos, como son: los pulmones, los ovarios, los riñones, el cerebro, el bazo, el útero, entre las vértebras, en la dura madre, en las bolsas mucosas, en el tejido celular exterior, en los músculos y en los huesos.

LOMBRIZ Ó ASCARIDE LUMBRICÓIDES.

Caractéres de la lombriz. Su cuerpo es cilíndrico, de 8 á 30 centímetros de longitud y de 3 á 4 milímetros de diámetro, terminado en punta por sus dos extremos; es semitrasparente, de color blanco que tira á amarillo ó rojo, liso, reluciente; la cabeza presenta una depresion circular, y en ella se ven tres tubérculos que forman la boca. El macho se distingue por una extremidad en forma de cola, en la que se ve un pene fino como un cabello, que á veces es doble; en la hembra, que tiene la cola recta, se ven en la union del tercio anterior con los dos posteriores una hendidura, que es la abertura de los

órganos genitales. Las lombrices solo viven en los intestinos delgados, y solo accidentalmente penetran en los gruesos, el estómago y el esófago, de donde son expelidas.

Etiología. Los niños, especialmente de tres á diez años, están más expuestos que los adultos y los viejos; las niñas están más predispuestas que los niños, y entre estos los débiles, los linfáticos y escrofulosos. Tambien predisponen á padecer de lombrices el uso de malos alimentos, ó el casi exclusivo de frutas verdes, legumbres acuosas y sustancias farináceas. Los climas frios y húmedos y el habitar sitios que reunan estas condiciones son causas que predisponen á este padecimiento.

Sintomatología. Pueden existir las lombrices sin que se padezca ningun trastorno, pero en otras ocasiones dan lugar á síntomas locales ó generales, como son: anorexia ó apetito exagerado, lengua saburrosa, tialismo, aliento ácido y fétido, náuseas, vomituraciones mucosas, dolores sordos ó intensos en el vientre, pinchazos, meteorismo, abultamiento del vientre, deposiciones líquidas ó sólidas, mezcladas con mucosidades y rara vez con sangre. Como síntomas generales se presentan los siguientes: cara pálida con tinte aplomado; ojos rodeados de un círculo azulado, muchas veces brillantes ó de un aspecto particular; pupilas dilatadas, picor en las narices y en el ano, rechinamiento de dientes, tos seca, pulso lento é irregular, sueño agitado é interrumpido, demacracion y diversos trastornos de los órganos de los sentidos y de los centros nerviosos, como estrabismo, amaurosis, ceguera, sordera ó exaltacion del oido, perversion del gusto y del olfato, cefalalgia, vértigos, delirio, coma, convulsiones, paralísis, etc. Mas todos estos síntomas aislados ó reunidos no dan seguridad de la existencia de los ascarides, y el único signo cierto de ellos es la expulsion de uno ó varios de estos animales por la boca ó por el ano. Cuando hay muchas lombrices en el intestino pueden apelotonarse en un asa intestinal y dar lugar á cólicos y á todos los síntomas del íleo. Las lombrices en su emigracion pueden producir diversos trastornos; así cuando suben al estómago producen malestar, náuseas y vómitos, con los que son expulsadas, pero en ocasiones su ascencion al estómago y al esófago nada produce, y son expulsadas sin molestia alguna. En ocasiones pueden penetrar

en la laringe tráquea y bronquios y producir accidentes de sofocacion mortales, si pronto no es expulsada la lombriz por la tos. En otras pueden penetrar en el conducto colédoco y determinar los síntomas del cólico hepático, y si avanzan hasta los conductos biliares del hígado determinan una hepatitis parcial. Las lombrices pueden tambien perforar el intestino y producir una peritonitis por su entrada en el peritoneo, y si hay establecidas adherencias que se opongan á ello pueden llegar al exterior de las paredes abdominales y determinar lo que se ha llamado un absceso verminoso.

Anatomía patológica. Cuando son pocas las lombrices que existen en el tubo digestivo, generalmente no producen cambio alguno en la mucosa intestinal, pero en el caso contrario determinan una hiperemia de la mucosa que presenta un color violado uniforme y está cubierta de un moco espumoso amarillento. A veces existen en la mucosa todos los signos de una verdadera inflamacion, que generalmente se considera independiente de la existencia de los vermes; en algunos casos existen ulceraciones en la mucosa que facilitan la perforacion del intestino por las lombrices.

Diagnóstico. Todos los síntomas que determinan las lombrices son muy vagos para que ni solos ni reunidos sirvan para caracterizar la afeccion; así que solo tendremos seguridad de su existencia cuando se haya expulsado uno ó más entozoarios. En algunos casos podrá hacerse el diagnóstico por la via de exclusion.

Pronóstico. Las lombrices no ofrecen más gravedad que la que imprimen á las enfermedades que complican ó por los accidentes graves á que da lugar su emigracion á ciertos órganos.

Tratamiento. Varios son los medicamentos empleados para combatir las lombrices, siendo los más usados el azúcar mercurial ó vermífugo de la Farmacopea española, que se administra á la dósis de 30 á 60 centígramos; las tabletas del cloruro mercurioso ó pastillas vermífugas de la misma Farmacopea, que se administran á la dósis de una á dos; el *sémen contra*, y mejor su extracto etéreo, que se da á la dósis de 35 á 50 centígramos al dia, y la santonina, que se administra á la dósis de 3 á 4 pastillas ó á la de 1 á 3, segun que contengan 2 1/2 centígramos ó 5 de santonina cada una, y el musgo de

Córcega en polvo, á la dósis de 60 centígramos á 2 gramos ó en infusion.—Una vez expulsadas las lombrices se evitará su reproduccion dando á los niños un alimento sustancioso, colocándolos en un sitio seco, y en una palabra, sometiéndolos á buenas condiciones higiénicas.

OXIUROS VERMICULARES.

Caractéres del entozoario. Tiene el cuerpo filiforme, blanco, cilíndrico. El macho tiene dos y medio á tres milímetros de longitud; su extremidad posterior, ligeramente abultada, está arrollada en espiral. La hembra tiene doble longitud; es fusiforme y recta ó algo encorvada. Ocupan de preferencia la parte inferior del intestino, y sobre todo el recto.

Sintomatología. Suelen existir sin producir ningun fenómeno; pero cuando se aproximan al ano ó salen por esta abertura, determinan un prurito á veces muy incómodo en la márgen del ano, sobre todo por la noche, y aun á veces frecuentes ganas de defecar. El prurito perturba el sueño de los niños, les hace prorumpir en gritos, y en los muy irritables da lugar en ocasiones á convulsiones; tambien se citan casos de haber producido poluciones nocturnas, incontinencia de orina y priapismo. En las mujeres y en las niñas pueden introducirse en la vagina y determinar una leucorrea; en ocasiones provocan en las niñas y aun en las mujeres la masturbacion. Los oxiuros salen mezclados con los excrementos.

Tratamiento. Los mismos antihelmínticos que se emplean contra las lombrices son aconsejados contra los oxiuros, pero administrados en lavativas; así es que se han administrado las lavativas de infusiones de artemisa, tanaceto, ajenjos y valeriana y de cocimiento de hollin. Tambien se han introducido en el recto calas de extracto de ajenjos y calomelanos. Igualmente se han recomendado las lavativas de agua comun, las de aceite comun, de agua de sal y de sulfuro de potasa.

TRICOCÉFALO.

Este entozoario es linear, de dos á cuatro centímetros de longitud, capilar en sus dos tercios anteriores; tiene una cabeza aguda imperceptible; el macho es más pequeño que la hembra y está arrollado en espiral. Ocupa principalmente el intestino ciego, con ménos frecuencia el cólon y algunas veces el intestino delgado. Se los encuentra, ya en pequeño número, ya muchos reunidos.

Se ignoran completamente los fenómenos sintomáticos que determina.

TÉNIA.

Sinonimia y etimología. Se la conoce tambien con los nombres de solitaria, lombriz aplanada, lombriz ancha. Se la denomina *ténia* á causa de la semejanza que tiene con una venda.

Caractéres. La *tænia solium* ó *solitaria* es una lombriz de tres á cuatro metros de larga, de color blanco-amarillento, delgada y redondeada en su extremidad cefálica, ancha y aplanada en la caudal. Se distingue en ella la cabeza, el cuello y el cuerpo. La cabeza, que es del tamaño de la de un alfiler pequeño, examinada al microscopio se ve que es un poco globulosa; presenta hácia afuera cuatro chupadores, y en su centro está la boca rodeada de una fila de ganchitos. El cuello es muy delgado, de centímetro y medio de largo. El cuerpo se compone de diferentes anillos, cuya forma recuerda las semillas de la calabaza; los más próximos á la cabeza, que son los más nuevos, tienen medio milímetro de ancho, y van aumentando gradualmente hasta los más antiguos, que tienen centímetro y medio de ancho y aun más. En los bordes de estos anillos existen unos tuberculitos, que son los órganos genitales. Un intestino recorre toda la longitud de la ténia.—Hay otra variedad de lombriz solitaria que se designa con el nombre de *botriocéfalo*; tiene alguna semejanza con la anterior, pero se diferencia por algunos caractéres; así que su cabeza es más ovóidea y obtusa, presenta una depresion central, que segun Breenser es la boca, pero no tiene ganchos como la especie precedente; el cuello apenas está señalado; los anillos son más cortos que anchos, y los orificios genitales se encuentran en el centro de estos, y no en sus bordes. Cuando se separan los anillos de la solitaria se les da el nombre de *vermes cucurbitáceos* por su semejanza con las pipas de calabaza. Generalmente no se observa más de un en-

tozoario en un mismo individuo; sin embargo, pueden existir más. Estas dos especies de solitaria viven en los intestinos delgados.

Etiología. La ténia la padecen con más frecuencia las mujeres que los hombres; se la ha observado en las edades de 4 años á 54, pero son más frecuentes de los 15 á los 40 años; es endémica en ciertas comarcas y ataca de preferencia á los linfáticos, escrofulosos, raquíticos, á los que viven en sitios bajos y húmedos, á los mal alimentados y á los que comen carne y harina de mala calidad.

Sintomatología. La ténia puede existir en el tubo digestivo sin producir ningun fenómeno apreciable; sin embargo, cuando ha adquirido ciertas dimensiones produce varios trastornos locales ó simpáticos, así que presentan los enfermos los siguientes síntomas: fetidez del aliento, salivacion, meteorismo, sensacion de ondulacion de un cuerpo que sube hácia el estómago, picotazos alrededor del ombligo, dolores cólicos variables en su forma é intensidad y que generalmente no se acompañan de diarrea; el apetito es variable é irregular; rara vez hay vómitos. Además de estos síntomas se presentan otros simpáticos, como picor en el ano, y en muchas ocasiones en las narices; cefalalgia, laxitudes y aun calambres en las extremidades, ruido de oidos, alteracion de la vista y dolores epigástricos; en algunos casos hay tos seca, y en otros puramente excepcionales, vértigos, insomnio, palpitaciones, hipocondría y convulsiones. Pasado cierto tiempo los enfermos presentan demacracion, debilidad y tinte pálido amarillo de la cara. El síntoma patognomónico es la expulsion de los anillos.

Tratamiento. Contra la ténia se han anministrado varios medicamentos, pero los más usados son los siguientes: la corteza de la raiz de helecho macho en polvo á la dósis de 2 á 4 gramos, repetida dos ó tres veces por la mañana en ayunas, dando algunas horas despues un purgante fuerte ó 30 gramos de aceite de ricino; otros prefieren como más eficaz el extracto etéreo del helecho macho á la dósis de 1 á 2 gramos en píldoras para tomarlo dos veces; la corteza de la raiz del granado, la cual se administra de la manera siguiente: se ponen en infusion en frio 60 gramos de la raiz machacada con medio ó un litro de agua; despues de estar en maceracion por espacio

de veinticuatro horas se hierve hasta reducir el líquido á la mitad, y este cocimiento se da en tres tomas por la mañana en ayunas con la distancia de media hora de toma á toma. Este medicamento suele producir buenos resultados, pero produce á veces vómitos y diarrea. El couso tambien está muy recomendado y se da á la dósis de 8 á 16 gramos macerado en agua ó mezclado con miel bajo la forma de electuario, tomándola en dos veces por la mañana en ayunas con media hora de intérvalo. Si á las tres horas no hubiese evacuaciones se administra el aceite de ricino. La esencia de trementina es un buen tenífugo, pero á su ingrato sabor une el producir con facilidad la irritacion de los órganos urinarios; se administra á la dósis de 30 á 60 gramos de una sola vez. Bourdier administraba por la mañana en ayunas 4 gramos de éter sulfúrico en un vaso de cocimiento fuerte de raiz de helecho macho y prescribia dos horas despues un laxante suave.—Si á beneficio de estas medicaciones arroja el enfermo porciones de ténia, hay que examinar si ha arrojado la cabeza, pues mientras esta no se expulse no se puede considerar curado al enfermo.

DISTOMA DEL HÍGADO.

Este entozoario, que se encuentra en la vexícula y conductos biliares, tiene el cuerpo aplastado; en su extremidad anterior tiene una porcion más estrecha, que forma el cuello y sostiene un chupador; su longitud es de 18 á 31 milímetros; su latitud de 4 á 15 milímetros.

No se conocen ni las causas que le originan ni los síntomas que pueden indicar su presencia; sin embargo, Biermer (de Berna) ha publicado un caso muy interesante, en el cual el enfermo tenia una fuerte ictericia sin fiebre, pero con dolores agudos al nivel del hipocondrio derecho, vómitos, tos frecuente y en los últimos tiempos demacracion y accidentes escorbúticos seguidos de muerte.

TRIQUINOSIS.

Definicion. Se da este nombre al conjunto de fenómenos morbosos producidos por la presencia del *trichina spiralis* en el cuerpo humano.

Caractéres zoológicos. Este parásito, que está encerrado en un quistecito, es cilíndrico, se halla arrollado sobre sí mismo dos veces ó dos y media, y tiene la longitud de 8 milímetros próximamente; en sus dos extremidades se distingue un canal alimenticio.

Historia. Este parásito habia sido descrito por Owen en 1835; pero no se le atribuia ningun síntoma especial, hasta que en 1860 Zencker (de Dresde) designó como producidos por los triquinos ciertos accidentes graves, reumáticos y tifoideos que observó en una enferma muerta en el hospital, y por primera vez pudo remontarse á la causa de su presencia en el hombre, es decir, á la ingestion de jamon y salchicha confeccionada con carne de un cerdo atacado de triquinos; otras muchas personas que habian comido de este cerdo fueron acometidas de accidentes análogos, pero no sucumbieron. Esta observacion dió lugar á experimentar en los conejos, haciéndoles tragar larvas de triquinos, y se desarrollaron en estos animales en número prodigioso. Desde entonces se han hecho muchas observaciones y se han publicado algunos escritos sobre esta enfermedad en Alemania, Bélgica y Francia.

Etiología. En el hombre la triquinosis resulta únicamente del uso de la carne de cerdo con triquinos, principalmente cuando se come cruda ó ahumada, pues cuando ha sufrido una cocion fuerte, el calor mata los triquinos, así como tambien cuando está bien asada. Parece que los niños resisten más que los adultos á la infeccion de los triquinos, lo que, segun Niemeyer, se debe tal vez á que la carne que comen atraviesa su tubo digestivo sin ser digerida. Hasta ahora la enfermedad no ha sido frecuente más que en Alemania, pues en Francia se han observado pocos casos.

