

PROGRAMA-PRONTUARIO

DE

CLÍNICA QUIRÚRGICA,

CORRESPONDIENTE AL CURSO DE 1878 Á 1879;

POR EL

Dr. D. Juan Giné y Partagás,

Catedrático de dicha asignatura en la Universidad de Barcelona.

Dr. Rosalio Herrera y Olivera

BARCELONA.

ESTABLECIMIENTO TIPOGRAFICO DE V. PEREZ,

Calle de Fontanella núm. 11.

1879.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA
CRAI Biblioteca
Medicina

DERMATOLOGÍA.

LECCION 1.^a—Patología general de las dermatosis.—Distincion entre la afeccion y la enfermedad cutánea (aquella es una manifestacion de un estado morbosos general; esta constituye todo el estado patológico).—Estructura y composicion anatómica de la piel.—Funciones del tegumento exterior: de resistencia, de respiracion, de sensibilidad y de calorificacion.—Lesiones materiales y funcionales de la piel.—Valor histórico de las palabras *lepra*, *scabies*, *herpes*, (en tiempos pasados significaban dermatosis crónicas).—Terminología anatomopatológica de Plenck (manchas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, costras, escamas, vellosidades, excrecencias, úlceras, heridas, insectos, enfermedades de las uñas y de los pelos).—Clasificación anatómica inglesa de Willan y Batte-
man, en ocho órdenes (pápulas, escamas, exantemas, ampollas, pústulas, vesículas, tubérculos, y manchas).—Modificaciones de Bielt y Cazenave.—Formas elementales de las dermatosis: ¿hasta qué punto son estas aceptables en la práctica? (no en absoluto, pues las formas reputadas primitivas suelen iniciarse por la mácula).—Importancia clínica de la forma elemental.—Clasificación de las lesiones cutáneas segun el Dr. Bazin: manchas (hematosas y pigmentosas), granos (serosos, purulentos, hipertróficos, heteromorfos y parasitarios), exfoliaciones (parasitarias, excrementicias, inflamatorias y gangrenosas), úlceras (escoriaciones, fisuras, ulceraciones y úlceras propiamente dichas), cicatrices (manchas y cicatrices permanentes.)

LECCION 2.^a—Lesiones anatómicas de la piel, ó formas de la dermatosis.—Su division en elementales ó primitivas simples, elementales primitivas compuestas y consecutivas.—Formas elementales simples: tumefacciones (aguda, crónica, circunscrita y difusa).—Pápulas (liquen, prurigo y strófulus.)

1/3 Habones (urticaria). Tubérculos (grano de Alepo, frambuesa, lupus). Acné, ó eminencia criptosa (punctata, indurata, rosácea, hipertrófica ~~y~~ tuberculosa ó varioliforme). Eminencias y surcos acarianos. Eminencia tiñosa. Eminencia forunculosa. 1/n —Vesículas (sudamina, varicela, eczema, herpes). —Ampollas (pénfigo, rúpia). Pústulas flisacias y psidracias, (viruela, vacuna, ectima, impétigo). Absesos dérmicos. —Alteraciones del color (albinismo, vitiligo) manchas rojas (sarampion, esparlatina, erisipela). Escamas (pitiriasis, lepra vulgar, ictiosis.) 1/c

LECCION 3.^a —*Formas elementales compuestas*: ¿en qué se distinguen de las lesiones complicadas? (las compuestas se originan de una misma causa; las complicadas son producto de causas diversas.) Pápula-habon^a (liquen urticado). Vesículo-pústula (eczema impetiginodes). —Vesículo-ampolla (herpeszona, pénfigo herpetiforme). —Pústula-tubérculo (lupus exedens, sicosis). —Escama-vesicula (psoriasis eczematoso). —*Formas consecutivas*: Costras. —Úlceras. —Hipertrofias consecutivas; ¿en qué se distinguen de las primitivas? —Cicatrices. —Caractéres que presentan segun la afeccion cutánea de que son consecuencia. —Alteraciones funcionales de la piel. —Lesiones de la sensibilidad: anestesia, hiperestesia, tension (erisipela, pénfigo, viruela), picor (pápulas y vesículas), ardor (inflamaciones agudas, quemaduras), escozor. —Causas fisiológicas de estas sensaciones cutáneas. —Alteraciones de la sensibilidad táctil. —Lesiones de la circulacion: rubor y extravasacion. —Lesiones de la respiracion y calorificacion de la piel: olores especiales y exhalaciones gaseosas cutáneas. —Lesiones de las secreciones: alteraciones del sudor: anidrosis, efidrosis, osmidrosis, cromidrosis y hematidrosis. —Alteraciones de la secrecion sebácea, (seborrea, melastorrea, acné punctata, umbilicata, etc.) —Alteraciones de la secrecion de los pelos (ipertricosis, atricosis, ó madarosis, calvicie, alopecia, canicie, plica). —Alteraciones de las uñas. 1/n

LECCION 4.^a —Lesiones sintomáticas, simpáticas y coexistentes con las afecciones cutáneas. —Lesiones de las membranas mucosas: inflamaciones y catarros, erupciones y ulceraciones. —Lesiones del sistema vascular sanguíneo: fiebre, varices. —Lesiones del sistema vascular linfático: adenitis,

angioleucitis, infartos ganglionares crónicos.—Lesiones del sistema nervioso: neuralgias (herpes zona), satiriasis y ninfomanía (eczema, herpes, liquen y prurigo de los genitales). Insomnio (herpétides, sarna, zona, cáncer), letargo (enfermedades fito-parasitarias) mareo, alucinaciones, vesanias (pelagra).—Lesiones orgánicas y viscerales.

LECCION 5.ª—Etiología de las dermatosis.—Del contagio de las dermatosis parasitarias, exantemáticas y virulentas.—De la herencia en las enfermedades cutáneas (sífilis, escrófula, reuma, gota, lepra).—Influjo etiológico del calor, humedad, luz, localidad, condiciones orgánicas individuales (edad, sexo, temperamento, constitucion, idiosincracia, embarazo, puerperio, lactancia, menstruacion, edad critica, supresion de flujos habituales, afecciones morales, hábitos y profesiones).—Clasificacion etiológica de las enfermedades de la piel en: parasitarias, espontáneas ó naturales y artificiales ó provocadas.—Dermatosis parásitarias: su division en zooparasitarias (piojos, sarna, filaria, nigua) y fito-parasitarias (tiñas dérmicas, epidérmicas, diftéricas y plicas).—Dermatosis espontáneas: su division en locales, ó por deformidad (manchas congénitas, verrugas, hipertrofias cutáneas, ictiosis y cicatrices consecutivas) generales, que á su vez se clasifican en febriles ó sintomaticas de fiebres graves (miliar, sudamina, petéquias, manchas rosáceas), exantemáticas (escarlatina, sarampion, alfombrilla, viruela, varicela), pseudo-exantemáticas (eritema, erisipela, herpes, eczema, impétigo, ~~pér~~figo, liquen, divieso, antrax, urticaria, mentagra y escleroma), hemorrágicas (púrpura simple y hemorrágica, y hemofilia), hiperdiacriticas (osmidrosis, efidrosis y flujos sebáceos), y nerviosas (anestesia cutánea y dermalgia general y local). Dermatosis constitucionales: su division en sifiliticas, herpéticas, reumáticas, escrofulosas, escorbúticas, leprosas, pelagrosas, muermosas, carbunculosas, tuberculosas fibro-plásticas, cancroideas y cancerosas.—Caractéres de estos grupos.—Dermatosis artificiales: su division en provocadas directamente (heridas, quemaduras, insolaciones, acciones de agentes irritantes) y provocadas indirectamente (urticaria, acrodinia, ergotismo, diviesos, resultantes del uso de ciertos medicamentos.)