Sintomatología. «Se pueden admitir con Vogel dos períodos.—En el primero, que comprende los primeros dias que siguen á la infeccion, no existe ningun síntoma, ó cuando más algunos ligeros trastornos gástricos, raras veces diarrea, pudiendo encontrarse en las deposiciones algunos triquinos. El segundo período es más característico. Desde luego hay una ligera enteritis caracterizada por la contraccion espasmódica del intestino con extreñimiento. En los casos ménos graves se unen á estos signos fatiga y malestar. En los casos más intensos estalla la fiebre con un conjunto de fenómenos gastro-

tifoideos, pero rarísimas veces con accidentes cerebrales. Estos fenómenos presentan de característico, que á medida que los triquinos caminan á millares en la mayor parte de las regiones, producen sensaciones dolorosas como las producidas por el reumatismo y desórdenes funcionales variables, segun los músculos invadidos, que pueden tener su volúmen normal ó adquirir un aumento de volúmen y de elasticidad más ó ménos considerable. Un edema que se manifiesta desde luego en la cara y en los párpados, movimientos muy dolorosos y muy difíciles, que en muchas ocasiones hacen arrancar gritos y gemidos; ronquera; dificultad de la masticacion, de la deglucion, disnea como consecuencia de estar afectos los músculos que presiden á estos actos funcionales: tales son los principales fenómenos observados. Pueden adquirir tal gravedad que el enfermo permanece inmóvil, con los miembros contraidos y medio doblados por temor del dolor que provocan los menores movimientos. Estas contracciones espasmódicas unidas al aumento de volúmen de los músculos producen dificultad en la circulacion, y en su consecuencia el edema, que se muestra desde luego en la cara y en los párpados, y que puede extenderse al resto del cuerpo en los casos más graves. A estos accidentes viene á unirse una fiebre más ó ménos intensa de forma tifoidea con pulso acelerado y elevacion de la temperatura, sudores profusos, anorexia, debilidad, demacracion y con frecuencia diarrea rebelde.»

Curso, duracion y terminacion. El curso es contínuo, la convalecencia es larga en los casos graves. La duracion es de varios dias á seis semanas. La terminacion puede ser por la curacion, en cuyo caso se ponen ménos rígidos y doloridos los músculos, disminuye la temperatura del cuerpo y la frecuencia del pulso, se hacen ménos profusos los sudores y ménos ardiente la sed y reaparece el apetito. Tambien puede terminar por la muerte.

Pronóstico. El pronóstico de la triquinosis es grave, pero la enfermedad no es siempre mortal.

Tratamiento. Para preservarse de la enfermedad hay que abstenerse de comer carne de cerdo, á ménos que no haya sufrido una preparacion de las que dan seguridad de haber matado los triquinos que pudiera contener. Contra la enfermedad se ha recomendado el nitro-picrato de potasa, pero no

están bien averiguadas sus propiedades antihelmínticas. Tambien se ha recomendado la bencina en cápsulas á la dósis de 4 á 8 gramos al dia, pero esta sustancia no debe tener accion sino sobre los triquinos que se hallan aun en el tubo digestivo. Contra estos mismos pueden emplearse algunas dósis de los calomelanos, repitiendo su administracion cierto número de veces. En los demás casos el tratamiento tiene que ser sintomático.

EPIZOARIOS.

Se llaman epizoarios todos los animales parásitos que viven en la superficie del cuerpo ó en el espesor de la piel y del tejido celular subcutáneo.

SARNA.

Definicion. Es una enfermedad contagiosa, que aparece casi exclusivamente en la comisura de los dedos y en la flexura de las articulaciones, y se caracteriza por una erupcion de vexiculitas acompañadas de un prurito intenso y que contienen en su interior un parásito denominado *acarus* de la sarna.

Caractéres del acarus. Es un animalito aracnóideo, que á simple vista se presenta como un cuerpo blanquecino del tamaño de la punta de un alfiler. Visto con el microscopio tiene una forma globulosa, cubierto con una especie de concha que le hace asemejarse á las tortugas; su dorso está arqueado y marcado por estrías trasversales paralelas; tiene ocho patas, de las cuales las cuatro anteriores están provistas de ventosas; entre las patas delanteras sale la cabeza que en su cara inferior está armada de dos mandíbulas córneas separadas por una hendidura. Este animal abre entre las láminas de la epidermis surcos más ó ménos largos, rojos ó blanquecinos, que presentan muchas sinuosidades, y en el que se aloja, no en las vexículas como habian creido algunos. En estos surcos se encuentran huevos en distintos grados de desarrollo, pieles vacías procedentes de las mudas y heces negruzcas. Segun las investigaciones de Aubet, es un animal nocturno que durante la noche ataca á la piel en distintos puntos y se dirige á la superficie para ayuntarse.

Etiología. Esta enfermedad se adquiere siempre por contagio inmediato, el cual favorecen una piel fina y permeable, el temperamento linfático, la juventud y una temperatura elevada. Se observa con más frecuencia en el hombre y en las personas desaseadas y de malas costumbres.

Sintomatología. Verificado el contagio de la sarna, hay hasta la aparicion de esta un período de incubacion que ordinariamente dura cuatro ó cinco dias en los niños, de quince á veinte en los adultos y más largo tiempo en los viejos. Pasado este período se anuncia la sarna por un prurito incómodo en las partes contagiadas, que se exacerba con el calor, los ejercicios, las bebidas alcohólicas y todas las causas excitantes. Este prurito, que molesta sobre todo por la noche, se acompaña de la erupcion de unas vexiculitas rosadas que se presentan al principio entre los dedos y cara interna de las muñecas, pero que se propagan pronto al antebrazo y otros puntos del cuerpo. Examinando atentamente estas vexículas se ve que terminan en ellas unas rayas sinuosas ó angulosas, que son los surcos de que hemos hecho mérito. Las vexículas se rasgan, y el líquido sucio y viscoso que contienen se derrama al exterior y se concreta en forma de costritas sanguinolentas. En algunos sugetos irritables ó sanguíneos, ciertas vexículas adquieren el carácter pustuloso, y entonces se forman costras negruzcas bastante gruesas. La sarna se complica á veces con otras afecciones de la piel, como el líquen, el prurigo, el eczema, el ectima, el forúnculo, etc.

Curso, duracion y terminaciones. Por lo general sigue un curso agudo, sobre todo en los jóvenes, personas robustas y en el verano. A veces puede durar muchos años. Nunca termina por sí sola por la muerte, pero nunca concluye de un modo espontáneo.

Diagnóstico. No se pueden confundir el líquen y el prurígo con la sarna, porque estas son enfermedades papulosas; además el líquien ocupa casi siempre la cara externa de los miembros, y el prurigo la espalda, los hombros y las caras dorsales y externas de los miembros. Pudiera confundirse más fácilmente con el eczema, que es una erupcion vexiculosa, pero en esta no existe el surco que se descubre en la sarna.

El ectima es una erupcion pustulosa que tampoco presenta surco.

Pronóstico. Es una enfermedad que no es peligrosa.

Tratamiento. El tratamiento de la sarna tiene por objeto destruir los *acarus* y los huevos contenidos en los surcos; para esto se emplea generalmente la pomada de azufre, compuesta de 15 gramos de este y 30 gramos de manteca, para darse dos fricciones al dia, ó la pomada de Helmerich, de 8 gramos de carbonato potásico, 15 de azufre sublimado y 30 de manteca. Tambien suelen emplearse las lociones de Dupuitren hechas con una disolucion de 120 gramos de sulfato de potasa en 1 litro de agua. Igualmente se recomienda mucho la pomada de Vezin, compuesta con 30 gramos de azufre en polvo, 8 gramos de eléboro blanco, 50 centígramos de nitró, 30 gramos de jabon negro y 90 gramos de manteca. Cazenave usa lociones fuertes con la preparacion siguiente: esencia de menta, de romero, de espliego y de limon cuatro gotas, 45 gramos de alcohol y 5 litros de infusion ligera de tomillo. El tratamiento rápido de la sarna por Hardy consiste en una friccion de media hora con jabon negro, un baño de una hora en el que se continúa la friccion, y despues de salir del baño friccion de otra media hora por todo el cuerpo con la pomada de Helmerich. El tratamiento rápido de la sarna por Vleminckx, médico belga, es el siguiente: friccion por media hora en todo el cuerpo con el jabon negro, despues un baño comun templado de media hora, al que sigue friccion general de media hora con el sulfuro calcáreo (flor de azufre, 100; cal viva, 200; agua, 1.000; hágase hervir, y cuando se haya operado la combinacion, déjese enfriar), y por fin lavatorio general con agua templada.

PIOJOS.

El *piojo* tiene el cuerpo aplastado, casi trasparente, dividido en once ó doce segmentos, de los que el primero forma una especie de coraza ó peto; sus patas cortas están terminadas por una uña muy fuerte; su cabeza, provista de dos ojos, termina por un mamelon tubular que contiene un chupador. Se conocen tres especies de piojos, que son el de la cabeza, el del cuerpo y el del pubis.

El *piojo de la cabeza* se presenta con frecuencia en los niños, en los sugetos desaseados y en los que padecen afecciones crónicas del cuero cabelludo; se observan tambien durante el curso ó á consecuencia de enfermedades más ó ménos graves. Producen un prurito incesante que irrita el cuero cabelludo, y en algunos niños muy pequeños y excitables pueden determinar insomnio, agitacion y excitacion nerviosa febril. Para destruirlos se debe peinar á menudo á los sugetos, hacer que lleven el pelo corto, prescribir lociones jabonosas ó alcalinas ó recurrir á las hechas con los cocimientos de centáura menor y estafisagria y á los polvos de la simiente de ápio y de perejil espolvoreados sobre la cabeza.

El *piojo del cuerpo* se trasmite como el de la cabeza por comunicacion directa y produce gran comezon y diversas alteraciones de la piel, como pápulas rojizas, manchas tuberculosas y pústulas. El prurito es á veces tan insoportable que determina malestar general, lipotimias seguidas de movimientos nerviosos y algunas veces síncopes. Tambien determina insomnio, que cuando es muy duradero altera la constitucion, trastorna las digestiones y hace demacrarse á los enfermos. Se destruyen los piojos del cuerpo á beneficio de baños sulfurosos, alcalinos y mercuriales. Las fumigaciones de cinabrio es un medio muy eficaz.

El *piojo del pubis* ó *ladilla* puede existir en las axilas, las patillas, las cejas y más especialmente en el pubis. Es más pequeño que en las demás especies, se propaga por contagio, se adhiere fuertemente á los pelos, ocasiona una comezon insoportable y produce en la piel granulaciones rojas y erupciones pruriginosas ó eczematosas. Para hacerlos desaparecer se dan fricciones mercuriales, que se hacen seguir de baños y lociones jabonosas.

PARÁSITOS VEGETALES.

Pueden desarrollarse en ciertas partes del cuerpo humano y en determinadas circunstancias ciertos vegetales de órden inferior, como son algas y hongos; mas estos parásitos vegetales necesitan para desarrollarse y multiplicarse, ya una dis-

posicion morbosa particular de la constitucion, ya una alteracion local del tejido donde se desarrolla.

Unas especies se desarrollan, ya en la superficie de la piel, ya alrededor de los pelos ó aun en los folículos pilosos; no crecen sino en los individuos predispuestos por un estado morboso general, ó que se hallan en malas condiciones; otras nacen en los tejidos próximos á la descomposicion ó sobre las partes cubiertas de una materia segregada que fermenta.

El tratamiento de estas enfermedades consistirá en el primer caso en destruir por medios locales los gérmenes de los órganos y combatir el estado general constitucional, y en el segundo caso en modificar la superficie en que crecen los parásitos.

MUGUET.

Definicion. Es una afeccion dependiente de la produccion de un parásito vegetal de la clase de los hongos, al que se ha dado por Robin el nombre de *oidium albicans*, y caracterizada por pequeñas concreciones blanquecinas, diseminadas ó reunidas por placas y análogas á la leche cuajada.

Sinonimia. Se la ha denominado tambien estomatitis cremosa, estomatitis pultácea, mal blanco, orlin.

Etiología. La causa más principal del desarrollo de la enfermedad es la produccion del parásito vegetal dicho, pero es indudable que este gérmen no puede fijarse en la mucosa sino bajo ciertas condiciones favorables al desarrollo del vegetal. El *muguet* existe en todas las edades, pero es sobre todo más comun en los primeros dias ó primeras semanas de la vida. Favorecen su desarrollo las condiciones higiénicas desfavorables, como una mala alimentacion, una habitacion húmeda y desaseada, el hacinamiento. Es más frecuente la enfermedad en los niños pobres que en los ricos, pues en estos últimos siempre reconoce por causa la lactancia artificial, los esfuerzos de succion cuando el pezon es muy corto, demasiado grueso y agrietado, ó cuando es desigual y demasiado duro. Otras veces la enfermedad es secundaria á una entero-colitis aguda ó á un estado general grave. En los adultos se presenta como epifenómeno de las enfermedades graves y debilitantes poco antes de la muerte. Aunque algunas veces se haya visto

tramitirse de una boca á otra, no puede considerarse como contagiosa.

Sintomatología. Esta enfermedad ocupa en el mayor número de casos los bordes y cara superior de la lengua, las encías, la cara interna de los labios y los carrillos, los demás puntos de la cavidad bucal, rara vez el esófago, el estómago, los intestinos y la márgen del ano. Generalmente no existen prodromos; la lengua se pone rubicunda y sus papilas prominentes; esta rubicundez se extiende á otros varios puntos de la boca, cuya mucosa se presenta seca, reluciente y ardorosa. Al cabo de uno ó tres dias se ven aparecer en los puntos que quedan dichos una especie de sarro caseoso, pultáceo, que se parece á la leche cuajada y se halla ya bajo la forma de puntos blancos parecidos á los granos de sémola, discretos ó confluentes, ya bajo la forma de una capa uniforme ó chapas mamelonadas. El *muguet* en su forma más benigna es puramente local y no produce ningun trastorno general, pero si la afeccion se extiende sobreviene calentura, diarrea, meteorismo, deposiciones verdaderas y pultáceas, vómitos, gran sed, demacracion rápida, y por fin sobreviene la muerte en un estado de extrema postracion.

Curso, duracion y terminaciones. El curso del *muguet* es agudo y contínuo, siendo raro que pase al estado crónico. La duracion de la enfermedad es solo de unos seis dias, á ménos que no sobrevenga alguna complicacion flegmásica. Termina casi siempre por la curacion cuando es benigna, pero lo hace por la muerte cuando se extiende al intestino ó es un epifenómeno del último período de las enfermedades graves.

Anatomía patológica. La exudacion blanda, pultácea y parecida á la leche cuajada se encuentra en la boca, faringe y esófago, raras veces en el estómago y más raras aun en el tubo intestinal. Examinadas al microscopio estas sustancias cremosas, se las encuentra compuestas de céiulas epiteliales antiguas y nuevas, de glóbulos de grasa, entre los cuales se ven otras células redondas (*esporos de hongo*) y filamentos particulares; en una palabra, un conjunto de vegetales criptógamos, «provistos de raíces implantadas en las células del epitelium, al que perforan, desarrollándose en tallos y ramas que llevan gérmenes de $\frac{1}{200^{a}}$ á $\frac{1}{500^{a}}$ de milímetro.»

Diagnóstico. Es bastante claro y no ofrece dificultad ninguna.

Pronóstico. Solo es leve cuando el sugeto es robusto ú ocasiona poca fiebre y diarrea. En el caso contrario es grave, y más aun si es epifenómeno de una enfermedad visceral grave.

Tratamiento. Lo primero es necesario oponerse á las malas condiciones higiénicas que tanto favorecen el desarrollo del muguet, teniendo cuidado de limpiar la boca del niño cada vez que concluya de mamar con agua clara ó con vino aguado. Cuando el mal sea idiopático y solo exista la irritacion de la mucosa, se recomendará el uso de los colutorios emolientes, y cuando los niños no los puedan hacer, como sucede generalmente, se tocarán las partes enfermas con estos mismos emolientes con ayuda de un pincel. Cuando existen las concreciones pultáceas se separan con cuidado y se tocan las partes enfermas con el zumo de limon, una mezcla de borax y miel rosada, una disolucion de alumbre más ó ménos dilatada, ó una de clorato de potasa (2 gramos por 120 de agua). Cuando el muguet es muy confluente y no bastan estos medios, se debe aplicar sobre la mucosa el nitrato de plata sólido. Deben combatirse con sumo cuidado los síntomas generales y particularmente la diarrea.

ACNÉ.

Solo una de las especies de *acné* se considera como enfermedad parasitaria, que es el *acné moluscóide*, pero al mismo tiempo que la describimos como comprendida en la clase de enfermedades que ahora nos ocupa, describiremos tambien las demás especies que corresponden á la clase de las fluxiones, seccion de hipersecreciones.

Definicion. Segun Cazenave, el acné es «una enfermedad de los folículos de la piel caracterizada por una lesion de secrecion de la materia sebácea, por una hipersecrecion más ó ménos abundante de esta materia, por fenómenos de inflamacion y de congestion.»

Divisiones. Son varias las especies admitidas por los dermatólogos, como son: el *simplex*, el *indurata*, el *rosácea*, el *sebácea* y el *moluscóide*.

Etiología. El acné *moluscóide* ataca casi exclusivamente á los niños; el *simplex*, *puntata* y *sebácea* son propios de la adolescencia; el *indurata* de la juventud, y la especie *rosácea* apenas afecta más que á los adultos. Es más frecuente en la mujer que en el hombre y coincide generalmente con una excelente constitucion. Se le asignan tambien como causas los excesos de la mesa y de los alcohólicos, los alimentos muy condimentados, la falta de limpieza, las afecciones morales y el abuso de los cosméticos. Tambien se consideran como causas de la afeccion la herencia, la influencia de los climas frios y húmedos. El acné no es contagioso, si se exceptúa el *acné molluscum*.

Sintomatología. Los síntomas de esta enfermedad varían segun las especies.

Acné simplex. Afecta de preferencia á las jóvenes y se manifiesta sobre todo en la frente, los hombros, la nariz, sin que le precedan ni acompañen síntomas generales ni locales, á no ser en ciertos casos un prurito ligero. La enfermedad está constituida por unos puntitos rojos, salientes, que descansan sobre una base indurada, que á los cuatro ú ocho dias se vuelven pustulosos, dan lugar á veces á una supuracion lenta y á la formacion de una costrita, que deja á su caida un punto rojizo ó una cicatricilla blanquecina. La erupcion se acompaña de un estado graso como oleoso de los puntos afectos. En esta especie debe incluirse á la forma *puntata* á causa de los puntitos negros que en ella se observan.

Acné indurata. Se manifiesta sin trastornos generales ó locales apreciables: está constituida por pústulas cónicas, indolentes, de color violado, que descansan sobre una base roja indurada, que supuran lentamente; la costra que se forma deja cuando se cae una induracion del dermis que en ocasiones ocupa tambien el tejido celular subyacente. Esta especie se acompaña del estado oleoso de la piel como la anterior.

Acné rosácea. Se anuncia por rubicundeces eritematosas fugaces que desaparecen y vuelven á aparecer para persistir más tiempo, y por fin se hacen permanentes. La erupcion está irregularmente extendida por la cara, pero sobre todo en la nariz y las mejillas, y está constituida por pustulitas rojas diseminadas ó reunidas en placas que supuran incompletamente: la piel que las separa presenta un color rojo acompa-

ñado de induracion. Se presentan erupciones sucesivas, las que produciendo una congestion habitual de la piel, determinan su hipertrofia y endurecimiento, y á veces presenta algunas desigualdades á manera de mamelones; las venas cutáneas se dilatan, se ponen varicosas y forman líneas azuladas, irregularmente diseminadas por la piel, que dan á la fisonomía un aspecto particular.

Acné sebácea. Se manifiesta sin trastornos generales ó locales apreciables; consiste en una hipersecrecion de la materia sebácea, que hace que la piel tome un aspecto oleoso ó grasoso, pero sin cambio de color en la misma. Esta materia, fluyendo al exterior, permanece en los puntos afectos, y acumulada en ellos concluye por formar una especie de capa escamosa al principio, blanda y poco adherente, pero que cada vez adquiere más consistencia y adherencia al propio tiempo que se ennegrece por el contacto del aire tomando un color cada vez más oscuro. Si se arranca esta costra se encuentra debajo de ella la piel roja oleosa y húmeda y los orificios de los folículos dilatados. A veces puede caer espontáneamente, pero tanto en uno como en otro caso, no tarda en reaparecer.

Acné molluscum. En esta especie la materia sebácea, en vez de derramarse al exterior como en la especie precedente, queda encerrada en el folículo, al que distiende á veces de un modo considerable. Esta forma empieza por una pequeña papulita que crece lentamente y forma poco á poco verdaderos tumores, cuyo volúmen varía desde el de un grano de mijo hasta el de un guisante, una avellana y aun más; son ordinariamente sesiles semitrasparentes, vasculares en su base y de un color gris, amarillo súcio ó casi del color de la piel. Algunas veces forman punta, pero lo más generalmente están abultados y como aplanados en su vértice. Estos tumores ofrecen de característico el existir en su vértice un orificio más ó ménos abierto que corresponde á la abertura del folículo; oprimiendo este tumor se hace salir por este orificio una sustancia de un blanco sucio consistente y vermiforme, que es la materia sebácea concreta, la cual examinada con el microscopio deja ver glóbulos grasosos, células de epithelium y casi constantemente, segun Hardy, tubos ramificados y esporos de *criptogama*. Los tumores, en vez de ser sesiles, son algunas veces pediculados, de modo que representan un cono,

cuyo vértice se adhiere á la piel. Algunas veces se desarrolla en estos tumores por un accidente fortuito, una inflamacion, supuran, desaparecen y queda en su lugar una cicatriz roja y completamente plana. Es contagioso.

Duracion. El *simplex* dura de algunas semanas á algunos meses; el *indurata* dura por lo general mucho tiempo, pues sigue una marcha crónica; el *rosácea* tiene tambien una duracion larga; el *sebácea* puede durar de algunas semanas á muchos años, y el *molluscum* tiene una duracion muy larga.

Diagnóstico. Es fácil, porque hay que tener en cuenta que el acné está caracterizado por un estado grasoso como oleoso de la piel que solo á él pertenece, lo cual ayuda al diagnóstico.

Pronóstico. El acné no es una enfermedad grave, pero es muy incómoda y se resiste mucho á los medios terapéuticos.

Tratamiento. El del acné varía, segun las formas de la afeccion. El *simplex* no requiere otro tratamiento que un régimen suave y vegetal, algunas bebidas amargas, las lociones emolientes con el agua de salvado ó los mucílagos de goma ó membrillo. Cuando recae en sugetos jóvenes y robustos podrá ser necesaria la sangría; si coincide con la primera época menstral se favorecerá esta funcion con los medios apropiados. Tambien son útiles en esta especie los baños y los laxantes. En el *acné indurata* se emplearán los sudoríficos, los purgantes, y sobre todo los laxantes repetidos, las aguas sulfurosas naturales en bebida y lociones. Para favorecer la resolucion de los tubérculos se acudirá á los baños alcalinos, las fricciones con la pomada de protocloruro de mercurio, ó la de ioduro de azufre, las lociones de agua destilada de espliego y de salvia alcoholizadas, el licor de Gowland y los chorros de vapor acuosos, sulfurosos y aromáticos. El *acné rosácea* requiere un régimen severo, abstencion de todo exceso en el comer, en el trabajo ó en el ejercicio, evitar las insolaciones y la influencia del calor del fuego. Si coincide con la época crítica se aplicarán sanguijuelas, y si está relacionado con trastornos menstruales se combatirán estos. Al interior se usarán bebidas amargas ó 2 cucharadas al dia de una mezcla de 2 gramos de bicarbonato de sosa en 125 de jarabe de genciana. Como medios tópicos se emplearán lociones con coci-

miento de salvado ó espolvorear los puntos enfermos con almidon seco. Las pomadas son inútiles. El *acné sebácea* exige un régimen suave, el uso de algunos amargos y de los laxantes, y como medios tópicos las lociones amoniacales, los baños y chorros de vapor y las lociones con alguna infusion aromática. El *acné molluscum* exige el exprimir y sacar la materia sebácea cuando es posible, y cuando esto no es posible practicar la excision de los tumores cuando lo permita su forma, ó incindirlos y cauterizarlos.

MENTAGRA Ó SICOSIS.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por pustulitas acuminadas que supuran incompletamente, se hallan diseminadas en la barbilla, labio superior, carrillos y region submaxilar, á las que pueden suceder induraciones tuberculosas.

Etiología. Se consideran como causas predisponentes el sexo masculino; la edad adulta y la juventud, el temperamento bilioso sanguíneo, el grosor y dureza de la barba, una susceptibilidad de la piel, los excesos de régimen. Como causas determinantes se tienen las profesiones que exponen al calor de un fuego ardiente, la falta de limpieza y la irritacion que produce en la piel el acto de afeitarse.—Se encuentra en esta enfermedad el parásito vegetal conocido con el nombre de *microsporon mentagrophito*, y segun algunos el *trichophyton tonsurans*, que tambien se encuentra en la tiña tonsurante. Se tienen sospechas de que esta enfermedad sea contagiosa.

Síntomas y curso. Existe raras veces en el estado francamente agudo, en cuyo caso se termina en siete ú ocho dias para no volver más; lo más comunmente se presenta en estado crónico constituido por una série de erupciones, que existen, ya en el estado agudo, ya en el crónico. La mentagra va generalmente precedida de tension y á veces de calor, hinchazon y rubicundez de la parte. Al principio consiste en pequeños brotes de granitos rojos que se engruesan pronto, y se convierten pronto en pústulas generalmente discretas, acuminadas, que supuran incompletamente, son reemplazadas por costras pequeñas, que se secan y caen de los cinco á los siete

dias. Las erupciones, al principio muy distantes unas de otras, se hacen cada vez más intensas y numerosas, se acompañan de más tension, calor y dolor y las pústulas que las constituyen pueden estar aglomeradas en ciertos puntos, en cuyo caso se acompañan de dolores lancinantes; son siempre salientes, están atravesadas en su centro por un pelo y contienen un pus blanco amarillento; tambien son más persistentes y dan orígen á costras cada vez más gruesas y parduzcas que, al desprenderse, quedan adheridas á los pelos y dejan en su lugar un punto deprimido. Continuándose estas erupciones unas despues de otras se engruesa la piel, se desarrollan induraciones tuberculosas del tamaño de una avellana, rojas, relucientes, que pueden llegar á ser tan considerables que deforman la cara: estos tubérculos pueden presentarse en ciertos individuos desde el principio de la erupcion. La inflamacion puede invadir el tejido celular y determinar verdaderos abscesos, y se destruyen en muchos puntos los bulbos de los pelos.

Duracion y terminaciones. La duracion de la sicosis es muy variable y en el estado crónico es siempre larga y tenaz. Esta enfermedad recidiva con frecuencia. Cuando termina por la curacion, las induraciones tuberculosas se disminuyen y se resuelven, las erupciones pustulosas son ménos frecuentes y numerosas y por fin la enfermedad desaparece, dejando por cierto tiempo una ligera esfoliacion epidérmica.

Diagnóstico. La sicosis no puede confundirse con el *impetigo figurata*, porque éste siempre está caracterizado por pústulas aplanadas, aglomeradas, que supuran por completo, y da lugar á la formacion de costras espesas, blandas, anchas, amarillentas, semejantes á piel seca. Tampoco puede confundirse con las *pústulas sifilíticas*, porque en estas no hay tension ni dolor, son aplanadas y descansan sobre una aureola de un rojo cobrizo. No se confundirá con los *tubérculos sifilíticos*, porque estos son en general superficiales, relucientes, aplastados, de color cobrizo. Igualmente no puede confundirse con el *ectyma*, porque en este las pústulas son más anchas, su base está inflamada y sus costras son más gruesas, adherentes y estensas.

Pronóstico. Por lo general es una afeccion muy tenaz, pero que no compromete la vida.

Tratamiento. Se evitarán ó alejarán las causas que han

producido ó que entretienen la enfermedad; se pescribirá un régimen severo, las bebidas refrigerantes, y si se presenta en el estado agudo ó desde el crónico vuelve á él, son convenientes las evacuaciones sanguíneas, como la aplicacion de sanguijuelas detrás de las orejas y aun la sangría. Como medio tópico se usarán los fomentos emolientes, las cataplasmas de fécula de patatas y de agua de malvas. Cuando se halla en estado crónico son muy útiles los chorros alcalinos ó de vapor acuoso. Tambien se emplearán las pomadas resolutivas con el protocloruro amoniacal de mercurio ó la de ioduro de azufre, dando una untura por la mañana y otra por la noche, y despues de ella se lavarán las partes enfermas con una disolucion de subcarbonato de potasa. Como medios auilxiares del tratamiento se emplearán los laxantes, los tónicos y los sudoríficos. En vez de afeitar la barba debe dejarse crecer ó cortarla con unas tijeras corvas en su punta.

TIÑA Ó FAVUS.

Definicion. Se conoce con este nombre una enfermedad contagiosa de la piel que ocupa generalmente el cuero cabelludo, pero que puede presentarse en otras partes del cuerpo, y caracterizada por el desarrollo de un hongo conocido con el nombre de *achorion Schœnleinii*, reuniéndose varios de ellos para formar costras secas de color amarillo de paja.

Etiología. Esta enfermedad, que como acabamos de decir es debida al desarrollo de un parásito vegetal, se la encuentra en todos los climas, en todas las estaciones, y se desarrolla en la primera infancia y durante la pubertad. Parece que favorecen el desarrollo de la enfermedad la miseria, una mala alimentacion, el habitar sitios mal sanos y húmedos y sobre todo la suciedad y el contagio.

Sintomatología. La erupcion favosa empieza por un número mayor ó menor de corpusculitos amarillos del tamaño de una cabeza de alfiler que están encerrados en el dérmis, al que deprimen y al cual se adhieren fuertemente. Estos corpúsculos consisten en un acumulo de hongos que forman una costra redondeada, plana ó cóncava en su superficie á modo de platillo ó escudilla, convexa por el lado que se adhiere á la

piel, implantada en una foseta del dérmis atrofiado y de un diámetro que varía de 1 á 15 milímetros; á veces se prolonga bajo la forma de un pequeño pedículo muy corto y obtuso; la cara libre es la parte más ancha del hongo, excede por lo general del nivel de la piel, presenta los bordes algo revueltos y una depresion central. Estas costras gruesas, secas y de color amarillo de azufre están atravesadas por uno ó muchos pelos, los cuales se ponen secos, delgados, quebradizos, se decoloran y caen; á medida que las costras son más antiguas, toman un color blanquecino, y si se las arranca queda en su lugar una depresion lisa, de un tinte rojo, que no tarda en desaparecer. Cuando las costras son confluentes llegan al cabo de algun tiempo á tocarse y confundirse por algun punto de su circunferencia formando placas más ó ménos anchas, irregulares, prominentes, rugosas, secas, adherentes y que pierden mucho de su disposicion primitiva de platillo. Más tarde, haciendo progresos la enfermedad, se cubre todo el cuero cabelludo de una especie de gorro costroso, grueso y desigual, cuyas costras si se caen por sí mismas ó se provoca su caida, dejan al descubierto la piel roja, húmeda, escoriada y sembrada de úlceras más ó ménos profundas; el tejido celular subcutáneo está tambien rojo é inyectado, los ganglios linfáticos próximos están infartados y á veces se forman abscesos. La cabeza del enfermo exhala un olor nauseabundo que se ha comparado al de la orina del gato. La enfermedad produce las más veces un prurito insoportable, siendo tambien frecuente que vaya acompañada de una enorme produccion de piojos. El prurito producido por la enfermedad ó por los piojos determina con bastante frecuencia inflamaciones eczematosas é impectiginosas del cuero cabelludo.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta enfermedad es contínuo y crónico. La duracion es de muchos meses ó muchos años. La terminacion de esta enfermedad puede ser por la curacion, pero son frecuentes las recidivas; en otros casos ejerce un influjo desfavorable sobre la economía, produce demacracion y un estado caquéctico.