LECCION 6.^a—Pronóstico de las dermatosis en general: cómo influyen la etiología, la forma elemental, la epidemici-
dad, endemici-
dad, el contagio, la herencia y la acción re-
pulsiva de las enfermedades cutáneas.—¿Hasta qué punto es
un hecho la repercusión de las dermatosis? ¿Cuáles son las
condiciones que caracterizan la verdadera repercusión?—En-
fermedades y afecciones que no se repercuten (dermatosis ar-
tificiales, parasitarias, sífilíticas, escrofulosas, leprosas, pela-
grosas, escorbúticas, muermosas, carbunculosas, cancroídeas,
y tuberculosas y lesiones cutáneas consistentes en tumefaccio-
nes crónicas, vesículas, pústulas, escamas, tubérculos, ampo-
llas, acné, forúnculos, eminencias tiñosas ó acarianas y abs-
cesos dérmicos).—Enfermedades y afecciones cutáneas que se
repercuten: dermatosis exantemáticas (viruela, escarlatina, sa-
rampion), pseudo-exantemáticas (erisipela de la cabeza, urti-
caria aguda, dermatosis herpéticas crónicas y dermatosis reu-
máticas) y lesiones consistentes en tumefacciones agudas sim-
ples (erisipela), pápulas (prurigo y líquen crónicos), vesículas
(eczema), vesículo-pústulas (del eczema impetiginodes), pús-
tulas (de viruela), manchas (de sarampion y escarlatina) y
habones (de urticaria).

LECCION 7.^a—Terapéutica general de las enfermedades
de la piel.—Indicaciones generales ó sintomáticas.—Indica-
ciones especiales ó específicas.—Medicaciones.—Medicacio-
nes generales ó sintomáticas: Medicación antiflogística.—In-
dicaciones que en la patología cutánea encuentran las emi-
siones sanguíneas, las bebidas sudoríficas y refrigerantes, los
baños generales y locales, simples ó compuestos, las lociones,
las irrigaciones y pulverizaciones, las cataplasmas, los polvos
emolientes, la glicerina y los glicerolados, los ungüentos, las
pomadas y los aceites.—Medicación resolutive.—Resolutivos
directos locales: mercuriales, iodo y sus compuestos, ácido
fénico, brea, aceite de enebro, aceite de abedul, bencina,
petróleo, creosota, alcanfor, cloroformo, colodion, cicuta,
alumbre, tanino, preparados zíncicos, plúmbicos, argénticos,
cúpricos, ferrícos y alcalinos.—Resolutivos directos genera-
les: baños comunes ó minero-medicinales, baños medicinales
artificiales: con cocimientos de plantas, de sublimado, de
alumbre, de subcarbonato de potasa ó sosa, de ioduro y bro-

muro potásicos, de cloruros alcalinos, de agua del mar, sulfuros artificiales.—Resolutivos indirectos usados al interior: mercuriales, iódicos, alcalinos, cicuta, ácido fénico, azufre y arsénico.

LECCION 8.^a—Medicacion anodina ó calmante: ópío, acónito, belladona, an¹stésicos, alcanfor, oxicato, brea y miera. —Medicaciones evacuante, derivativa y revulsiva: purgantes, eméticos, diuréticos.—Medicacion irritante sustitutiva: cantáridas, aceite de enebro, tintura de iodo, álcalis y ácidos concentrados, pastas cáusticas.—Medicaciones especiales ó específicas.—Medicacion parasitocida: (pomadas sulfurosas y sulfo-alcalinas, unguento mercurial, soluciones y pomadas de sublimado).—Medicacion anti-sifilítica.—Medicacion anti-herpética: arsenicales, sulfurosos, aguas sulfurosas, tintura de cantáridas.—Medicacion anti-reumática.

LECCION 9.^a—*Dermatosis parasitarias*.—Del parasitismo en general. Definicion del parásito (un sér vivo que se desarrolla y reproduce dentro ó sobre otro sér vivo, á expensas de este). Division del parasitismo en: normal (compatible con la salud y quizás necesario á la vida), patogenético (que altera las funciones del organismo) y consecutivo á la muerte (que se desarrolla en los cuerpos orgánicos en descomposicion). —Parasitismo patogenético.—Su division en: cutáneo, mucoso, superficial ó de implantacion (que se manifiesta en las superficies tegumentarias) y profundo, ó de infeccion (que ataca los humores, v. g. en las enfermedades zimóticas).—Division del parasitismo en: animal (zooparasitismo) y vegetal (fitoparasitismo).—Parásitos animales (accarus, pulga penetrante y filaria, ó dragoncillo).—Parásitos vegetales (achorion, tricóphiton, micrósporon).—Enfermedades que son causa ocasional de los parásitos, en cuanto favorecen el desarrollo de los gérmenes (nunca los parásitos son meros productos morbosos).—Condiciones que deben tener las enfermedades cutáneas para reputarlas parasitarias: (1.^a existencia constante del parásito; 2.^a que este preceda á los síntomas y lesiones cutáneas, 3.^a que estos se expliquen por la presencia y accion del parásito; 4.^a que haya contagio directo, y 5.^a eficacia del tratamiento parasitocida).—Caractéres exteriores que presentan las enfermedades parasitarias: sueño de las enfermedades pa-

rasitarias; polimorfismo.—Curso de las dermatosis parasitarias (siempre creciente, abandonadas á sí mismas).—Complicaciones (que á veces ocasionan la muerte).—Eficacia de la terapéutica (casi siempre sanan). Desaparicion gradual.—Duracion indeterminada, pues á veces los parásitos sobreviven al paciente).—Rara la curacion espontánea.—Pronóstico de las dermatosis parasitarias (leve en la mayoría de los casos; grave, si son antiguas; mortal por las complicaciones).—Indicaciones terapéuticas (1.º extinguir los parásitos, 2.º combatir las complicaciones y 3.º mejorar el estado general.)

LECCION 30.—De la sarna (enfermedad parasitaria producida por un arácnido, el *sarcoptes hominis*, y caracterizada por surcos sub-epidérmicos, que alojan la hembra del animal y sus huevecillos, por la picazon nocturna y por una erupcion especial).—Historia natural del accarus.—Está mal clasificado entre los arácnidostraqueales y estaria mejor formando un orden de los acarianos.—Su diámetro ($\frac{1}{3}$ de milimetro), su color (rosado), su figura (de tortuga, con pelos en el dorso), conformacion externa (8 patas, el macho ($\frac{1}{3}$ menor que la hembra, con ventosas ó ambulacros en las cuatro anteriores y en las 2 posteriores; la hembra con ventosas solo en las cuatro anteriores; pico; cabeza confundida con el tórax; estrías, aguijones y apéndices, llamados apodemas y epimerios).—Síntomas de la sarna: surcos acarianos (galerías sub-epidérmicas, abiertas por una estremidad desgarrada y terminada en fondo de saco; son producidas por el accarus hembra).—Erupciones sintomáticas (vesículas, vesico-pústulas ó pápulas).—Sitio del parásito (el fondo de los surcos).—Manera de encontrar el accarus para examinarlo al microscopio (levantar el surco con un alfiler; reblandecer las costras con líquidos alcalinos, etc.).—Síntomas subjetivos de la sarna (prurito, que aumenta por la noche y produce insomnio).—Fenómenos consecutivos (rasguños, rozaduras, eritemas, etc., producidos por la accion de rascarse).—Complicaciones (dermatosis artificiales debidas á los tópicos empleados y afecciones cutáneas constitucionales concomitantes, tales como herpétides, sífilides—sarna gálica—ó escrofulides).—Variedades de la sarna: forma papulosa (muchas pápulas y surcos), pústulo-vesiculosa (muchas pústulas, vesículas y surcos y pocos parásitos) y caquética (erupciones

confluentes y rebeldes).—Etiología: condiciones individuales (la sarna no respeta ninguna; pero en niños y en linfáticos, se ve la forma pustulosa; en los adultos y sanguíneos, la papulosa con forúnculos). Causa esencial (el contagio; pasando al individuo sano gérmenes femeninos ó individuos hembras). Diagnóstico (los surcos, y sobre todo el accarus, son patognomónicos; faltando la observacion de estos, se caracteriza por la erupcion multiforme—pápulas, vesículas, pústulas—que se ve principalmente en los espacios interdigitales, muñecas, brazos, axilas, nalgas, piernas y piés, coincidiendo con un prurito que se agrava grandemente por las noches).—Pronóstico (leve, por eficacia de la terapéutica). Tratamiento. Empleo de los sulfurosos: método del Hospital de San Luis, ó de Hardy (enérgica fricción, durante media hora, con jabon negro, baño tibio, de otra media hora; fricción con la pomada de Helmerich—manteca 200 gramos, azufre sublimado 50 gramos, sub-carbonato de potasa 25 gramos—por igual espacio de tiempo, y otro baño tibio).—Uso del ácido fénico en el tratamiento de la sarna: indicaciones especiales de este agente terapéutico (piel fina, infancia, enfermedad incipiente). Inutilidad de toda medicacion interna.