Diagnóstico. No ofrece por lo general dificultad, porque los discos bien redondeados, de un color amarillo azafranado, elevados en sus bordes, deprimidos en su centro y enclavados en el espesor de la piel caracterizan bastante la enferme-

dad, además que el examen microscópico quitará toda duda.

Pronóstico. La tiña es una enfermedad grave por su rebeldía y por la influencia general que suele ejercer sobre la economía.

Tratamiento. Está probado por la experiencia que los remedios internos no tienen eficacia contra esta enfermedad, y que solo pueden ser útiles como auxiliares y para modificar el temperamento linfático, que es el predominante en estos enfermos; así que se podrán emplear con este objeto los amargos, los tónicos, los ferruginosos y el aceite de hígado de bacalao. El verdadero tratamiento es el tópico, y como el desarrollo de los hongos invade los folículos pilosos y los mismos cabellos, hay que empezar por cortar el pelo y hacer caer las costras por medio de cataplasmas aplicadas durante algun tiempo y limpiar la cabeza varias veces al dia con jabon y cepillo suave; despues se prescribe por la noche unturas con las pomadas de borax, de calomelanos ó de turbith mineral, y lociones por la mañana con una ligera disolucion de sublimado. Más tarde se recurre á los diferentes depilatorios, como el sulfhidrato de cal, la calota preparada con la goma amoniaco, como recomienda M. Evens, ó la pomada epilatoria de M. Mahon. Segun Niemeyer es preferible arrancar uno á uno los cabellos enfermos con unas pinzas de pestañas, operacion que se debe practicar diariamente por espacio de algunos meses consecutivos. Se secundará la accion de estos medios con los baños, y mejor los chorros en forma de regadera emolientes, sulfurosos ó alcalinos.

PITIRIASIS VERSICOLOR.

Etiología. Esta enfermedad tiene su orígen en el desarrollo de un hongo parásito, conocido con el nombre de *microsporon furfur*, y en el cual predominan los filamentos sobre los esporos.

Sintomatología. Esta enfermedad tiene su asiento sobre el cuello, el pecho, el vientre, la espalda y los brazos; se manifiesta bajo la forma de manchitas redondas de extension variable, de color amarillo oscuro, algunas veces parduzco; estas manchas están siempre cubiertas de una esfoliacion farinácea blanca y seca; se acompaña la enfermedad de ligeros picores.

Diagnóstico. Se distingue de las *efelides* por la presencia constante de la descamacion furfurácea, que nunca existe en estas.

Pronóstico. No es grave, pero es una enfermedad bastante rebelde.

Tratamiento. Se combate ventajosamente con los baños y lociones sulfurosas, ó con dos fricciones al dia con el jabon negro.

ÚLTIMA CLASE DE ENFERMEDADES.

Vamos á ocuparnos de una enfermedad, la *difteria*, que no hemos colocado entre las fiebres porque solo en el principio de ella se suele manifestar la calentura; Bretonneau y algunos otros la consideraron como una inflamacion especial, mas nosotros no la hemos colocado entre estas, porque si bien es verdad que el elemento inflamatorio puede ejercer su papel en esta enfermedad, es tambien lo cierto que este es muy secundario y que el tratamiento antiflojístico es perjudicial en la afeccion que nos ocupa; tampoco ha podido clasificarse entre las fluxiones porque no afecta los caractéres de estas; entre las discrasias pudiera á primera vista considerarla bien incluida, porque presenta una alteracion de la sangre consistente en tomar esta una coloracion diferente de la normal, parecida al *zumo de regaliz*, y presentar un exceso de albúmina las orinas; pero estas alteraciones por un lado no son constantes, y por otro ejercen un papel secundario en la enfermedad para que esta pueda considerarse como una discrasia. Recordando los caractéres de las neuroses y los de las lesiones orgánicas, y comparándolos con los que diremos presenta la difteria, se verá sin gran esfuerzo que en estas no es posible clasificarla, así como tampoco entre las diatesis; por estas razones hemos tenido la necesidad de colocar en otra clase distinta de enfermedades la difteria para poder ocuparnos de ella y de sus manifestaciones más importantes.

DIFTERIA EN GENERAL.

Definicion. Es una enfermedad contagiosa, cuya manifestacion local más característica es la produccion en las mucosas y la piel denudada del epidermis, de una exudacion pseudo-membranosa particular, que puede acompañarse de fenómenos generales más ó ménos graves.

Etiología. Esta enfermedad se encuentra en todas las estaciones y climas; tampoco respeta ninguna edad, aunque ataca con más frecuencia á los niños que á los adultos; parece que favorece su desarrollo el aire frio y húmedo. Hoy dia es considerada esta enfermedad como infectiva, debida á un vírus especial. Tambien está puesto fuera de duda que la enfermedad es por excelencia contagiosa, pudiendo verificarse este contagio, ya por el intermedio del aire exhalado por los enfermos, como lo prueban los muchos casos de personas que han adquirido la enfermedad por el solo hecho de haber permanecido en el cuarto de los enfermos sin ponerse en contacto con ellos, ya por contacto directo de las falsas membranas ó de los colgajos desprendidos de la mucosa, como lo prueban los varios casos de médicos infectados al asistir á estos enfermos; por el contacto de los productos morbosos dichos, y aun mejor por el caso citado por Paterson, de un padre que, tratando de quitar las falsas membranas de su hijo con un dedo escoriado, adquirió una difteria cutánea local, síntomas generales graves, y despues una paralísis temporal de los miembros inferiores. Esta enfermedad puede presentarse como esporádica y epidémica.

Caractéres. Esta enfermedad ataca de preferencia á la faringe, la laringe, la tráquea y bronquios; tambien es frecuente verla invadir la mucosa nasal y bucal, la vagina, el prepucio y el glande y la piel denudada de su epidermis.

El carácter más culminante de esta afeccion es la produccion de la *falsa membrana*, que está en un principio formada por una película blanquecina y delgada, sobre todo en sus bordes, que están perfectamente limitados por una línea roja. Esta película, que en los primeros momentos se desprende fácilmente de la mucosa, la cual está por otro lado completamente sana, exceptuando la destruccion de su epitelium, se concreta, se engruesa, se hace opaca de trasparente que era, toma la consistencia membraniforme, y pasadas algunas horas se hace más saliente, toma un color blanco-amarillento, amarillo intenso, gris y aun negro; es cada vez más adherente á los puntos invadidos, y si se la arranca, lo cual ya es difícil, manifiesta la mucosa con un punteado rojizo ó exudando sangre y con frecuencia ulcerada. Estas concreciones diftéricas están compuestas casi únicamente de fibrina, qué al

microscopio presenta un aspecto fibróideo y granuloso, y contiene, ya glóbulos de pus y de sangre, ya células epiteliales de la region afecta. Los caractéres químicos de estas falsas membranas no tienen importancia ninguna. Además de este fenómeno de la produccion de falsas membranas se desarrollan varios síntomas locales, que varían segun el punto en que fija su asiento la enfermedad, como veremos al describir cada una de sus manifestaciones; tambien se suelen presentar varios síntomas generales, que unas veces son proporcionados á los síntomas locales, otras son más exagerados, y por fin en otras son nulos ó casi nulos. La difteria afecta dos formas, una *normal* y otra *maligna*, de que nos ocuparemos al tratar de la angina diftérica.

Complicaciones y accidentes consecutivos. Como complicaciones de la difteria deben considerarse la gangrena, que, aunque raras veces, puede coincidir con las falsas membranas y la asfixia cuando la difteria ocupa el conducto respiratorio. Como accidentes consecutivos tenemos las paralísis diftéricas y las ulceraciones cutáneas.

Pronóstico. La difteria es una enfermedad grave, pues la mayor parte de las veces termina por la muerte, y es aun mucho mayor la gravedad de la difteria maligna, que produce una verdadera intoxicacion.

Tratamiento. Como en cada manifestacion diftérica hemos de exponer el tratamiento que la conviene, nos limitamos á decir de un modo general que para evitar el contagio deben alejarse del lado del enfermo todas aquellas personas que no estén encargadas de asistirle; que en cuanto al tratamiento local deben quitarse las falsas membranas y modificar las partes con los medios que luego se expondrán; que respecto al tratamiento general debemos evitar, no solo el disminuir las fuerzas del enfermo, sino que, por el contrario, debemos instituir un plan tónico, consistente en una alimentacion reparadora, los preparados de quina y los ferruginosos.

ANGINA DIFTÉRICA.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por el desarrollo de falsas membranas en las amigdalas, velo del paladar y sus pilares, que casi siempre se propaga á la faringe y con frecuencia á la laringe y vías aéreas.

Sinonimia. Se la ha denominado tambien con los nombres de úlcera egipciaca y siriaca, angina maligna, lardácea, pseudo-membranosa y difteritis faríngea.

Etiología. Es comun en todos los países; ataca á todas las edades, pero especialmente á la infancia; parece que las mujeres están más predispuestas á padecerla, así como lo están los individuos de temperamento linfático y constitucion débil. Las estaciones frias y húmedas parece que favorecen su desarrollo. Esta enfermedad es contagiosa.

Sintomatología. La enfermedad empieza casi siempre por síntomas poco alarmantes; en algunos casos, dias antes de la invasion del mal suele haber pérdida del apetito, flojedad, desfallecimientos y horripilaciones.

En la invasion de la enfermedad se desarrolla generalmente fiebre de alguna intensidad, que decae al segundo dia y desaparece al siguiente ó al otro; al propio tiempo sienten los enfermos un dolor de garganta poco intenso, ligera dificultad en la deglucion, tumefaccion y enrojecimiento de las amigdalas, aunque generalmente de una sola, la que no tardando se cubre de una película grisácea ó blanco-amarillenta que pronto toma todos los caractéres que, como ya hemos dicho, caracterizan á las falsas membranas. La produccion de estas va precedida de induracion y tumefaccion de los ganglios linfáticos del ángulo de la mandíbula. Las falsas membranas, que pueden en algunas horas invadir todo el istmo de las fauces, suelen estar circunscritas por un círculo rojizo ó violado, y tambien aparecen más delgadas en su circunferencia, y en el centro como abombadas, se condensan por la adicion de nuevas capas que se forman por debajo de las primitivamente desarrolladas. Las concreciones pseudo-membranosas se desprenden mediante una exudacion sanguínea que las hace tomar un color grisáceo ó negruzco y da á la boca y al alimento un olor fétido que ha hecho creer en la existencia de la gangrena. Cuando se desprenden las falsas membranas pueden ser reemplazadas por otras que generalmente son más blancas y delgadas que las primeras. Las concreciones diftéricas se propagan casi siempre á la faringe y con frecuencia á la laringe, produciendo los fenómenos del

crup. Al propio tiempo que estos síntomas locales se presentan otros generales, como son; fisonomía abatida y expresando sufrimiento, pulso frecuente pequeño y contraido, postracion de fuerzas, extreñimiento ó diarrea. Las orinas contienen albúmina.

Los síntomas descritos son los correspondientes á la angina diftérica normal, pues la forma que se llama *maligna* presenta algunas particularidades; los enfermos se quejan de dolor de garganta, sequedad y dificultad de tragar, á veces aun antes de que se presenten las concreciones diftéricas; estas no difieren por lo comun del aspecto que presentan la de la angina diftérica ordinaria, pero alguna vez tienen un color amarillo jaspeado y descansan sobre tejidos de un color rojo lívido, hallándose edematosas las partes muchas veces; la fiebre es más intensa que en la forma normal; el infarto ganglionar es más considerable y se extiende al tejido celular que rodea los ganglios; con frecuencia la piel que cubre este infarto está como erisipelada; las falsas membranas se extienden con más rapidez y es muy frecuente verlas invadir la trompa de Eustaquio y las fosas nasales; en cuanto á los síntomas generales son tambien más graves, hay gran postracion de fuerzas, disminucion de la temperatura, pulso excesivamente débil, tendencia á las lipotimias, delirio, síncope, fenómenos graves que indican una especie de envenenamiento producido por el vírus diftérico.

Curso, duracion y terminaciones. La angina diftérica sigue una marcha rápida. Su duracion puede ser de tres ó cuatro dias cuando termina de un modo funesto, pero por lo regular dura uno, dos ó tres setenarios. Su terminacion puede ser por la muerte, la que casi siempre se verifica por su propagacion á la laringe y raras veces por neumonia intercurrente; tambien puede terminar por la curacion, en cuyo caso los síntomas generales disminuyen de intensidad, el infarto ganglionar se resuelve, las falsas membranas se desprenden y no se reproducen, y si se vuelven á formar son ménos espesas que las primeras; otras veces desaparecen poco á poco.

Diagnóstico. El diagnóstico es fácil una vez que se ha comprobado la existencia de las falsas membranas; sin embargo, algunas veces se han tomado por estas las capas de moco espeso y amarillento que existen en la faringitis simple, pero

basta desprenderle con el mango de una cuchara para reconocer su naturaleza; tambien se han confundido por otros las concreciones pultáceas de la angina escarlatinosa con las falsas membranas, pero estas son blancas, opacas y caseiformes y no ofrecen el aspecto liquenóide ni la coherencia de las falsas membranas diftéricas.

Pronóstico. El de la angina diftérica es muy grave, y mucho más si es epidémica y cuanto más jóven es el enfermo.

Tratamiento. Ante todo debe, como medio profiláctico, alejarse del cuarto del enfermo á todas las personas que no hayan de asistirle. Para combatir la enfermedad han aconsejado algunos las emisiones sanguíneas, tanto generales como locales; pero la naturaleza séptica de la enfermedad, que trae consigo la postracion de fuerzas, hace que sean más bien perjudiciales que útiles. Algunos han recomendado los mercuriales á título de antiflojístico; pero aunque se ha visto producir buenos resultados á los calomelanos administrados á dósis fraccionadas, segun el método del Dr. Law, este buen éxito es debido más bien á la accion tópica del medicamento, que modifica las superficies enfermas al ponerse en contacto con ellas para ser ingerido, que no á la accion antiplástica que ejerce en la sangre y que puede aumentar la debilidad.

El doctor Marchal ha elogiado los buenos efectos del bicarbonato sódico; pero ni la enfermedad da tiempo para que el uso de este alcalino produzca influencia antiplástica en la sangre, que tendria los mismos inconvenientes que los antiflojísticos y mercuriales, ni su influencia disolvente es bastante enérgica para reblandecer y desprender las falsas membranas. Tambien se ha preconizado por Blache el clorato de potasa, el cual en los casos de mediana intensidad ofrece alguna utilidad por su accion hasta cierto punto electiva sobre la mucosa bucal y faríngea; así que se prescribe para uso interno á la dósis de 2 gramos en 180 de agua para tomar una cucharada de esta disolucion cada dos horas y los gargarismos con la misma. El bromuro de potasio á la dósis de 5 á 50 centígramos y el bromo puro se han recomendado como específicos. El sulfuro de potasio, recomendado por Lobstein y otros, está hoy completamente abandonado. Los vomitivos han sido considerados por muchos como uno de los medios más poderosos, pero su accion es puramente mecánica, favoreciendo

do la expulsion de las falsas membranas, y como es fácil de comprender, sus efectos son pasajeros.—En esta enfermedad el tratamiento tópico es el verdaderamente eficaz; así que se emplean las preparaciones mercuriales como modificadoras de las superficies enfermas, y sobre todo los astringentes y los cáusticos. Entre los primeros se usan los gargarismos aluminosos y las insuflaciones hasta el fondo de la garganta repetidas de cuatro á diez veces en las veinticuatro horas, y hechas por medio de una caña con el alumbre en polvo ó con 40 á 50 centígramos de tanino. Entre los cáusticos se usan el nitrato de plata cristalizado en disolucion concentrada, el ácido clorhídrico concentrado, el sulfato de cobre en disolucion y el percloruro de hierro líquido; para usarlos se desprenden con cuidado las falsas membranas y se tocan los puntos subyacentes con una esponja atada á una ballena y empapada en estos cáusticos, repitiendo la operacion una ó dos veces al dia por espacio de bastante tiempo. Nosotros hemos empleado con el mismo objeto y con buen éxito el zumo de limon. Al mismo tiempo que se emplea este tratamiento tópico es preciso sostener las fuerzas del enfermo con una alimentacion reparadora y tónica, dando los alimentos que la compongan en estado semi-sólido; con el mismo objeto se usarán la quina, la quinina, el vino y el jarabe de quina y las preparaciones ferruginosas, empleando de preferencia las más solubles, como el percloruro de hierro á la dósis de 4 á 10 gramos en una pocion que se toma en las veinticuatro horas.

DIFTERIA LARÍNGEA Ó CRUP.

Definicion. Es una enfermedad anatómicamente caracterizada por la formacion de falsas membranas en las vias aéreas y más especialmente en la laringe.

Sinonimia. Es conocida tambien esta enfermedad con los nombres de angina sofocante, angina laríngea membranosa, laringitis pseudo-membranosa, laringo-traqueitis diftérica, garrotillo, *male in canna*.

Etiología. Esta enfermedad puede observarse en todas las edades, aunque es muy frecuente en la infancia desde los dos á los siete años y ataca principalmente á los individuos

del sexo masculino. Favorecen su desarrollo las malas condiciones higiénicas. Las más veces sobreviene sin causa apreciable, y en ocasiones bajo una influencia epidémica. Puede adquirirse por contagio inmediato y mediato.

Sintomatología. El crup se desarrolla las más veces por la extension á la laringe de las falsas membranas de la faringe, y otras se desarrolla desde luego en aquella. Generalmente se quejan los enfermos de malestar, escalofrios, cansancio, calentura, infarto de los ganglios submaxilares y dolor más ó ménos intenso de garganta. Examinada entonces la garganta se observan falsas membranas en las amigdalas, velo del paladar y aun en el fondo de la faringe. A las pocas horas ó á los pocos dias, segun los casos, el mal ataca á la laringe y esto se conoce por la aparicion de una tosecilla seca, ronca, que ataca por golpes muy cortos á intérvalos aproximados, produce un ruido que se ha comparado al ladrido lejano de un perrillo, y á medida que la enfermedad avanza se hace ménos frecuente; la voz se pone velada y ronca, y al cabo de cierto tiempo, más largo en el adulto que en el niño, sobreviene generalmente á media noche una dificultad extrema de respirar que hace á los enfermos saltar de la cama sobresaltados como si temiesen ahogarse; en este caso se percibe á la inspiracion que es rápida un silbido laringo-traqueal, como si atravesara el aire un tubo seco y metálico; la espiracion es por el contrario más prolongada, haciéndose con ronquido ó sin ruido. La inspiracion sibilante es mucho más marcada despues de cada golpe de tos; agravándose el mal se hace esta ménos frecuente, y de baja, ronca y débil se hace cada vez más sorda y concluye por extinguirse las más veces; la voz, que al principio estaba ronca y tenia un timbre metálico, concluye por extinguirse y queda afónico el enfermo. La disnea de que acabamos de hacer mérito se presenta de un modo intermitente ó por accesos, pudiendo quedar la respiracion tan regular en los intérvalos de ellos como en el estado normal; pero á medida que la enfermedad avanza los accesos se aproximan y se hacen más y más violentos, y pronto deja de haber entre ellos intérvalos de tranquilidad. Estos accesos se acompañan de abotagamiento y color violado de la cara, ojos hoscos y brillantes, lividez de los labios, tumefaccion de las yugulares, agitacion extrema y aun movimientos con-

vulsivos; los accesos se terminan despues de mayor ó menor duracion por la expulsion de mucosidades viscosas y filamentosas ó de una falsa membrana, despues de lo que puede volver á tomar la voz su timbre normal. Por la auscultacion se notan en la laringe ronquidos sibilantes y húmedos ó tambien un murmullo ó ruido de escofina y el murmullo respiratorio disminuido en toda la extension del torax. Cuando la enfermedad está muy avanzada los enfermos caen en el abatimiento y la soñolencia, los accesos se aproximan y se agravan y por fin sucumben los pacientes, unos repentinamente y otros con los síntomas de una asfixia lenta. Como síntomas generales se presenta generalmente movimiento febril, que por lo comun solo dura uno ó dos dias, aumento ligero de la temperatura y raras veces delirio y convulsiones.

En el adulto el crup se presenta como afeccion rara, y se distingue del de los niños por ser desde el principio más culminantes los fenómenos locales, como el dolor de garganta, de la laringe y la deglucion penosa, ménos frecuentes los accesos de disnea, ménos rápida su marcha y ménos constantemente funesta la terminacion.

Curso, duracion y terminacion. El curso de esta enfermedad es muy agudo. Su duracion ha sido á veces de seis á doce horas, pero en la mayoría de casos es de cinco á seis dias, siendo raro que dure más de siete. Su terminacion más constante es por la muerte, la que sobreviene del modo que dejamos indicado; pero tambien puede terminar por la curacion, en cuyo caso los accesos se repiten de tarde en tarde y son ménos intensos, la tos se hace húmeda y catarral; los productos espectorados son ménos consistentes, la voz toma más fuerza, algunas veces se arrojan las falsas membranas, pero otras desaparecen por desgaste ó por absorcion. La convalecencia es rápida.

Anatomía patológica. Las falsas membranas en el mayor número de los casos no ocupan más que la laringe y la tráquea, mas en algunos otros se las ve propagarse por los bronquios y por algunas de sus ramificaciones. Las falsas membranas, que tienen un grueso, una consistencia y una adherencia á las partes variables, pueden ocupar algunos puntos diseminados ó estar uniformemente repartidas sobre una superficie más ó ménos extensa. Además de estos puntos se suelen

observar falsas membranas en la faringe, parte posterior de la boca, fosas nasales, conducto auditivo y aun la piel. En el crup se encuentra tambien un líquido mucoso, seroso ó puriforme en el interior de la laringe. Tambien se encuentran á veces otras lesiones dependientes de las complicaciones, y en otras una difluencia considerable de la sangre que toma un color negruzco.

Complicaciones. Pueden presentarse como tales, la neumonia lobular, la congestion pulmonar, el espasmo de la glotis y el enfisema pulmonar.

Diagnóstico. Hay algunas enfermedades que podrian tomarse por el crup si no se tuviesen presentes sus signos diferenciales; así no podrá confundirse el crup con una laringitis estridulosa ó falso crup, porque en esta la invasion es brusca, los accesos de sofocacion en vez de aumentar disminuyen, la tos y la voz, siempre distintas, son por lo comun sonoras y claras, no hay silbido laringo-traqueal, ni expulsion de falsas membranas, ni es precedida como el crup de la angina diftérica. Tampoco puede confundirse con un cuerpo extraño introducido repentinamente en la glotis y que determina sofocacion, porque en este caso no existe tos crupal, y casi siempre sabe el enfermo ó los asistentes la causa que produce la sofocacion. No es fácil confundirle con un edema de la glotis, porque este sobreviene en el curso de una laringitis crónica, ulcerosa, y además no hay infarto de los ganglios del cuello, la voz, aunque está ronca, no está apagada, y el dedo introducido en la garganta toca la tumefaccion característica de los repliegues ariteno-epiglóticos. Impedirán el confundir el crup con la bronquitis capilar la ausencia de accesos de sofocacion, el timbre normal de la voz y los estertores mucosos extensos, que se perciben por la auscultacion en esta última enfermedad. La sofocacion producida por el crup no se puede confundir tampoco con la determinada por los abscesos llamados retro-faríngeos, porque en estos no hay voz ni tos crupal, existe mayor ó menor disfagia y los accidentes son contínuos. Al establecer el diagnóstico del crup y buscar la angina diftérica que le precede en la mayoría de los casos, debemos tener presente que algunas veces puede no haber ya vestigios de ella por haber desaparecido, cuando habiendo pasado algunos dias exploramos la garganta; pero evocando

el recuerdo de los padres del niño, se encontrará que este hacia algunos dias que tenia ménos apetito, se quejaba de dificultad en la deglucion y habia además tumefaccion de los ganglios submaxilares; sin embargo, hay casos en que el mal empieza desde luego por la laringe.

Pronóstico. El pronóstico de esta enfermedad es muy grave, porque su terminacion más comun es por la muerte, siendo síntomas muy funestos la afonía, la tos sorda é insonora, la gran disnea, la pequeñez é irregularidad del pulso, y la soñolencia que reemplaza á los paroxismos. Son síntomas más favorables los que hemos dicho que anuncian la terminacion de la curacion. Al establecer el pronóstico no hemos de creer en una mejoría cuando observemos que el enfermo, despues de haber expulsado trozos de falsas membranas, por medio de un esfuerzo de vómito ó de tos, queda en calma, pues hemos de recordar que cuando se desprende una concrecion, al cabo de más ó ménos tiempo se forma otra, y otras, que volverán á reproducir la sofocacion.

Tratamiento. Cuando el crup empieza por la angina laríngea hay que emplear el mismo tratamiento que hemos dicho al ocuparnos de esta. Cuando la enfermedad empieza por la laringe y la tráquea se han recomendado las emisiones sanguíneas, pero ya hemos dicho los inconvenientes que tienen en el tratamiento de la difteria, así como tambien los tienen los mercuriales y los alcalinos. El clorato de potasa al interior produce buenos resultados como medio auxiliar. Los vomitivos, muy recomendados, no constituyen una medicacion realmente curativa, pero sí muy útil, porque, merced á los esfuerzos del vómito, se expulsan las falsas membranas y se impide que llegue la muerte por asfixia; mas como las falsas membranas se segregan de nuevo, es preciso repetir de nuevo el vomitivo, y prolongando así los dias del enfermo puede al fin ocurrir que la enfermedad recorra sus períodos, y se opere la curacion; de todos los vomitivos el emético es el más perjudicial, porque determina con frecuencia vómitos rebeldes y diarreas coleriformes, que producen gran debilidad y apresuran el término fatal; así que son preferibles la ipecacuana y el sulfato de cobre, aunque hay que usarlo con precauciones. En cuanto á los medios tópicos, pueden utilizarse los polvos de alumbre y de tanino, insuflándolos de modo que lleguen al orificio superior de la laringe y aun á la misma laringe mediante la introduccion de un tubo hasta el fondo de la garganta, despues de haber deprimido convenientemente la lengua. Con estos ástringentes se consigue la modificacion de las partes enfermas, y aun tambien se previene la produccion de las falsas membranas, si se emplean antes de que hayan podido desarrollarse. Tambien pueden cauterizarse las superficies enfermas con el ácido hidroclórico, el nitrato de plata cristalizado y el sulfato de cobre, llevando hasta detrás de la base de la lengua y hasta detrás de la epiglotis una esponja empapada con el cáustico, la que se exprime sobre las partes enfermas. Esta cauterizacion puede verificarse por medio del cateterismo de la laringe, segun el procedimiento del Dr. Loiseau. Además de estos medios locales se debe usar un plan general tónico y corroborante, como se ha indicado al tratar de la difteria en general.

Cuando todos estos medios han sido ineficaces, no queda otro recurso que practicar la traqueotomía, de cuyo manual operatorio no nos ocuparemos, por considerarle conocido de todos los que han estudiado la *Medicina operatoria*; pero sí diremos que esta operacion da mejores resultados practicándola antes de que haya empezado la asfixia, ó cuando, aunque esta haya empezado, el peligro principal lo constituye la afeccion local; por el contrario, no da buenos resultados y no debe intentarse cuando la asfixia está muy adelantada, cuando hay gran postracion, cuando las falsas membranas se extienden más allá de la laringe, cuando existe alguna complicacion como la neumonia lubular, ó por fin, cuando tenemos que habérnoslas con una difteria maligna. La traqueotomía no produce tan buenos resultados en los adultos y en los niños menores de dos años.

DIFTERIA BUCAL.

Definicion. Es una enfermedad caracterizada por la formacion de falsas membranas, especialmente en las encías y en el pliegue gingivo-bucal.

Sinonimia. Se la han dado tambien los nombres de estomacace, gangrena escorbútica de las encías, estomatitis ulcero-membranosa, ulceracion infecta de la boca.

Etiología. Esta enfermedad no respeta ninguna edad, aunque es rara en la primera infancia y más aun en los niños de pecho; se desarrolla tambien en los sugetos debilitados por padecimientos anteriores y colocados en malas condiciones higiénicas. Es contagiosa esta enfermedad y se la ha visto reinar algunas veces de un modo epidémico.

Sintomatología. Despues de algunos dias de malestar, y lo más comunmente sin ningun fenómeno precursor, aparecen en el borde libre de las encías, ó en el pliegue gingivo-bucal, películas de un blanco gris ó amarillento, oblongas é irregularmente redondeadas, de dimensiones variables, que suelen extenderse á la cara interna de los carrillos, de los labios, especialmente del inferior, y raras veces alrededor de la lengua; los dientes se cubren cerca de su cuello de un sarro morenuzco ó herrumbroso, se descarnan y estremecen; las encías están doloridas é hinchadas, pero sin presentar el aspecto fungoso y azulado del escorbuto; la membrana mucosa, á la que se adhieren más ó ménos las concreciones diftéricas, está rubicunda. Cuando la enfermedad progresa, las falsas membranas se extienden, se ponen lívidas y aun negruzcas á causa de cierta cantidad de sangre que trasuda debajo de ellas, y además parecen hundirse profundamente, lo cual, unido á un círculo rojizo que las rodea, las hace simular ulceraciones que no existen, como se ve cuando se las desprende de la membrana mucosa que cubren, la cual está intacta. Cuando se desprenden las concreciones diftéricas se forman otras con rapidez. El interior de la boca está dolorido; fluye de la misma una gran cantidad de saliva y serosidad saniosa; el aliento es fétido, lo que, unido al color lívido y negruzco de las falsas membranas, hace que el padecimiento tome el aspecto de una gangrena; sin embargo, en algunas ocasiones las partes afectas se gangrenan realmente. Los ganglios submaxilares se infartan y ponen doloridos desde el principio de la enfermedad, infarto que se aumenta y extiende al tejido celular cuando la enfermedad progresa. Esta afeccion generalmente es limitada y no tiene tendencia á extenderse, pero en ocasiones se propaga á la faringe y de aquí á la laringe; en otras puede aparecer como primera manifestacion de la difteria maligna.

Curso, duracion y terminaciones. El curso de esta afeccion es agudo. La duracion es generalmente corta, aunque á veces persiste varios meses seguidos. Su terminacion es generalmente favorable, en cuyo caso, ó se desprenden y no vuelven á reproducirse las concreciones, ó son reabsorbidas, volviendo poco á poco la membrana mucosa al estado normal. Cuando es expresion de una difteria maligna termina por la muerte.

Diagnóstico. La difteria bucal se distingue fácilmente del muguet porque en este las concreciones son de un color blanco lechoso, empiezan por puntos aislados, se dejan desprender con facilidad y por el microscopio se observa la existencia del parásito vegetal *oidium albicans*. Más difícil es distinguirla de la *estomatitis mercurial*, pero en esta las concreciones no están tan bien circunscritas y además existen los antecedentes de un tratamiento mercurial.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es leve cuando permanece localizada.

Tratamiento. El de esta afeccion es el mismo de la angina diftérica. El clorato de potasa, ya en colutorio, ya al interior, á la dósis de 2, 4 ó 6 gramos al dia, es muy útil.

DIFTERIA NASAL.

Definicion. Es una afeccion caracterizada por el desarrollo de falsas membranas en las fosas nasales.

Etiología. Reconoce las mismas causas que las demás manifestaciones de la difteria y se presenta al mismo tiempo que la de otros órganos.