LECCION 11.—Dermatosis fito-parasitarias.—Vegetales tricofiticos (que se desarrollan en los cabellos) y onicofiticos (en las uñas) y epidermofiticos (en la epidermis).—Dermatosis dependientes de vegetales tricofiticos y onicofiticos: Tiñas.—Vegetales de las diversas tiñas (*Achorion Schenlein*, en la tiña favosa; *Tricóphiton tonsurans*, en la tiña tonsurante; y *Micrósporon Andouini*, en la tiña pelada).—De la tiña favosa en particular (ataca los cabellos, pelos y uñas y presenta costras amarillentas, secas, ásperas, de olor de azufre). Variedades de la tiña favosa (urceolar, escutiforme y monticular ó escuarrosa).—Tiña favosa urceolar.—Síntomas, (1.º comezon, círculos rubicundos y luego pústulas; 2.º botones favosos, en que se forma la depresion caliciforme; 3.º el micellium, hasta entonces alojado en el bulbo pilífero, se extiende libremente formando costras; 4.º alteraciones de los pelos; color de raton sin brillo).—Aparicion del micrófito en las uñas, por la accion de rascarse. 5.º Complicaciones: (impétigo, abscesos dérmicos, hemorragias).—6.º Alopecia.—Explicacion de los sínto-

mas por la presencia y desarrollo del micrófito.—Tiña favosa escutiforme (formando primero círculos rojos y despues costas, con pelos apelmazados, de figura circular, desiguales, abolladas y salientes, que se reunen por su circunferencia).—Tiña favosa escuarrosa, ó monticular (formando elevaciones desiguales, con pelos conglutinados y afectando un aspecto comparado á un mapa en relieve).—Complicaciones de la tiña favosa (piojos, erupciones herpéticas, escrófulas).—Etiología: causas predisponentes (desaseo, escrofulismo); ocasionales: (contagio por los esporos del achorion, siendo posible la inoculacion).—Descripcion del micrófito achorion (*esporulos*, ó granitos aislados; *tubos esporideos*, llenos de esporos, y *micellium* ó filamentos tubulares vacios). Diagnóstico diferencial entre la tiña favosa y el herpes ó tiña tonsurante, la tiña pedada y la pseudotiña.—Tratamiento de la tiña.—Necesidad imprescindible de la depilacion.—Depilacion por el casquete (dolorísima é imperfecta); por medio de los dedos (difícil de praticar); con las pinzas (la mas ventajosa). Empleo del aceite de enebro y de las lociones con jabon de potasa.—Lociones de sublimado. Fumigaciones sulfurosas.

LECCION 12.—De las herpétides: caractéres generales de las dermatosis incluídas en este grupo.—Etiología: (son trasmisibles por herencia y no por contagio; la mejor predisposicion consiste en el temperamento linfático-nervioso; son causas abonadas los alimentos y bebidas estimulantes).—Sintomatología: color (rojo en las húmedas, y blanco en las secas; no hay congestion vascular), dolor (prurito y escozor, que aumenta por el calor).—Simetría.—Secreciones (flúida y abundante en las húmedas, escamosa en las secas).—Extension (invaden simultáneamente diversas regiones y en particular las correspondientes al plano interno; tienden á generalizarse).—Variedades de herpétides, segun Bazin (1.º primitivas, que comprenden la roséola pseudo-exantemática y el eczema rubrum generalizados; 2.º vulgares: impétigo herpético; vesiculosas: eczema simétrico; escamosas: pitiriasis y psoriasis; papulosas: prurigo y liquen; 3.º irregulares ó malignas: eritematosas, nidosis; ampollosas: pénfigo crónico; mixtas: herpétide exfoliatrix).—Impétigo herpético generalizado (erupcion maculosa, luego vesículo-pustulosa, que deja

por residuo costras, las cuales al caerse, se reproducen, sin aparecer otra erupcion pustulosa).—Caractéres de la secrecion (serosa) y de las costras (gruesas, amarillentas ó verdosas como miel seca— *melitraya*).—Impétigo sparsa (formando grupos de pústulas aisladas).—Diagnóstico diferencial entre el impétigo herpético y el escrofuloso.—Impétigo figurata— (en este que aparece en la cara, costras anchas y oscuras con infartos ganglionares y falta de prurito).—Id. de la sifilide pustulosa circunscrita de la cara y de la miliar generalizada, (en esta, costras con areola de color cobrizo, indolencia y cicatrices blancas en el centro y rebucundas en la circunferencia). *ju*
—Pronóstico de (larga duracion).—Tratamiento: emolientes (cataplasmas de harina de arroz, cocimientos emolientes), pomadas (de brea—manteca 30 gramos, brea 8 gramos,—calomelanos -- manteca 30 gramos, calomelanos 1 gramo)—aceite de enebro—solo ó con aceite de almendras dulces.—Baños de almidon. —Arsenicales: licor de Fowler (9, 13 y 15 gotas, gradualmente, en las 24 horas) arseniato de hierro (píldoras de 5 miligramos, de 5 á 10 al dia.)

LECCION 13.—De las escrofulides.—Carácteres generales de las dermatosis incluidas en este grupo.—Etiología. Condiciones cósmicas (ambiente húmedo y frio, países bajos, habitaciones oscuras, alimentacion insuficiente, etc.).—Sintomatología.—Sitio (preferentemente en la cabeza y, en general, en las regiones mas abundantes en vasos linfáticos).—Formas de estas dermatosis (eritema, pústula, boton ó úlcera).—Productos (abundante secrecion puriforme, concrecible en costras oscuras, muy gruesas).—Disposicion (sin simetría).—Color (blanco ó rosado pálido).—Fenómenos subjetivos (poco ó nada dolorosos).—Marcha (gran cronicidad, propension á nuevos brotes, aparicion de las formas mas adelantadas sin que hayan precedido siempre manifestaciones mas leves). *le*
Division de las escrofulides primitivas, ~~la~~ *les* superficiales y benignas, y secundarias, profundas y malignas.—Escrofulides primitivas ó benignas: su division en eritematosas (sabañon y cuperoze), exudativas y botonosas.—Escrofulide exudativa benigna de las piernas.—Impétigo escrofuloso (pústula psidráceas, discretas ó confluentes, cuyo humor se concreta formando costras amarillas ó verdosas, de considerable espe-

sor).—Síntomas y marcha (aparecen manchas seguidas de pústulas psidráceas, esparcidas—*impétigo sparsa*—ó aglomeradas—*impétigo figurata*—que al abrirse dejan salir un humor, el cual se condensa formando costras blancas de color amarillo, como la miel—*melitrage*;—debajo de las costras hay una exulceracion supurante, la cual da lugar á la costra; al fin se cura, cayéndose la costra, sin dejar cicatriz).—Marcha del impétigo (agudo, que dura tres semanas ó un mes, y crónico, mucho mas).—Diagnóstico diferencial entre el impétigo y el eczema (en este, el elemento inicial es la vesícula; las costras son escamosas y ténues, su extension es menor y su marcha mas rápida); el ectima (en este, pústulas mas voluminosas, discretas, con aureola roja y la costra es gruesa y adherente); la mentagra (pústulas mas grandes, atravesadas por un pelo, poco pus y base indurada) y la tiña (costras de color amarillo de azufre, secas, de olor especial y con *micellium*).—Pronóstico del impétigo (siempre se cura, pero en los miembros inferiores resiste mas que en los superiores).—Tratamiento del impétigo escrofuloso, ó escrofulide benigna exudativa.—Agentes tópicos: empleo del aceite de enebro, de la tintura de iodo y de los baños sulfurosos alcalinos.—Agentes internos: tónicos amargos, ioduro-ferroso, aceite de higado de bacalao (este debe preferirse para las escrofulides malignas ó rebeldes).