Sintomatología. Empieza por un enrojecimiento en el orificio de la nariz, como sucede en el coriza ordinario, que se acompaña de un aumento de secrecion en la pituitaria y el moco segregado está mezclado con una corta cantidad de sangre; con frecuencia hay epistasis. A las veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas fluye por las narices una gran cantidad de icor sanioso que tambien cae al istmo de las fáuces, y examinando el interior de las fosas nasales se ve la membrana mucosa cubierta de falsas membranas. Con estos síntomas coincide casi siempre lagrimeo y constantemente un infarto ganglionar, que se encuentra por la palpacion, más allá del ángulo de la mandíbula por debajo del lóbulo de la oreja y sobre las partes laterales del cuello. En

algunas ocasiones se observan síntomas generales, como son: escalofrios erráticos, malestar general, anorexia, postracion, pulso frecuente y poco desarrollado, etc.

Diagnóstico. La difteria nasal pudiera confundirse con las ulceraciones sifilíticas de las narices, pero se evitará todo error teniendo presente que la difteria nasal sigue una marcha aguda y las ulceraciones sifilíticas una marcha crónica.

Pronóstico. El de la difteria nasal es muy grave, pues como expresion de la forma maligna, termina generalmente por la muerte; sin embargo, se han observado casos muy raros en que ha terminado por la curacion.

Tratamiento. Así como el de la angina diftérica, debe consistir en el uso tópico de los astringentes y en la cauterizacion, como en aquella dijimos.

DIFTERÍA PALPEBRAL.

Sintomatología. Segun la descripcion hecha por el profesor M. Peter, la difteria conjuntival parece en un principio una inflamacion simplemente catarral de la mucosa, con inyeccion, sequedad primero y despues lagrimeo; pero al cabo de algunas horas se hinchan extraordinariamente los párpados y están muy descoloridos, su piel se pone tensa y lustrosa, el tejido celular se infiltra de serosidad, por la abertura de los mismos fluye un líquido abundante sero-mucoso que pone rojiza y dolorida la piel á lo largo del ángulo de la nariz. Si se consigue levantar los párpados se ve que existe una costra gruesa sobre la conjuntiva, estando esta de un color rojo vivo y como sangriento; el conducto óculo-palpebral está lleno de un moco sero-purulento muy abundante. En dos casos se ha visto la difteria invadir la córnea, destruir su trasparencia y determinar la perforacion. Esta difteria coincide con la nasal ó la de las amigdalas. El estado general es muy grave. Sigue una marcha aguda.

Pronóstico. Es muy grave, no solo porque puede ocasionar la pérdida de los ojos, sino tambien porque hasta ahora siempre se ha observado esta afeccion como una manifestacion de la difteria maligna.

Tratamiento. Consiste en desprender en cuanto se pueda las falsas membranas y cauterizar despues con el nitrato de plata.

DIFTERIA DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

La difteria se manifiesta tambien en la vagina, en la vulva, en las escoriaciones del glande y prepucio, poniendo tumefactas y doloridas las partes, las cuales se cubren de falsas membranas de un color gris negruzco, exhalan un olor fétido y la mucosa está rojiza en los contornos de la concrecion diftérica. Los síntomas locales se acompañan de fenómenos generales graves, como dijimos acontecia en la difteria maligna. Coinciden con la manifestacion diftérica en otros puntos, ó se hacen el asiento primitivo de la infeccion.—El tratamiento debe consistir en la cauterizacion y el uso de los astringentes.

DIFTERIA CUTÁNEA.

La difteria cutánea es muy comun, y se manifiesta sobre las heridas abiertas por los vejigatorios, en los bordes de los abscesos abiertos, en las escoriaciones, en las picaduras de sanguijuelas, en las vexículas de los herpes, en las escoriaciones intertriginosas, en las grietas del pezon, en las cortaduras, en las escoriaciones del escroto y en todas las soluciones de continuidad.

«En cuanto la difteria acomete á una superficie cruenta, esta se pone dolorosa, segrega gran cantidad de serosidad incolora y fétida, y se cubre de una costra grisácea, blanduja y de un grueso variable. Los bordes de la herida se ponen rojos y se hinchan, y el dermis se cubre de una costra blanca como las que se forman sobre la superficie de los vejigatorios. Alrededor de la parte escoriada puede desarrollarse una erisipela, en cuya superficie es levantado en diferentes puntos el epidermis por la serosidad, formándose vexículas que se rompen y dejan al descubierto el dermis cubierto por una costra blanca; de este modo se propaga la difteria. Las concreciones diftéricas son delgadas al principio, pero se espesan cada vez más; las que se forman en la superficie del dermis levantan sin cesar las que han sido segregadas primero hasta formar una especie de hojeado, cuyo espesor puede llegar á ser de 4,

5 y 6 líneas. Las capas de concreciones en contacto con la piel se conservan siempre densas; pero las más exteriores bañadas en la serosidad se reblandecen, se putrefactan, cambian de color, le adquieren gris, alguna vez negruzco, y exhalan una horrible fetidez.» (Trousseau). Si el mal se extiende con rapidez ú ocupa grandes superficies hay fiebre intensa, pero por lo general es poco perceptible. Esta clase de difteria puede complicarse de gangrena. Unas veces se desarrolla en los enfermos afectados de angina diftérica, pero otras puede ser causa de esta última. Esta difteria es muchas veces manifestacion de la difteria maligna.

El tratamiento debe consistir en cauterizar fuertemente con el nitrato de plata ó el sulfato de cobre las superficies denudadas y curarlas espolvoreándolas con calomelanos, precipitado blanco ó precipitado rojo.

PARALÍSIS DIFTÉRICA.

Definicion. Se conocen con el nombre de paralísis diftéricas todas aquellas que reconocen como causa la preexistencia de una manifestacion cualquiera de la difteria.

Etiología. Estas paralísis son debidas á la modificacion que induce en el sistema nervioso la intoxicacion de la economía por el principio tóxico que da lugar á la difteria, sucediendo con esta lo que con otra clase de infecciones, como la sífilis, las fiebres graves, el cólera, etc., ó con otras intoxicaciones, como la producida por el plomo, por la inhalacion del sulfuro de carbono, etc., que producen tambien paralísis.

Sintomatología. Las paralísis diftéricas, que han sido indicadas de un modo vago en diferentes épocas, aun desde Hipócrates, segun Littré, han sido completamente estudiadas y descritas por Maingault en 1860. Este autor ha encontrado como variedades más frecuentes las siguientes: paralísis del velo del paladar, paralísis generalizadas, amauroses, más raras veces paralísis de los músculos del ojo (estrabismos), de los músculos del cuello ó del tronco, trastornos aislados de la sensibilidad, anafrodisia, paralísis del recto y, en fin, paralísis de la vejiga.

Tomamos del profesor Trousseau la descripcion de las dos formas con que se presenta la paralísis diftérica.

En la forma *benigna* aparece despues de ocho, doce, quince dias y aun un mes de la curacion de una difteria faríngea, una paralísis del velo del paladar, que se caracteriza por voz gangosa, palabra lenta y articulacion difícil de los sonidos; al mismo tiempo hay dificultad en la deglucion; las bebidas son arrojadas en parte por las narices, y si están tambien afectados los músculos de la faringe es considerable la disfagia, pudiendo ocurrir que el bolo alimenticio se introduzca en las vias aéreas y produzca la sofocacion. Los enfermos no pueden ni soplar, ni ejercer la succion, ni hacer gárgaras. Si se examina la faringe, se ve el velo del paladar péndulo, inmóvil ó poco ménos, é insensible á las excitaciones que sobre él se produzcan con la punta de una pluma, bisturí, etc. Esta paralísis del velo del paladar es la que generalmente se presenta primero en la paralísis diftérica, y aun á veces es la única; pero en otras ocasiones la paralísis es general de golpe, y entonces, ó ataca á un mismo tiempo al velo palatino, los miembros y diferentes aparatos, ó bien la primera solo precede algunos dias á las demás, ó bien, y esto es más raro, ha cedido completa ó casi completamente la primera cuando se producen los segundos. Cuando la paralísis es generalizada, generalmente empieza por las extremidades, en las que los enfermos sienten entorpecimientos y hormigueos, que se extienden desde los dedos á lo largo de los miembros, principalmente cuando se hace algun esfuerzo muscular.

Al mismo tiempo hay sensaciones de frio en los piés y en las manos y de peso en las piernas; la sensibilidad tactil está disminuida ó completamente abolida, pero esta anestesia, aunque puede ocupar toda la superficie de la piel, está por lo comun limitada á algunos puntos del cuerpo; en algunos casos excepcionales se ha observado hiperestesia. Generalmente se afectan primero las extremidades inferiores, y los enfermos no sienten el suelo cuando andan y les parece que andan sobre algodon, y aun hay algunos que no pueden andar sino mirando por dónde van. Desde las extremidades inferiores se propaga la enfermedad á los demás puntos, pero tambien se citan hechos en que solo se han afectado las extremidades superiores.—Al propio tiempo que se observan estos trastornos de la sensibilidad se manifiesta la paralísis del movimiento, que puede consistir únicamente en cierta debilidad para an-

dar de prisa, subir ó bajar escaleras, ó, lo que es más comun, aumenta progresivamente la debilidad, hasta que la marcha y los movimientos de los brazos son imposibles, ó hasta verse imposibilitados de hacer ningun movimiento y tener que permanecer acostados los enfermos. Estas perversiones de la motilidad empiezan tambien por las extremidades inferiores, á las que pueden quedar limitadas; pero generalmente se extienden á las superiores, pudiendo serlo tambien los músculos del tronco y del cuello, en cuyo caso toda la parte anterior del tronco está echada atrás, cayendo, por el contrario, la cabeza hácia adelante y vacilando sobre el pecho. Esta paralísis ataca algunas veces á los músculos intercostales y el diafragma, produciendo disnea, ó á los lábios y la lengua, que determina torpeza de la palabra. Hay en la paralísis diftérica una particularidad, y es que suele disminuir en un miembro para presentarse en otro y volver luego á aparecer en el primero. Tambien pueden afectarse de la paralísis los intestinos, y principalmente el recto y la vejiga, determinándose un estreñimiento pertinaz y retencion, y despues incontinencia de orina. Las facultades viriles se debilitan, llegando en ocasiones hasta la anafrodisia completa. Igualmente son afectados los sentidos del olfato, del gusto, de la audicion, pero especialmente el de la vista, produciéndose, ya presbicia, que es lo que se observa más comunmente, ya miopía, ya amaurosis ó ceguera completa. Los músculos del ojo participan á veces de la paralísis, lo que determina la caida del párpado y el estrabismo. Debe notarse que con la paralísis diftérica coincide frecuentemente la presencia de albúmina en las orinas.

En la *forma maligna* acompañan á la paralísis trastornos de la respiracion, vómitos, delirio, convulsiones, fenómenos ataxo-adinámicos y decaimiento general.

Duracion y terminaciones. Estas paralísis pueden durar un tiempo más ó ménos largo. En cuanto á su terminacion, la forma *benigna* concluye por ceder completamente, aunque tambien puede ser la muerte su resultado por efecto de algun accidente intercurrente, como la entrada del bolo alimenticio en las vias aéreas. En cuanto á la forma *maligna*, la terminacion es por la muerte.

Pronóstico. El de la forma maligna es grave, así como el de la benigna es leve.

Tratamiento. El de la paralísis diftérica debe consistir en una alimentacion sustanciosa y reparadora, en el uso de la quina, los amargos y los ferruginosos. Con el objeto de estimular las funciones de la piel se emplean las lociones aromáticas, las fricciones secas y los baños sulfurosos. El Sr. Trousseau recomienda, cuando los accidentes tocan á su fin, las preparaciones de nuez vómica. En la convalecencia aconseja los baños de mar y la hidroterapia, metódicamente aplicada.

FIN.

PROGRAMA

de las lecciones explicadas en el curso anterior en la cátedra de Patología médica de la Facultad de Medicina de Madrid, y páginas á que corresponden en esta obra.

Fiebres en general, pág. 8.—Fiebre inflamatoria, 20.—Fiebres catarrales, 35.—Fiebre catarral simple, 35.—Grippe, 38.—Fiebre mucosa, 42.—Fiebres gástricas, 24.—Fiebre gástrica simple, 25.—Fiebre gástrica saburral, 28.—Fiebre gástrica biliosa, 30.—Fiebre gástrica verminosa, 33.—Fiebres nerviosas, 47.—Fiebre nerviosa primitiva y secundaria, 48 y 52.—Fiebre nerviosa inflamatoria, 23.—Fiebre nerviosa gástrica, 26.—Fiebre nerviosa lenta primitiva y secundaria, 52 y 55.—Fiebre tifoidea, 55.—Fiebre tifoidea mucosa, 43.—Fiebre tifoidea gástrica, 26.—Tifus de Europa, 67.—Fiebre amarilla, 73.—Peste de Levante, 78.—Cólera morbo epidémico, 81.—Fiebres exantemáticas, 90.—Viruela, 90.—Vacuna, 97.—Variolóides, 99.—Sarampion, 102.—Escarlatina, 107.—Miliar, 102.—Fiebres intermitentes, 114 y 116.—Fiebres intermitentes benignas, 191.—Fiebres intermitentes perniciosas, 123.—Fiebres remitentes, 126.

Alteraciones de la sangre, pág. 353.—Plétora, 355.—Congestiones en general, 265.—Congestion del cerebro, 267.—Congestion pulmonar activa y pasiva, 271 y 272.—Congestion hepática, 173.—Congestion esplénica. 275.—Anemia, 357.—Escorbuto, 364.

Inflamaciones en general, pág. 130.—Estomatitis aftosa, 140.—Glositis, 142.—Angina gutural, 143.—Angina tonsilar, 144.—Angina lardácea, 740.—Angina gangrenosa, 147.—Gastritis aguda, 150.—Gastritis crónica, 150.—Enteritis aguda, 153.—Enteritis crónica, 155.—Colitis aguda, 156.—Colitis crónica, 156.—Disenteria aguda, 157.—Disentería crónica, 160.—Hepatitis aguda, 160.—Hepatitis crónica, 163.—Esplenitis, 165.—Nefritis simple aguda, 172.—Nefritis simple crónica, 174.—Nefritis albuminosa, 378.—Peritonitis aguda, 167.—Peritonitis crónica, 170.—Laringitis simple aguda, 181.—Laringitis simple crónica, 183.—Laringitis estridulosa, 185.—Laringitis edematosa, 187.—Laringitis ulcerosa, 189.—Bronquitis aguda, 191.—Bronquitis capilar, 193.—Bronquitis crónica, 196.—Pleuresía aguda, 212.—Pleuresía crónica, 219.—Neumonia aguda, 198.—Neumonía crónica, 211.—Pericarditis aguda, 222.—Pericarditis crónica, 226.—Endocarditis aguda y crónica, 227.—Carditis, 229.—Meningitis simple aguda, 236.—Meningitis simple crónica, 239.—Meningitis tuberculosa, 667.—Cerebritis aguda, 243.—Cerebritis crónica, 246.—Meningitis raquidiana aguda, 239.—Meningitis raquidiana crónica, 241.—Mielitis aguda, 247.—Mielitis crónica, 249.—Erisipela de la cara, 256.—Erisipela del cuero cabelludo, 258.

Hemorragia en general, pág. 275.—Epistasis, 290.—Apoplegía cerebral, 278.—Apoplegía de la médula, 286.—Apoplegía nerviosa, 484.—Apoplegía pulmonar, 287.—Hemoptisis, 292.—Hematemesis, 294.—Enterorragia, 297.—Hemorróides, 298.

Hipertrofia en general, pág. 524.—Hipertrofia del cerebro, 525.—Hipertrofia del corazon, 527.—Hipertrofia del hígado, 532.—Hipertrofia del bazo, 535.