LECCION 14.—Del lupus ó estiomene.—Su division en ulceroso y tuberoso y su subdivision en terebrante y serpiginoso.—Naturaleza histológica de esta neoplasia (la granulacion como término del proceso morboso).—Etiologia del lupus.—¿Es siempre una escrofulide? (lupus en sugetos de temperamento no linfático).—Diagnóstico diferencial entre la escrófalo-sifilide y el lupus ulceroso de la cara (en aquella, multiplicidad de ulceraciones, que no comienzan por el lomo de la nariz, y coexistencia con otros afectos escrofulosos profundos, tales como el tumor blanco).—Lupus ulceroso del labio superior: periodos que recorre hasta su curacion (erupcion de granos tuberculosos, duros y rojizos; abertura de estos, ulceracion irregular, aparicion de nuevos brotes en las inmediaciones, mientras cicatriza el afecto primitivo; desaparicion total de las ulceraciones, dejando cicatrices rojizas ó

blanquecinas y relucientes con bridas muy perceptibles).—Lupus terebrante de la cara.—Iniciacion como en el precedente.—Sus progresos en la bóveda palatina, fosas nasales y regiones peri-orbitarias.—Resistencia del globo ocular.—Dificultades de la alimentacion que conducen al marasmo y á la caquexia. 19.—Carácter clínico fundamental de lupus (invasion y cicatrizacion simultáneas).—Pronóstico del lupus segun su forma.—Tratamiento.—Empleo tópico de la tintura del iodo, del ácido fénico y del permanganato potásico.—Administracion interior del aceite de higado de bacalao.—Tratamiento de la escrófulo-sifilide lupinosa de la cara (cauterizacion, iodo, ioduro potásico, aceite de enebro.)

LECCION 15.—Del eczema en general.—Períodos que en su evolucion presenta (vesiculacion, exhalacion, formacion y desprendimiento de costras).—Curso del eczema (unas veces agudo, terminando en dos septenarios; otras crónico y expuesto á recidivas).—Anatomia patológica: asiento: red vascular (Biet); conductos sudoriparos (Cazenave); capa profunda del epidermis (Hardy); glándulas sudoriparas y red superficial del dermis (Bazin).—Metástasis del eccema (solo se observan en el herpético).—Diagnostico diferencial entre el eczema y el herpes (en este, menor número de vesiculas, que á la vez son mas gruesas y menos duraderas; además el prurito cesa cuando se han formado las costras), la miliar (en esta la exudacion deja costras), el impétigo (en este, la pústula como forma inicial y las costras son gruesas), la pitiriasis (en esta no hay exhalacion de ninguna clase, sino escamas secas desde un principio) y el psoriasis de la palma de la mano (el eczema ocupa toda la palma, el psoriasis forma chapas circulares, circunscritas por intervalos de piel sana, cubiertas de escamas plateadas).—Pronóstico del eczema (leve, en general, pero temible por las recidivas; en el cuello y en las aberturas naturales su curacion es mas difícil).—Etiología: eczema de causa externa, provocado directamente por agentes irritantes, y de causa interna, sostenido por una discrasia (escrofuloso, artrítico, herpético y sifilítico).—Tratamiento (lociones emolientes, baños de fécula, polvos de almidon, pomadas de colomelanos, brea, glicerina, glicerolados, alcalinos, potasa, ácido acético y aceite de enebro).

LECCION 16.—De la pelagra (dermatosis constitucional caracterizada por eritema especial de las partes descubiertas de los miembros, con trastornos digestivos, encefálicos y medulares). Distincion de tres órdenes de fenómenos morbosos en esta enfermedad: 1.º Eritema.—¿En qué se distingue del eritema solar simple? (aparece, en el dorso de las manos, piés y antebrazos, parte anterior del pecho, y raras veces en la cara, principalmente en el equinoccio de primavera, bajo la influencia de una insolacion, causando una sensacion de escozor, que se exacerba cada vez que hay nueva accion de los rayos solares; la piel se adelgaza, perdiendo su panículo adiposo; la epidermis se apergamina, se vuelve morena y frecuentamente se descama lentamente. El eritema solar es de marcha aguda, y si algunas veces va acompañado de síntomas cerebrales, estos son sumamente fugaces y tambien agudos).—2.º Síntomas del aparato digestivo, (establecido el eritema, sobreviene inapetencia, diarrea y sensacion de ardor en la garganta y epigastrio, con vértigos y zumbidos de oídos y algunas veces flujo de saliva salada). 3.º Síntomas encefalopáticos (vértigos, mucho mas pronunciados al pasarse del sol á la sombra; amblíopias, insomnio tenaz, tristeza melancólica, con marcada tendencia al suicidio, particularmente por sumersion, y alucinaciones acústicas). 4.º Síntomas medulares (raquiálgia, al principio simple y despues convulsiva, con opistótonos y á veces dolor de una mitad, especialmente la derecha del cuerpo).—Marcha de esta enfermedad: ¿existen tres formas de pelagra dependientes del tipo de la afeccion? (no, pues el ser intermitente, remitente ó continua, expresa periodos mas ó menos adelantados de la enfermedad, que, presentándose al principio en las primaveras, disipándose en verano y desapareciendo del todo en el resto del año—*intermitente*—mas tarde presenta exacerbaciones primaverales y remisiones automnales y hienales—*remitente*—hasta que al fin los síntomas no cesan nunca y van en creciente intensidad—*continua*).—Duracion (siempre muy larga: 8, 10, 20 y aun muchos mas años).—Etiología: ¿Puede admitirse la especificidad etiológica, atribuida al maiz alterado? (no, pues la pelagra se observa tambien en personas que no han hecho uso de este alimento, y deja de observarse en países en donde se hace

gran consumo de esta sustancia). Patogénia—(hay sin duda una discrasia producida por una alimentacion defectuosa, pero es probable que en su esencia la pelagra consiste en una perturbacion de la parte de los centros nerviosos destinada á la vida trófica).—Pronóstico: grave si se llega tarde; al principio, siendo dable sustraer el individuo á las causas que dieron origen á la enfermedad, es curable).—Tratamiento (régimen azoado, baños, ferruginosos, arsenicales, evitar las insolaciones, etc.)

LECCION 17.—Afecciones de las *glándulas sebáceas*.—Géneros que este grupo de dermatosis comprende (1.º anomalías de la secrecion sebácea y 2.º alteraciones de los folículos sebáceos).—Anomalías de la secrecion sebácea.—Seborrea (hipersecrecion de materia sebácea, que, flúida ó condensada, aparece en la superficie epidérmica).—Seborrea oleosa, ó adiposa (cúbrese la piel de una capa aceitosa, que la da brillo untuoso, y una suciedad perenne, que hace que se ensucien extraordinariamente los vestidos interiores; limpiando la capa aceitosa, se ven los orificios de los folículos pilosos repletos de materia sebácea, con puntitos negros muy visibles—*acné punctata*;—en varios sitios, se acumula la materia sebácea y forma: en el prepucio y clítoris, una materia blanquecina, llamada *esmegma*; en los cabellos de los recién-nacidos, una costra amarillento-verdosa, llamada *costra láctea*; en los repliegues palpebrales, un barniz súcio denominado *melasma de los párpados*; cuando forma una capa súcia y densa en una grande extension de la superficie del cuerpo, recibe el nombre de *ictiosis sebácea*, que no debe confundirse con la verdadera ictiosis; en los pelos de la barba, conglutinándolos en gruesos y cónicos mechones, forma la *plica polaca*, que, en concepto de Hebra, nada tiene de específica).—Seborrea seca ó escamosa—1.º En partes lampiñas (pequeñas escamas, suaves al tacto, que untan el papel de fumar, pues son de sebo condensado y no verdaderas exfoliaciones epidérmicas).—2.º En regiones pobladas de vello (los pelos se pueblan de escamillas, que se desprenden al pasar el peine y caen mayor ó menor número de cabellos).—Tratamiento de la seborrea (aun cuando la afeccion es puramente local, auxilian eficazmente su curacion los amargos y reconstituyentes; los remedios lo-

cales son los mas indicados y consisten principalmente en lociones jabonosas, que limpian la piel; despues se templá la irritacion del tegumento á beneficio de aceite ó manteca dulce, sola ó asociada al tanino ó al óxido de zinc).—Del *acné* (afeccion de las glándulas sebáceas).—Sus variedades, segun la forma anatómica (*congestiva*, ó *rosácea*, con rubicundez, por hiperemia del dermis; *pustulosa*, ó *simple*, que forma granos llenos de un líquido puriforme; *indurata*, notable por la induracion; *punctata*, que forma puntitos como granitos de pólvora enclavados en la piel; estrujando sale uno como gusanillo de sustancia sebácea, con un punto negro, que remeda la cabeza; *varioliforme*, con pústulas umbilicadas, que cicatrizan dejando hoyos permanentes; *elefantisiaco*, con hipertrofia de los elementos fibrosos del dermis; *pustuloso diseminado*, granitos, cuyo tamaño varia desde el de una cabeza de alfiler al de una lenteja, de color rojizo, con un vértice amarillento, por la supuracion, que nunca alcanza á la base; *umbilicado* ó *piloso*, granos deprimidos en el centro, por hallarse atravesados por un pelo)—Del *acné varioliforme* en particular (eminencias tuberculosas, redondeadas y umbilicadas, dependientes de la hipertrofia de los folículos sebáceos y de la retencion de su producto). Del *moluscum* y sus especies: 1.º *moluscum contagiosum* (granos tuberosos, de color normal ó rubicundos y de tamaño variable desde el de un cañamon al de una naranja, diseminados, blandos al tacto, y como huecos, pero en realidad, repletos de sustancia sebácea)—2.º *moluscum fibrosum*: (granos tuberosos, sésiles ó pediculados, duros y resultantes de la hipertrofia del tejido conjuntivo de las glándulas sebáceas y sus inmediaciones, que en muchos casos, especialmente en la cara, puede ofrecer un aspecto general parecido al de la elefantiasis, de la que se distingue por no haber hipertrofia ni anestesia en la piel en que se hallan implantados los tubérculos)—Del *acné* considerado como afeccion especial, ó desde el punto de vista etiológico (puede ser una simple deformidad ó producido por causa externa, ó por causa interna).—Acné como simple deformidad (puede ser *miliar*—granitos como de mijo, de color perlado, que aparecen en la frente, párpados y lábios, permaneciendo indolentes y estacionarios, ó *hipertrófico y sebáceo*, formando eminencias hipertrofi-

caséindolentes, como verrugas). Acné de causa externa—(debido á la suciedad, al abuso de los cosméticos ó á ciertos agentes usados al interior, tales como el iodo y el alcohol). Acné de causa interna—(puede ser *escrofuloso*, que reviste todas las formas, inclusa la seborrea; *artrítico*, que se presenta bajo las formas de *cuperosis*, *umbilicado*, *indurado y miliar*; y *sifilítico*, que consta de pustulitas del tamaño de una lenteja, de base roja y dura, con una ampollita mas ó menos voluminosa, repleta de serosidad).—Tratamiento del acné.—Medicacion local: (pomadas de proto y bi-ioduro de mercurio, en la proporcion de 25 centigr. á 15 gramos de sal mercurial por 30 gramos de manteca—las de nuestra clinica son: de 1 á 3 gramos de bi-ioduro por 30 de manteca.—Aceite de enebro; pomadas alcalinas, sulfurosas ó astringentes. Remedios internos—(de acuerdo con el estado constitucional, que tal vez sostiene la afeccion cutánea).

SIFILOGRAFÍA.

LECCION 18.—Enfermedades venéreas, ó contraídas por las relaciones sexuales.—¿En qué se distinguen de las sifilíticas, ó sostenidas por el virus de este nombre?—Enfermedades venéreas y sifilíticas á la vez (chancre infectante de los genitales); enfermedades venéreas y no sifilíticas (uretritis blenorragica), y sifilíticas y no venéreas (chancre indurado del pezon contraído por el amamantamiento; sífilis hereditaria).

LECCION 19.—De la blenorragia.—Su etiologia: causas comunes y específica (aquellas pueden producir flujos uretrales, análogos á los blenorragicos).—Contagio: virus blenorragico: ¿hasta qué punto puede decirse que es contagiosa la blenorragia? (falta de periodo de incubacion y es susceptible

de ser provocada por estímulos comunes no virulentos.)—Naturaleza de la blenorragia.—Doctrina de los identistas (que sostienen que ^{son de la misma naturaleza} ~~nada tiene que ver~~ la sífilis ~~con~~ la blenorragia).—¿Existe un virus blenorragico granuloso? (No).—De la blenorragia en el hombre.—Síntomatología: formas ó grados de la blenorragia.—Blenorragia aguda (purgacion de garabatllo).—Mecanismo fisiológico que produce el encordamiento del pene.—(La distension excesiva de los cuerpos cavernosos, sin elongacion proporcional de la uretra, por no permitírsele la naturaleza de sus tejidos).—Blenorragia crónica y blenorrea: ¿en qué se distinguen estas dos variedades del flujo uretral? (en la primera, flujo moco-purulento, contagioso; en la segunda, sero-mucoso, no contagioso).—Periodos de la blenorragia.—¿Existe un verdadero período de incubacion?—Invasion, ascenso, declinacion.—Síntomas locales (hiperemia del meato, flujo, dolor, tumefaccion).—Síntomas generales.—Curso de la blenorragia.—Tendencia á la progresion antero-posterior de la uretritis, en tres evoluciones sucesivas marcadas por la recrudescencia de los síntomas.—Blenorragias que se curan y repiten espontáneamente (blenorragia de repeticion).—Agotamiento gradual de la propension á padecer la blenorragia, obtenido por otras blenorragias anteriores.—(A cada nueva afeccion el flujo es menos agudo, mas escaso y de origen mas profundo).

LECCION 20.—Diagnóstico de la blenorragia.—Diagnóstico diferencial entre la blenorragia, la uretritis simple, el chancre uretral y los flujos seminales (entre la blenorragia y la uretritis simple con flujo, apenas hay distincion posible, pues ambas son susceptibles de comunicarse á individuos sanos y ni en una ni en otra cabe admitir verdadero contagio pues falta período de incubacion; cuando el flujo proviene de un chancre uretral, el tacto, á traves de los tejidos descubre la induracion correspondiente al chancre; los flujos seminales no van acompañados de disuria y en ellos el microscopio manifiesta los zoospermos).—Pronóstico de la blenorragia en sí misma y por razon de las complicaciones y accidentes que la acompañan ó siguen (combatida convenientemente á tiempo, es leve; las complicaciones pueden ser tales que, si no se interviene oportunamente, pueden acarrear la muerte).—Enu-