Atrofia en general, pág. 539.—Atrofia del cerebro, 540.—Atrofia del pulmon, 542.—Atrofia del corazon, 541.—Atrofia del hígado, 543.

Reblandecimiento en general, pág. 552.—Reblandecimiento del cerebro, 553.—Reblandecimiento de la médula espinal, 557.—Reblandecimiento del estómago, 559.

Estrecheces en general, pág. 587.—Estrecheces de los orificios del corazon, 588.—Estrecheces de los intestinos, 593.

Dilataciones en general, pág. 569.—Dilataciones del corazon, 575.—Aneurisma de la aorta, 578.

Cálculos biliares y cólico hepático, pág. 604,—Cálculos nefríticos y cólico nefrítico, 608.

De la ténia, pág. 717.—*Hidátides en general*, 707.—Hidátides del hígado, 711.

Cáncer en general, pág. 689.—Cáncer del cerebro, 693.—Cáncer del pulmon, 694.—Cáncer del estomago, 696.—Cáncer del hígado, 703.

Tubérculos en general, pág. 662.—Tubérculos del cerebro, 671.—Tubérculos del pulmon, 673.

Hidropesías en general, pág. 306.—Ascitis, 318.—Hidrotorax, 315.—Hidropericardias, 317.—Anasarca, 310.—Diabetes sacarina, 382.

Reumatismo muscular, pág. 349.—Reumatismo articular agudo, 340.—Reumatismo articular crónico, 345.

Neurosis en general, pág. 387.—Epilepsia, 500.—Catalepsia, 509.—Vértigos, 498.—Asma, 451.—Corea ó baile de San Vito, 456.

Neuralgia en general, pág. 390.—Gastralgia, 413.—Angina de pecho, 409.—Cólico nervioso, pág. 417.—Cólico de Madrid, 431.

Intoxicacion saturnina, pág. 421.—Cólico saturnino ó de los pintores, 421,—Artralgia saturnina, 424.—Accidentes cerebrales saturninos, 427.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTA OBRA.

	Págs.
Advertencia preliminar	V
Generalidades	1
Fiebres	8
Fiebres contínuas	20
Fiebres vasculares ó sinocales	id.
Fiebres inflamatorias	id.
— efímera	21
— angioténica	22
Fiebres gástricas	24
— — simple	25
— — saburral	28
— biliosa	30
— verminosa	33
Fiebres catarrales	35
— catarral simple	id.
— — insólita ó grippe	38
— mucosa	42
— reumática	44
Fiebres nerviosas	47
Fiebres — simples	id.
— — atáxica	48
— ataxo-adinámica ó lenta	52
Fiebres nervioso pútridas ó tíficas	55
— tifoidea	id.
Tifo europeo	67
— americano ó fiebre amarilla	73
— africano ó peste	78
— asiático ó cólera-morbo	81
— *Cólera-morbo epidémico*	81
— *Cólera esporádico*	87
Fiebres eruptivas	90
Viruela	id.
— — *inoculacion variólica*	97
— — *vacunacion*	id.
Variolóide	99
Varicela	101
Sarampion	102
Alfombrilla	106
Escarlatina	107
Miliar ó sudor miliar	112

Págs.

Fiebres accesionales . . . 114
Fiebres intermitentes . . . 116
— — simples ó benignas . . . 119
— — perniciosas . . . 123
— — anómalas . . . 125
— — sintomáticas . . . 126
Fiebres remitentes . . . id.
Fiebre héctica . . . 128
Flegmasías ó inflamaciones . . . 130
Inflamaciones de los órganos del aparato digestivo y sus anejos . . . 139
Estomatitis simple . . . id.
— aftosa . . . 140
— ulcerosa y pustulosa . . . 141
Glositis . . . 142
Angina gutural . . . 143
Amigdalitis ó angina tonsilar . . . 144
Angina gangrenosa . . . 147
Faringitis ó angina faríngea . . . 148
Esofagitis . . . id.
Gastritis . . . 150
Enteritis aguda . . . 153
— crónica . . . 155
Colitis . . . 156
Disentería aguda . . . 157
— crónica . . . 160
Hepatitis aguda . . . id.
— crónica . . . 163
Colecistitis . . . 164
Pancreatitis . . . 165
Esplenitis . . . id.
Peritonitis aguda . . . 167
— crónica . . . 170
Inflamaciones de los órganos del aparato urinario . . . 172
Nefritis simple aguda . . . id.
— — crónica . . . 174
Pielitis . . . 175
Cistitis aguda . . . 177
— crónica . . . 179
Inflamacion de los órganos del aparato respiratorio . . . 180
Coriza . . . id.
Laringitis simple aguda . . . 181
— crónica . . . 183
— estridulosa ó pseudo-crup . . . 185
— edematosa ó edema de la glotis . . . 187
— ulcerosa . . . 189
Bronquitis aguda . . . 191
— capilar . . . 193
— crónica . . . 196
Pulmonía aguda . . . 198
— crónica . . . 211
Pleuresía aguda . . . 212
— crónica . . . 219
Inflamaciones de los órganos del aparato circulatorio . . . 222

Págs.

Pericarditis aguda . . . 222
— crónica . . . 226
Endocarditis . . . 227
Carditis . . . 229
Arteritis . . . 230
Aortitis . . . 231
Flebitis . . . 232
Linfagitis . . . 234
Adenitis . . . 235
Inflamaciones de los órganos del sistema nervioso . . . 236
Meningitis cerebral simple aguda . . . id.
— — crónica . . . 239
— raquidiana aguda . . . id.
— — crónica . . . 241
— cerebro-espinal esporádica . . . id.
— — epidémica . . . id.
Encefalitis aguda . . . 243
— crónica . . . 246
Mielitis aguda . . . 247
— crónica . . . 249
Neuritis . . . 250
Fluxiones . . . 252
Fluxiones flojísticas ó eritematosas . . . 254
Eritema . . . id.
Erisipela . . . 256
Urticaria . . . 260
Eczema agudo . . . 261
Angina simple . . . 264
Fluxiones sanguíneas . . . id.
Congestiones . . . 265
Congestion cerebral . . . 267
— de la médula espinal . . . 270
— pulmonar activa . . . 271
— — pasiva . . . 272
— del hígado . . . 273
— del bazo . . . 275
Hemorragias . . . id.
Hemorragias de los órganos del sistema nervioso . . . 278
Apoplegía cerebral . . . id.
Hemorragia de la médula espinal . . . 286
Hemorragia de los órganos de la respiracion . . . 287
Apoplegía pulmonar . . . id.
Epistasis . . . 290
Hemoptísis . . . 292
Hemorragias de los órganos de la digestion . . . 294
Hematemesis ó gastrorragia . . . id.
Enterorragia . . . 297
Hemorróides y flujo hemorroidal . . . 298
Hemorragias de los órganos génito-urinarios . . . 302
Hematuria . . . id.
Nefrorragia . . . 303
Uretrorragia . . . 304
Fluxiones hiperdiacríticas . . . 305

	Págs.
Hidropesias	306
Anasarca	310
Edema	311
— del pulmon	312
Apoplegía serosa ó hidrocéfalo agudo	314
Hidrorraquis	315
Hidrotorax	id.
Hidropericardias	317
Ascitis	318
Penfigo	322
Fluxiones catarrales ó catarros	324
Catarro bronquial agudo	325
— — crónico	328
Saburra	331
Gastrorrea	333
Diarrea	334
Disenteria	336
Hipersecreciones glandulares	id.
Sialorrea	id.
Hepatirrea	337
Poliuria	338
Fluxiones reumáticas	339
Reumatismo articular agudo	340
— — crónico	346
— muscular	349
Discrasias ó alteraciones de la sangre	353
Discrasias directas ó primitivas	355
Hiperplastia	id.
Plétora ó polihemia	id.
Anemia	357
Hidremia ó hidrohemia	360
Clorosis	361
Escorbuto	364
Púrpura hemorrágica	367
Discrasias secundarias	369
Leucemia	id.
Ictericia simple	372
— grave	375
Albuminuria ó nefritis albuminosa	378
Glucosuria ó diabetes sacarina	382
Neuroses	387
— de la sensibilidad ó del sentimiento	390
Neuralgias	id.
Hemicránea ó jaqueca	394
Neuralgia facial	396
— cervico-occipital	399
— cervico-braquial	400
— intercostal	401
— de las mamas	403
— lumbo-abdominal	id.
— del testículo ó ileo-escrotal	404
— ciática ó femoro-poplitea	405
— crural	407

	Págs.
Dermalgia	408
Angina de pecho	409
Gastralgia	413
Enteralgia ó cólico nervioso	417
Cólico saturnino	421
Artralgia saturnina	424
Paralisis saturninas	425
Accidentes cerebrales saturninos	427
Cólico de Madrid	431
Anestesias	433.
Anestesia cutánea	id.
— de la cara	435
Neuroses del movimiento	436
Espasmos tónicos ó hipercinesias	437
Tétanos	438
Espasmo de la cara ó espasmo mímico	442
Contractura de las extremidades	443
— del diafragma	445
Esofagismo	446
Espasmo de los esfínteres	447
— de la glotis	448
Angina estrídula	450
Asma nervioso ó esencial	451
Neuroses atáxicas	455
Corea ó baile de San Vito	456
Ataxia locomotriz progresiva	460
Temblor	465
Convulsiones clónicas	466
Vómitos nerviosos	id.
Tos nerviosa	467
Hipo nervioso	468
Palpitaciones nerviosas del corazon	id.
Paralisis ó acinesias	469
Hemiplegia	474
Paraplegía	475
Parálisis facial ó de Bell	476
— del músculo serrato mayor	479
— múscula progresiva atrófica ó atrofia muscular progresiva	480
Apoplegia nerviosa	484
Neuroses de la inteligencia	485
Locura	id.
Hipocondría	494
Idiotismo	496
Vértigos	498
Neuroses complexas	500
Epilepsia	id.
Eclampsia	507
Catalepsia	509
Extasis	511
Histerismo	id.
Alcoholismo	516
Neuroses especiales	519

Págs.

Dispepsia. 519
Lesiones orgánicas. 524
Lesiones consistentes en la alteracion del número de moléculas. id.
Hipertrofias. . . . . id.
Hipertrofia del cerebro. 525
— del corazon. 527
— del hígado. 531
Cirrosis del hígado. 532
Hipertrofia del bazo. 535
Elefantiasis de los árabes. 536
Atrofias. 539
Atrofia del cerebro. 540
— del corazon. 541
— del pulmon. 542
— del hígado. 543
Ulceracion. . . . . id.
Ulcera simple del estómago. 544
Lesiones dependientes de la alteracion en la consistencia de las moléculas. 547
Infartos. . . . . id.
Infarto del pulmon. . . . . id.
— del hígado. 548
Induracion. 550
Induracion del cerebro. 551
— de la médula espinal. . . . . id.
— del hígado. 552
Reblandecimiento. . . . . id.
Reblandecimiento del cerebro. 553
— de la médula espinal. 557
— del estómago. 559
Lesiones dependientes de la mortificacion de los tejidos. 561
Gangrena. . . . . id.
Gangrena de la boca. 563
— pulmonar. 566
Lesiones dependientes de una alteracion en el calibre de los órganos huecos. 569
Dilataciones. . . . . id.
Dilatacion de los bronquios ó bronquectasia. . . . . id.
Enfisema vexicular de los pulmones. 571
Dilatacion del corazon. 575
Aneurisma de la aorta. 578
Dilatacion del estómago. 583
Insuficiencia de las válvulas del corazon. 585
Estrecheces y obliteraciones. 587
Estrecheces de los orificios del corazon. 588
— del esófago. 591
— de los intestinos. 593
Oclusion de los intestinos ó íleo. 596
Lesiones dependientes de la metamorfosis de las moléculas. 600
Hígado grasoso. . . . . id.
Degeneracion amilóidea del hígado. 601
Producciones morbosas accidentales extrañas al organismo. 602
Cálculos. . . . . id.

Págs.

Cálculos biliares y cólico hepático. 604
— intestinales. 607
— renales y cólico nefrítico. 608
Enfermedades diatésicas. 612
Lepra. 614
Pelagra. 618
Herpetismo ó diatesis herpética. 622
Herpes. 627
Eczema crónico. 630
Pitiriasis. 633
Prurigo. 635
Líquen. 636
Psoriasis. 638
Angina herpética. 639
Diatesis gotosa. 641
Gota. . . . . id.
— *regular aguda*. 642
— — *crónica*. 643
— *anómala*. 645
Escrofulosis ó diatesis escrofulosa. 649
Lupus. 654
Impetigo. 659
Tuberculosis ó diatesis tuberculosa. 662
Meningitis tuberculosa. 667
Tubérculos del cerebro. 671
Tisis pulmonar. 673
Tabes mesentérica. 687
Diatesis cancerosa. 689
Cáncer del cerebro. 693
— de los pulmones. 694
— del estómago. 696
— de los intestinos. 701
— del hígado. 703
Enfermedades parasitarias. 706
Parásitos animales. . . . . id.
Entozoarios. . . . . id.
Hidatides en general. 707
— del hígado. 711
Lombriz ó ascáride lumbricóide. 713
Oxiuros vermiculares. 716
Tricocéfalo. . . . . id.
Tenia. 717
Distoma del hígado. 719
Triquinosis. . . . . id.
Epizoarios. 722
Sarna. . . . . id.
Piojos. 724
Parásitos vegetales. 725
Muguet. 726
Acné. 728
Mentagra ó sicosis. 732
Tiña ó favus. 734
Pitiriasis versicolor. 736

	Págs.
Ultima clase de enfermedades	738
Difteria en general	id.
Angina diftérica	740
Difteria laríngea ó crup	744
— bucal	749
— nasal	751
— palpebral	752
— de los órganos genitales	753
— cutánea	id.
Paralisis diftérica	754



ÍNDICE ALFABÉTICO.

A.

Acarus, pág. 722.
Accidentes cerebrales saturninos, 427.
Acefalocistos, 707.
Acinesias, 469.
Acné, 728;—indurata, 729;—molluscoide, 730;—rosácea, 729;—sebácea, 730;—simplex, 729.
Adenitis, 235.
Agenesia, 540.
Albuminuria, 378.
Alcoholismo, 516.
Alfombrilla, 106.
Alteraciones de la sangre, 353.
Amigdalitis, 144.
Amiotilias, 468.
Analgesia, 434.
Anasarca, 310.
Anemia, 357.
Anestesia de la cara, 435;—cutánea, 433.
Aneurisma de la aorta, 578;—pasivo del corazon, 575.
Angina diftérica, 740;—estrídula, 450;—faríngea, 148;—gangrenosa, 147;—gutural, 143;—herpética, 639;—lardácea, 740;—de pecho, 409;—pseudo membranosa, 741;—simple, 264;—tonsilar, 144.
Aortitis, 231.
Apoplegia cerebral, 278;—de la médula, 286;—nerviosa, 484;—pulmonar, 287;—serosa, 314.
Arteritis, 230.
Artralgia saturnina, 424.
Artrítides, 645.
Ascaride lumbricoides, 713.
Ascitis, 318.
Asma tímico, 449;—nervioso, 451.
Ataxia locomotriz progresiva, 460;—muscular, 460.
Atrofia, 539;—amarilla aguda del hígado, 375;—del cerebro, 540;—del corazon, 541;—del hígado, 543;—muscular progresiva, 480;—del pulmon, 542.

B.

Baile de San Vito, pág. 456.
Botriocéfalo, 717.
Bronquectasia, 569.
Bronquitis aguda, 191;—capilar, 193;—crónica, 196.

C.