meracion de los accidentes, complicaciones y resultados de la blenorragia (fimosis, paraquimos, uretroragia, abscesos peri-uretrales, cuperitis, cistitis, estrecheces de la uretra, orquitis blenorragica, infartos prostáticos, fistulas urinarias, oftalmia blenorragica, acuo-capsulitis y artritis blenorragica).—Tratamiento de la blenorragia.—Método abortivo por las inyecciones de nitrato de plata (4 gramos por 30—Debeney— ó un gramo por 30—Ricord—empleadas antes de las 24 primeras horas (son tan beneficiosas, que en la generalidad de los casos producen la curacion súbita).—Inconvenientes de esta práctica (empleadas despues del segundo dia, fomentan la agudez y preparan complicaciones desagradables).—Momento oportuno para el empleo de los balsámicos: método mas eficaz para la administracion del óleo-resina copaiba (altas dosis desde el principio, sosteniendo la medicacion, por mucho tiempo, á dosis decrecientes; si se emplean cápsulas gelatinosas de Copaiba, de 18 á 25 cada dia; si estas no bastan, pocion de Chopart, tres cucharadas al dia; si el flujo es mas persistente, pimienta de Cubebas, 6 gramos tres veces al dia).—Indicaciones de la medicacion antiflogística local y general (al principio, cuando los síntomas son muy agudos, bebidas atemperantes en abundancia, nitrato de potasa, con ó sin ópío, y semicúpios tibios).—Inyecciones de sulfato de zinc (1 por 100), alumbre (2 á 4 por 100), sub-nitrato de bismuto 4 por 100, nitrato de plata (1 por 300 en los flujos crónicos, empleando la sonda para conducir el líquido á las partes mas profundas, que son las afectadas).—Candelillas porta-remedios de Reynald (poco útiles y aun perjudiciales, por mas que sean belladonizadas, en el período agudo; muy ventajosas y de eficaces y rápidos resultados en la blenorragia crónica y én la blenorrea, las de tanino ó de sulfato de zinc).

LECCION 21.—Del fimosis blenorragico:—sus variedades: fimosis francamente inflamatorio—fimosis edematoso.—Diagnóstico diferencial entre el fimosis blenorragico y el sostenido por el chanero (haganse inyecciones de agua tibia entre prepucio y balano, para arrastrar el pus contenido en este espacio; si despues, al exprimir de atrás adelante la uretra, no sale flujo, el fimosis es chaneroso; en caso contrario, es de-

bido á la blenorragia).—Accidentes á que el fimosis chan-croso predispone (gangrena y perforacion del prepucio, con hernia del glande).—Tratamiento del fimosis blenorragico (antiflogísticos, emolientes, astringentes, cauterizaciones con el nitrato de plata).—Incision y circuncision del prepucio. Contraindicaciones de las operaciones cruentas en los casos de fimosis por chancros blandos intra-prepuciales.

LECCION 22.—De los flemones y abscesos peri-uretrales producidos por uretritis simple ó blenorragica.—Condiciones anatómicas de la region que predisponen á la inflamacion flegmonosa.—Síntomas de los flmones y abscesos uretrales.—Diagnóstico diferencial entre esta afeccion y la inflamacion de las glándulas de Cowper, ó cowperitis, (en el primer caso, en la region perineal, el tumor ocupa el plano medio; en el otro, uno de los lados).—Tratamiento (antiflogísticos, emisiones sanguineas locales, pomadas resolutivas y calmantes, cataplasmas emolientes, dilatacion precoz, para que la coleccion no se abra del lado de la uretra.)

LECCION 23.—De las estrecheces de la uretra.—Su division en espasmódicas, inflamatorias y orgánicas.—Contractilidad de la uretra, explicada por los elementos musculares de la vida orgánica que contiene.—Sensibilidad del conducto uretral; acciones reflejas y simpáticas que determinan los estímulos anormales aplicados en la uretra (sondas, cuerpos extraños, inflamaciones).—Estrecheces orgánicas.—Su estructura; elementos fibro-plásticos, ó formados por hipergénesis del tejido de la uretra.—Sitio de las coartaciones (meato urinario, parte posterior de la fosa navicular, region del bulbo, region prostática).—Formas de las estrecheces uretrales (de cuadrante, tubular, semi-cilíndrica, cónica).—Etiología; influencia de los flujos uretrales crónicos.—Síntomas: ^{1c} ~~mixcion~~ importancia del calibre y forma del chorro de la orina: hipertrofia vesical compensadora; atrofia muscular y relajacion vesical consecutivas.—Retencion incompleta de la orina.—Catarro vesical crónico.—Flujo uretral.—Investigacion del sitio y forma de la estrechez por medio de las candelillas de cera y de los estiletes olivares.—Tratamiento de las estrecheces de uretra por medio de la dilatacion gradual (con las candelillas, la dilatacion forzada, por medio de

los catéteres de M. Mayor y con los dilatadores mecánicos).—Cauterizacion de delante atrás y de atrás adelante.—Efectos inmediatos definitivos de la cauterizacion (provocar un aflujo de sangre en el tejido conjuntivo esclerizado de la estrechez, la cuál, por ende, se hace mas blanda y extensible; continuando las cauterizaciones, la flégosis es excesiva: por esto suelen causar alivio las primeras cauterizaciones y daño las sucesivas).—Uretrotomía externa (ojal perineal) y uretrotomía interna (de delante atrás y de atrás adelante).—Apreciacion de los resultados de estos métodos terapéuticos en el tratamiento de las estrecheces (la dilatacion gradual es el medio menos expuesto y de resultados mas plausibles, en las estrecheces no cicatriciales; en las cicatriciales, consecutivas á una herida ó úlcera, es indispensable la uretrotomía interna).—Tratamiento del catarro vesical crónico por medio de las inyecciones de agua tibia primero y fria despues.—Efectos de estos recursos terapéuticos (las inyecciones de agua tibia arrastran el moco depositado en el fondo vesical; las frias obran como agente hidroterápico, restituyendo el tono á la vejiga atrofiada y relajada).

LECCION 24.—De la orquitis ó mejor epididimitis blenorragica. —No es una metástasis, sino resultado de la propagacion de la flegmasia uretral á lo largo de los conductos eyaculadores, vesículas, conducto deferente y epidídimo.—Síntomas de la orquitis blenorragica: fenómenos locales: fenómenos inflamatorios.—Casos de suma intensidad de estos con amenaza de propagacion de la flegmasia al peritoneo.—Hidrocele agudo en la orquitis blenorragica.—Síntomas generales.—Diagnóstico diferencial entre la orquitis blenorragica, el testículo sifilitico y el sarcocoele (la orquitis blenorragica comienza por el epidídimo y no supura; la sifilitica se inicia por el mismo testículo, es indolente y constituye las gomas sifiliticas; el sarcocoele empieza por el testículo y propende á la supuracion).—Terminaciones de la orquitis blenorragica (resolucion, hidrocele, supuracion).—Tratamiento (antiflogisticos, resolutivos, emisiones sanguíneas locales).—Puncion y amplos desbridamientos de la túnica albugínea.—Ventajas de la primera y peligros de los últimos (aquella

11

15

16

19

no expone á la hernia de los conductos seminíferos á que son ocasionados los últimos).

LECCION 25.—Del hidrocele de la túnica vaginal, ó enquistado.—Su etiología (frecuentemente viene á consecuencia de una orquitis simple ó blenorragica).—Diagnóstico.—Es curable sin operacion el subsecuente á la blenorragia, cuando es poco voluminoso y reciente, bastando los resolutivos y los emolientes.—Tratamiento por el método de Monod (evacuacion de una corta cantidad de líquido seroso, por medio de un trócar delgado, seguida de inyeccion de 2 á 4 granos de alcohol).—Resultados (altamente ventajosos). Comparacion con el método clásico de las inyecciones iodo-ioduradas de Velpeau (el método de Monod es casi indolente; la inflamacion consecutiva casi imperceptible y el efecto curativo radical y seguro, si el afecto no es antiguo).—Aparicion del adema del escroto como indicio de la reabsorcion del derrame intra-vaginal.—¿Cómo obra el alcohol en este caso? (excitando á los tejidos á la absorcion del humor derramado; y, por lo mismo, haciendo preponderar este movimiento al de exudacion patológica.) al propio tiempo que coagulando la albúmina del humor seroso, y dejando á este en mejores condiciones para ser absorbido.

LECCION 26.—De la oftalmía blenorragica.—Su etiología (contacto directo del humor blenorragico con la conjuntiva que es la causa mas frecuente, ó por influencia general de la blenorragia uretral; vense, en efecto, oftalmías blenorragicas que se curan cuando desaparece la uretritis blenorragica y vuelven á presentarse en cada nueva blenorragia, lo cual de paso prueba que esta conjuntivitis no es debida á la metástasis).—Contagio de la blenorragia ocular, (así como la uretritis blenorragica produce la oftalmía, el humor blenorragico de esta puede ocasionar una blenorragia uretral).—Síntomas de la oftalmia blenorragica (al principio ligero ardor y sensacion de arenillas en los párpados, que están conglutinados por el humor de Meibomio; luego rubicundez palpebral, que trasciende al globo, aumentando rápidamente de intensidad; infiltras la conjuntiva; la córnea aparece en el fondo de un hoyo circular, formado por el quémosis

conjuntival; grande tumefaccion y color azulado de los párpados; el superior cubre por completo el inferior; flujo mucopurulento mas ó menos abundante; desarrollo de granulaciones palpebrales; el quémosis se hace flemonoso; la córnea pierde su transparencia, adquiriendo un tinte ceniciento, adelgázase y se ulcera, ó bien se desprende en totalidad, formándose en el primer caso un estafiloma de iris, ó vaciándose el ojo en el segundo).—Marcha de esta afeccion (por lo comun recorre estos periodos en 12 ó 14 dias, pero en otros casos llega á la perforacion del ojo en algunas horas).—Pronóstico (grave, pues raras veces, á pesar de los tratamientos mas adecuados, la córnea deja de quedar notablemente lisiada, ya por estafilomas, ya por sinéquias del iris, ya por manchas, y lo mas comun es la pérdida total del ojo).—Tratamiento (debe ser muy enérgico desde el principio) cáusticos (nitrato de plata; 10 gramos, agua destilada 12 gramos, para colirio, repetidas veces cada dia); medios operatorios (escarificaciones de la conjuntiva, y mejor, excision del quémosis) irrigaciones frias, colirio de atropina; al interior: mercurio como alterante, ópιο como calmante, y acibar como derivativo intestinal.

LECCION 27.—De la artritis blenorragica.—flegmasia rara en el sexo femenino que ataca las grandes articulaciones y en especial la de la rodilla y tibio-tarsiana, en el decurso de la blenorragia). Etiología: causas predisponentes (propension habitual á padecer afectos reumáticos); ocasionales: (enfriamientos bruscos, fatigas, etc.) Época en que sobreviene esta complicacion (del 3.º al 5.º septenario de la blenorragia, frecuentemente persistiendo el flujo, aunque con poca intensidad). Patogenia: ¿puede admitirse una metástasis del flujo uretral? (No, porque ni este desaparece cuando se presenta la artropatia, ni, en los casos en que la artritis ha coincidido con la supresion de la blenorragia, se cura la afeccion articular excitando la reaparicion del flujo uretral). ¿Puede admitirse especificidad en la artritis blenorragica? (No, porque tampoco es específica la blenorragia y la afeccion articular puede presentarse por una uretritis simple, como la que se provoca por el cateterismo).—Teoria mas aceptable (la accion refleja, pues los estímulos de la uretra son muy ocasionados

á determinar esta clase de afecciones en distintas partes del organismo, siendo testimonio de ello los accesos de fiebre intermitente que se observan por esta causa). Síntomas de la artritis blenorragica (los de la artritis catarral; pero con las siguientes particularidades: afectar una sola articulacion; determinar mucho derrame y, por consiguiente, gran tumefaccion y aun á veces verdadera hidrartrosis; ser poco dolorosa, y no acompañarse de síntomas febriles).—Marcha y terminaciones (sub-aguda ó crónica, dura de 15 á 90 dias, hasta su resolucion; en sugetos linfáticos, puede terminar por tumor blanco; rarísimas veces supura). Pronóstico (algo grave, por la gran tendencia á la cronicidad) tratamiento: indicacion causal: (combatir la blenorragia, por los balsámicos ó los astringentes). Indicaciones sintomáticas (curar la inflamacion articular, primero con los antiflogísticos, si la flegmasia tiene cierta agudez, luego la tintura de iodo, los vejigatorios, los vendajes compresivos, el de yeso y, por último, acabar de resolver el derrame articular por las duchas sulfurosas.

LECCION 28.—De la blenorragia en la muger.—En qué se distingue de los flujos leucorréicos y vaginales simples.—Asiento preferente del flujo blenorragico en la uretra femenina.—Tratamiento de la blenorragia en la muger.—Ineficacia de los balsámicos para corregir los flujos vaginales y uterinos.—Necesidad de apelar á los astringentes locales.

LECCION 29.—De las vejitaciones.—La sífilis es solo una causa indirecta (por la humedad que puede producir) de las vejitaciones, y no un agente específico.—Relaciones de las vejitaciones con la blenorragia.—Causa inmediata de las vejitaciones (humedad constante en una superficie fina).—Influencia del tratamiento mercurial en el desarrollo de las vejitaciones.—Aspectos diversos de las vejitaciones: coliflores, fresas, moras, condilomas, crestas de gallos.—Vejitaciones confluentes, ó papilomas.—Sitios de predileccion de las vejitaciones (glande, prepucio, meato urinario, ano, vulva, periné ingles, lengua, laringe, conjuntiva palpebral inferior).—Tratamiento de las vejitaciones.—Causticos: ácidos nítrico, crómico y acético, nitrato ácido de mercurio.—Exci-

sion de las vejetaciones.—Extirpacion del prepucio en los casos de papiloma venéreo.

LECCION 30.—De la sífilis y de las enfermedades sifilíticas.—Del virus sifilítico—¿Existe un solo virus sifilítico?—Doctrina del unicismo, (ó de los que admiten que las enfermedades venéreas y sifilíticas son una misma cosa). Doctrina del dualismo (ó de los que admiten un virus que produce el chancre blando y la adenitis chancrosa, al cual llaman virus *venéreo*, y otro cuya primera manifestacion local del estado constitucional es el chancre sifilítico ó indurado y cuyas ulteriores manifestaciones pueden presentarse en todos los tejidos de la economía).—Doctrina del identismo (ó de los que confunden las enfermedades blenorragicas, las virulentas y las sifilíticas, atribuyendolas á un solo virus). ¿A qué doctrina conduce la experiencia clinica? (al dualismo y al no identismo; esto es, á admitir que la blenorragia, el chancre virulento y el chancre sifilítico reconocen cada uno un agente patogenético especial). Doctrina del dualismo.—Contagio de la sífilis.—Efectos de la inoculacion del chancre simple: son positivos en el mismo individuo afecto y en las personas sanas; No trascienden á la infeccion general uel organismo.—Contagio del chancre infectante: no es inoculable en el individuo sifilítico.—La sífilis constitucional, por regla general, produce inmunidad para otros contagios sifilíticos.—Contagio de las manifestaciones secundarias y terciarias de la sífilis.—Inoculabilidad de la sífilis por la sangre sífilis vaccinal.—La inoculabilidad de la sífilis va disminuyendo á proporcion que las manifestaciones constitucionales se apartan de su principio.—Cualquiera que sea el accidente sifilítico de donde proceda el agente contagiante, la sífilis adquirida comienza siempre por el chancre indurado.—Inocuidad de las secreciones normales (leche, semen, saliva) de los sifilíticos.

LECCION 31.—Evoluciones ó desarrollo de la sífilis.—Estado actual de la ciencia en este punto.—Division de los fenómenos de la sífilis en primarios, secundarios y terciarios.—Esta distincion no se funda en la época de la aparicion de los síntomas sifilíticos, sino en la naturaleza de los tejidos afectados y en la profundidad de las lesiones que estos sufren.