Cálculos, pág. 602;—biliares, 604;—intestinales, 607;—renales, 608.
Cáncer, 689;—del cerebro, 693;—coloideo, 692;—encefaloides, 691;—del estómago, 696;—del hígado, 703;—de los intestinos, 701;—melánico, 692;—de los pulmones, 694.
Caquexia cancerosa, 690.
Cardialgia, 413.
Carditis, 229.
Catalepsia, 509.
Catarro bilioso, 192;—bronquial agudo, 325;—bronquial crónico, 328;—inflamatorio, 192;—ruso, 39.
Cirrosis del hígado, 533.
Cistitis aguda, 177;—crónica, 179.
Clorosis, 361.
Colecistitis, 164.
Cólera morbo, 81.
Cólico bilioso, 418;—catarral, 418;—cerrado, 419;—estercoráceo, 419;—hepático, 604;—por indigestion, 418;—inflamatorio, 418;—de Madrid, 431;—metálico, 421;—miserere, 596;—nefrítico, 609;—nervioso, 417;—de los pintores, 421.
Colitis, 156.

Congestion del bazo, 275;—cerebral, 267;—del hígado, 273;—de la médula espinal, 270;—pulmonar activa, 271;—pulmonar pasiva, 272.
Congestiones, 265.
Contractura del diafragma, 445;—de las extremidades, 443.
Convulsiones clónicas, 466.
Corea, 456.
Coreomanía, 456.
Coriza, 480.
Cretinismo, 497.
Crup, 744.

D.

Degeneración amilóidea del hígado, pág. 601;—gris de los cordones posteriores de la médula, 461;—lardácea del hígado, 601.
Delirium tremens, 516.
Demencia, 489.
Domonomanía, 489.
Dermalgia, 408.
Diabetes insípida, 338;—sacarina, 382.
Diarrea, 334;—biliosa, 335;—catarral, 335.
Diatesis cancerosa, 689;—escrofulosa, 649;—gotosa, 641;—herpética, 622;—tuberculosa, 662.
Difteria, 738;—bucal, 749;—cutánea, 753;—laríngea, 744;—nasal, 751;—de los órganos genitales, 753;—palpebral, 752.
Dilatacion, 569;—de los bronquios, 569;—del corazon, 575;—del estómago, 583.
Discrasias, 353.
Disentería aguda, 457;—crónica, 155.
Disfagia espasmódica, 446.
Dispepsia, 519.
Distoma del hígado, 719.
Dotinenteria, 55.

E.

Eclampsia, pág. 507.
Eczema agudo, 261;—de la cara, 263 y 632;—crónico, 630;—del cuero cabelludo, 263 y 631;—de las orejas, 632;—de los órganos genitales, 632;—impetiginodes, 263;—rubrum, 262;—simplex, 262.
Edema, 311;—de la glotis, 187;—del pulmon, 312.
Elefantiasis de los árabes, 536;—de los griegos, 614.
Emprostotonos, 440.
Encefalitis aguda, 243;—crónica, 246.
Encefalopatías saturninas, 427.
Endocarditis, 222.
Enfermedad de Bright, 278;—de Werlohf, 367.
Enfermedades diatésicas, 612;—parasitarias, 706.
Enfisema vexicular de los pulmones, 571.
Enteralgia, 417.
Enteritis aguda, 153;—crónica, 153.
Enterorragia, 297.
Entozoarios, 706.
Epilepsia, 500;—convulsiva, 502;—incompleta, 501;—propiamente dicha, 502.
Epistasis, 290.
Epizoarios, 722.
Erisipela, 256;—ambulante, 257;—de la cara, 257;—del cuero cabelludo, 258;—de los recien nacidos, 258;—flegmonosa, 257;—sucesiva, 257.
Eritema, 254;—circinado, 255;—intertrigo, 255;—nudoso, 255;—papuloso, 255;—paratrino, 255.
Erotomanía, 488.
Escarlatina, 107.
Escirro, 691.
Escorbuto, 364.
Escrófulas mesentéricas, 687.
Escrofulides, 650.
Escrofulosis, 649.
Esofagismo, 446.
Esofagitis, 148.
Espasmo de la cara, 442;—de los esfinteres, 447;—de la glotis, 448;—mímico, 442.
Espasmos tónicos, 437.
Esplenitis, 165.
Extasis, 511.
Esternalgia, 409.
Estomacace, 563.
Estomatitis aftosa, 140;—diftérica, 749;—gangrenosa, 563;—pustulosa, 141;—simple, 139;—ulcerosa, 141.
Estrechez del esófago, 591.
Estrecheces, 587;—de los intestinos, 593;—de los orificios del corazon, 588.

F.

Faringitis, pág. 148.
Favus, 417.
Fiebre amarilla, 73;—anfimerina, 127;—angioténica, 22;—ataxo-adinámica ó lenta, 52;—biliosa, 30;—catarral insólita, 38;—catarral simple, 35;—efímera, 21;—escarlatinosa, 107;—gástrica biliosa, 30;—gástrica saburral, 28;—gástrica simple, 25;—gástrica verminosa, 33;—héctica, 128;—hemitriteos, 127;—inflamatoria, 22;—miliar, 112;—morbilosa, 102;—mucosa, 42;—nerviosa-atáxica, 48;—nerviosa lenta primitiva, 52;—nerviosa lenta secundaria, 55;—nerviosa primitiva, 48;—nerviosa secundaria, 52;—reumática, 44;—sinocal, 22;—sudatoria, 112;—tifoidea, 55;—triteofia, 127;—variolosa, 90;—verminosa, 33;—urticada, 260.
Fiebres, 8;—accesionales, 114;—catarrales, 35;—contínuas, 20;—eruptivas, 90;—exantemáticas, 90;—gástricas, 24;—inflamatorias, 20;—intermitentes, 116;—intermitentes anómalas, 125;—intermitentes benignas, 119;—intermitentes simples, 119;—intermitentes sintomáticas, 126;—perniciosas, 123;—nerviosas, 47;—nerviosas simples, 47;—nerviosas pútridas, 55;—nerviosas tíficas. 55;—remitentes, 126;—sinocales, 20;—vasculares, 20.
Flebitis, 232.
Flegmasias, 130.
Flujo hemorroidal, 298.
Fluxiones, 252;—catarrales, 324;—flojísticas ó eritematosas, 254;—hiperdiacríticas, 305;—reumáticas, 339;—sanguíneas, 264.

G.

Gangrena, pág. 561;— de la boca, 563;—del pulmon, 566.
Garrotillo, 744.
Gastralgia, 413.
Gastritis aguda, 150;— crónica, 150.
Gastrodinia, 413.
Gastrorragia, 294.
Gastrorrea, 333.
Glositis, 142.
Glucosuria, 382.
Gota, 641;—anómala, 645;—regular aguda, 642;—regular crónica, 643.
Grippe, 38.

H.

Hematemesis, pág. 394.
Hematuria, 302.
Hematomielia, 286.
Hemicránea, 394.
Hemiplegia, 474.
Hemoptísis, 292.
Hemorragia de la médula espinal, 286;—nasal, 290.
Hemorragias, 275;—de los órganos de la digestion, 294;—de los órganos génito-urinarios, 302;—de los órganos de la respiracion, 287;—de los órganos del sistema nervioso, 278.
Hemorroides, 298.
Hepatirrea, 337.
Hepatitis aguda, 160;— crónica, 160.
Herpes, 627;—circinado, 629;—de la faringe, 640;— furfuráceo, 633;—iris, 629;—labial, 627;—phlyctenóides, 627;—prepucial, 628;—de la vulva, 628;—zoster ó zona, 628.
Herpétides, 623.
Herpetismo, 622.
Hidátides, 707;—del hígado, 711.
Hidremia, 360.
Hidrocéfalo agudo, 314.
Hidrohemia, 360.
Hidronefrosis, 610.
Hidropericardias, 317.
Hidropesía renal, 610.
Hidropesías, 306.

Hidrorraquis, 315.
Hidrotorax, 315.
Hígado grasoso, 600.
Hipercinesias, 437.
Hiperplastia, 355.
Hipersecreciones glandulares, 336.
Hipertrofia, 524;—del bazo, 335;—del cerebro, 525;—del corazon, 527;—del hígado, 531.
Hipo nervioso, 468.
Hipocondría, 494.
Hipohemia, 357.
Histerismo, 511.

I.

Ictericia grave, pág. 335;—maligna, 375;—simple, 372;—tifoidea, 375.
Idiotismo, 496.
Ileo, 596.
Imbecilidad, 496.
Impetigo, 659:—agudo, 659;—crónico, 660:—figurata, 660;—granulata, 661;—larvalis, 660;—scabida, 660;—sparsa, 660.
Induracion, 550;—del cerebro, 551:—de la médula espinal, 551;—del hígado, 552.
Infarto del hígado, 548;—del pulmon, 547.
Infartos, 547.
Inflamaciones, 130;—de los órganos del aparato circulatorio, 222;—de los órganos del aparato respiratorio, 180;—de los órganos del sistema nervioso, 236.
Influenza, 39.
Inoculacion variólica, 97.
Insuficiencia de las válvulas del corazon, 585.

J.

Jaqueca, pág. 394.

L.

Ladillas, pág. 725.
Laringitis edematosa, 187;—estridulosa, 185;—crónica, 183;—pseudo-membranosa, 744;—simple aguda, 181;—ulcerosa, 189.
Lepra, 614;—asturiana, 619;—tuberculosa, 615;—no tuberculosa, 616.
Leucemia, 369.
Leucocitemia, 369.
Lesiones orgánicas, 524;—dependientes de la alteracion en la consistencia de las moléculas, 547;—dependientes de la metamorfosis de las moléculas, 600;—dependientes de la mortificacion de los tejidos, 561;—dependientes de la alteracion del número de las moléculas, 524;—dependientes de una alteracion en el calibre de los órganos huecos, 569.
Linfagitis, 234.
Lipemanía. 488.
Liquen, 636;—agrius, 637;—circunscritus, 637;—gyratus, 637;—líbidus, 637;—pilaris, 637;—simplex, 636;—strophulus, 637;—urticatus, 637.
Locura, 485.
Lombriz, 713.
Lupus, 654;—eritematoso, 655;—con hipertrofia, 657;—tuberculoso, 655;—ulceroso, 657.

M.

Mal blanco, pág. 726;—de nervios, 511;—de la rosa, 618.
Manía, 489;—razonadora, 489.
Melancolía, 488.
Meningitis cerebral aguda, 236;—cerebral crónica, 239;—cerebro-espinal epidémica, 241;—cerebro-espinal esporádica, 241;—granulosa, 668;—raquidiana aguda, 239;—raquidiana crónica, 241;—tuberculosa, 667.
Mentagra, 732.
Mielitis aguda, 247;—crónica, 249.
Miliar, 112.
Monomanía, 488;—ambiciosa, 488;—homicida, 488;—religiosa, 488;—suicida, 489.
Muguet, 726.

N.

Nefritis albuminosa, pág. 373.—simple aguda, 172;—simple crónica, 174.

Nefrorragia, 303.
Neuralgias, 390;—cérvico-braquial, 400;—cérvico-occipital, 399;—ciática, 405;—crural, 407;—facial, 396;—femoro-poplitea, 405;—ileo-escrotal, 404;—intercostal, 401;—lumbo-abdominal, 403;—de las mamas, 403;—del testículo, 404.
Neuritis, 250.
Neuróses, 387;—atáxicas, 455;—complexas, 500;—especiales, 519;—de la inteligencia, 485;—del movimiento, 436;—de la sensibilidad, 390.
Ninfomanía, 488.
Noma, 563.
Nostalgia, 489

O.

Obliteraciones, pág. 587.
Oclusion de los intestinos, 596.
Oligamia, 357.
Opistotonos, 440.
Orlin, 726.
Oxiuros vermiculares, 717.

P.

Palpitaciones nerviosas del corazon, 468.
Pancreatitis, 165.
Panofobia, 488.
Paralísis, 469;—de Bell, 476;—diftérica, 754;—facial, 476;—idiopática, 470;—muscular progresiva, 480;—del músculo serrato mayor, 479;—saturninas, 425;—sintomática, 470.
Paraplegía, 475.
Parásitos anlmales, 706;—vegetales 725.
Pasion histérica, 511.
Pelagra, 618.
Penfigo, 322.
Pericarditis aguda, 222;—crónica, 226.
Perineumonia notha, 193.
Peritonitis aguda, 167;—crónica, 170.
Peste de Levante, 78.
Pielitis, 175.
Pielo-nefritis, 176.
Piojos, 724.
Pitiriasis, 633;—de la cabeza, 633;—negra, 634;—roja, 634;—versicolor, 716.
Plêtora. 355.
Pleuresía aguda, 212;—biliosa, 216;—catarral, 216;—crónica, 119;—diafragmática, 215;—interlobular, 215;—latente, 216;—mediastina, 215;—reumática, 216.
Pleurostotonos, 440.
Polidipsia, 338.
Polihemia, 355.
Poliuria, 338.
Producciones morbosas, accidentales extrañas al organismo, 602.
Prurigo, 635.
Pseudo-crup, 185.
Psoriasis, 638;—difusa, 639;—gyrata, 638;—gutata, 638;—inveterata, 639.
Prurigo, 334;—formicans, 635;—mitis, 635;—senilis, 635.
Pulmonía aguda, 198;—biliosa, 203;—catarral, 203;—crónica, 211;—maligna, 204.
Púrpura hemorrágica, 367.

R.

Reblandecimiento, 552;—agudo del cerebro; 553;—atáxico del cerebro, 554;—crónico del cerebro, 554;—gelatiniforme del estómago, 559;—de la médula espinal, 557;—pultáceo del estómago, 360.
Reumatismo articular agudo, 340:—articular crónico, 346;—muscular, 349.
Rinorragia, 290.

S.

Saburra, pág. 331;—biliosa, 332;—gástrica, 331;—intestinal, 331;—mucosa, 331.
Sarampion, 102.
Sarna, 722.
Satiriasis. 488.
Sialorrea, 336.
Sicosis, 732.
Solitaria, 717.
Sudor miliar, 112.

T.

Tabardillo, pág. 67.
Tabes dorsal, 460;—mesentérica, 687.
Temblor, 465.
Ténia, 717.
Tétanos, 438;—facial, 440;—maxilar, 440.
Tifo africano, 78;—americano, 73;—asiático, 81;—europeo, 67.
Tifus icterodes, 73.
Tiña, 714.
Tisis mesentérica, 687;—pulmonar, 673.
Tos nerviosa, 467.
Trichina spiralis, 719.
Tricocéfalo, 716.
Triquinosis, 719.
Trismo, 440.
Tubérculos del cerebro, 671.
Tuberculosis, 662.
Typhus feber, 67.

U.

Ulceracion, pág. 543.
Ulcera egipciaca, 741;—simple de estómago, 544;—siriaca, 741.
Uretrorragia, 304.
Urticaria, 260;—febril, 260;—fugaz, 261;—tuberculosa, 261.

V.

Vacuna, pág. 97.
Vapores, 511.
Varicela, 101.
Variolóides, 99.
Vértigo artrítico, 499;—á stomacho læso, 521;—epiléptico, 501;—gástrico, 499;—inflamatorio, 499;—nervioso, 499;—reumático, 499.
Vértigos, 498.
Viruela, 90;—espúrea, 101.
Vólvulo, 596.
Vómito negro, 73.
Vómitos nerviosos, 466.

Z.

Zona, pág. 628.

ERRATAS.

Página.	Línea.	Dice.	Debe decir.
28	13	la indigestion	la ingestion
36	3	2 gramos	2 granos
148	7	la laringe	la faringe
148	31	estómago	esófago
215	31	pulmonía mediastina	pleuresía mediastina
224	25	diarrea	disnea
230	23	de la enfermedad	de la inflamacion
245	17	conquistados	enquistados
262	23	calentura	enfermedad
306	15	organo	orgasmo
308	1	repelerle	rebelerle
344	30	medios axilares	medios auxiliares
646	36	accesos	abscesos
650	37	acceso escrofuloso	absceso escrofuloso
662	35	diatesis escrofulosa	diatesis tuberculosa
695	23	ademas de la cavidad	edemas de la cavidad
727	19	deposiciones verdaderas	deposiciones verdosas