—Fenómenos primitivos (resultan, en una superficie sana, por un contacto infectante y son transmisibles á un individuo sano).—Fenómenos secundarios (previa la existencia de los primarios, afectan la piel, las mucosas y aun el periostio y los demás tejidos fibrosos, en sus partes mas superficiales y son *menos* inoculables que aquellos, pero son transmisibles por herencia).—Fenómenos terciarios (manifestaciones en los órganos profundos, tejidos conjuntivo, fibroso y óseo y parénquimas viscerales, que aparecen despues de los síntomas secundarios).—Trasmision hereditaria de la sífilis.—¿Toman igual parte el padre y la madre en este traspaso hereditario?—hechos que prueban la mayor y casi exclusiva influencia de la madre.

m LECCION 32.—Del chanero blando ó simple.—Sitios que preferentemente ocupa en el hombre (frenillo, glande, prepucio, meato, urinario, uretra—chanero larvado—) y en la mujer (horquilla, cuello uterino, capuchon del clítoris, grandes labios).—¿Existe el chanero blando cefálico, ó en la cabeza? (por inoculacion se ha podido producir; espontáneamente es muy raro).—Síntomas del chanero blando.—Formas iniciales que puede presentar (ectimatososa, forunculosa, folicular).—Marcha de la ulceracion—aspecto del chanero (sin induracion basilar ni periférica, fondo ceniciento, bordes festoneados, pus abundante é inoculable en el mismo individuo).—Multiplicidad de los chancros simples (efecto de la auto inoculabilidad del afecto).—Diagnóstico diferencial entre el chanero blando y la placa mucosa de los genitales. En esta, mas bien que depresion, abultamiento fungoso y aspecto mucoso y no ulceroso de la superficie afecta).—Períodos de chanero blando: de incubacion (corta, en general); de progreso (dura 3 ó cuatro septenarios), y de reparacion (corto).—Complicaciones que puede presentar (inflamacion, gangrena, difteria, fagedenismo), las cuales se observan tambien en el chanero infectante.—Tratamiento del chanero blando.—Cáusticos: (nitrate de plata, ácido nítrico, pasta de Viena, pasta de Cankoin, pasta sulfo-carbónica).—Eleccion de estos agentes segun las condiciones del chanero, (para cauterizaciones superficies desiguales y sinuosas, cuando se requiere una cauterizaciones superficiales, en chancros planos, el nitrato

de plata; para cauterizaciones mas profundas y en superficies planas con propension á hemorragias, pasta de Cankoin; cauterizacion rápida y profunda, pasta sulfo-carbónica; la sulfo-zafranica, de ácido sulfúrico y azafran, es menos dolorosa).—Efectos del iodoformo para modificar la superficie de los chaneros atónicos y fungosos.

LECCION 33.— Del chanero indurado. — Naturaleza constitucional de esta manifestacion sifilítica.—Síntomas del chanero indurado:—formas y aspectos de la induracion: chanero apergaminado, anular e induracion prismática —Formas iniciales del chanero indurado (papulosa, ectimatoso, tuberculosa, erosiva).—Fenómenos característicos del chanero indurado (indolencia, induracion, escasez de supuracion).—Apariencias de benignidad.—Sitios de preferencia del chanero sifilítico en ambos sexos.—Curso del chanero infectante.—Incubacion (de 9 á 25 dias, por término medio).—Es mas tardía en el contagio artificial, por inoculacion, que en el fisiológico, á causa de que en aquel no hay eretismo.—Progreso (alcanza su máximo desarrollo al segundo septenario). Regeneracion (se deterge, vegeta, aparece el tejido cicatricial).—Persistencia de la induracion.—Trasformacion del chanero en placa mucosa, que principalmente se observa en los genitales de la mujer, constituyendo la *papulacion*.—Etiologia: el chanero infectante procede siempre del contagio fisiológico ó de inoculacion artificial de un humor sifilítico procedente de un accidente primitivo ó secundario ó de la sangre de un sifilítico.—Diagnóstico diferencial entre el chanero infectante y el herpes de los genitales y de los labios, los desgarros de la horquilla y el chanero blando, ó simple.—Pronóstico del chanero sifilítico en sí mismo y respecto á los accidentes constitucionales, que son inevitables.—La gravedad de estos no guarda relacion con la intensidad del chanero, ni con la magnitud de la induracion.—Tratamiento: utilidad de los tópicos sencillos—inutilidad y perjuicio de la cauterizacion.—¿Es necesario administrar los mercuriales desde la aparicion del chanero infectante? (no es necesario ni conveniente).

LECCION 34.—Complicaciones del chanero.—Inflama

cion excesiva.—Causas: tópicos irritantes; estrangulacion producida por el fimosis ó por el parafimosis.—Tratamiento: (cuando es muy enérgica, cauterizacion con nitrato de plata; en otros casos, emolientes, narcóticos y régimen atenuante).—Gangrena: en el seno del chancro indurado, ó por estrangulacion causada por el fimosis.—Tratamiento: desbrindamientos, excision de las partes esfaceladas; antisépticos: carbon, alcanfor, quina, ácido fénico, agua clourada.--Difteria--Fagedenismo (especie de gangrena molecular, que invade y destruye las partes inmediatas).—Gravedad de esta complicacion.—Mayor frecuencia en el chancro simple que en el sifilítico.—No existe un virus chancroso fagedénico.—Etiología: causas locales: influencia nociva de los tópicos grasos y particularmente del ungüento mercurial.—Causas generales: constitucion débil, temperamento linfático, medicacion mercurial, condiciones antihigiénicas del ambiente.—Síntomas del fagedenismo (rápida extension del chancro; despegamiento, forma festoneada y lividez de los bordes; sánies abundante en el fondo; progresion serpiginosa ó terebrante hasta disecar los órganos profundos, esto es, gánglios, músculos, vasos y nervios; dolores moderados). Síntomas generales (escasa reaccion, fiebre lenta, marasmo). Terminaciones del fagedenismo (destruccion de las partes, restauracion de los tejidos ó muerte por hemorragia).—Diagnóstico diferencial entre el chancro fagedénico y la podredumbre de hospital (en esta, capa pultácea, que no se puede desprender; fetidez suma; dolores vivísimos; hemorragias; fiebre intensa; marcha aguda).—Tratamiento del chancro fagedénico: cáusticos potenciales, tónico-astingentes, cauterio actual.—Empleo del fármaco-Pollini.—Efectos de este compuesto.—Tratamiento de la podredumbre de hospital.—Ineficacia de los agentes heróicos, incluso el cauterio actual, cuando el mal está muy apoderado; ventajas que en tales circunstancias proporciona el fármaco-Pollini.

LECCION 35.—Del bubon ó adenitis inguinal.—Division de los bubones en simples ó simpáticos, virulentos ó de absorcion, y diatésicos ó sintomáticos del chancro infectante.—Bubon simple ó simpático, dependiente de la propagacion,

por las relaciones fisiológicas, de la flegmasia simple á los gánglios inguinales.—Todo proceso inflamatorio que tenga su asiento en los genitales puede ser causa de un bubon simple, no interviniendo en este caso para nada la especificidad de la afeccion: el herpes, el excema, la blenorragia y hasta el chancre venéreo ó simple pueden dar lugar á la adenitis simple.—No todos los bubones resultantes del chancre simple son virulentos.—Síntomas del bubon simple (los de la adenitis comun).—Adenitis escrofulosa, ó bubon fungoso, coincidente con el chancre virulento.—Sintomatología del bubon virulento, chancroso ó de absorcion (antes de la supuracion, no se distingue de la adenitis simple; supurado y abierto, ofrece los siguientes caracteres distintivos: inoculabilidad del humor en el mismo individuo de quien procede ó en persona sana, ocasionando chancre simple; solucion de continuidad resultante de la abertura del bubon análoga á la del chancre blando, constituyendo el chancre ganglionar).—Epoca de la aparicion del bubon con relacion al chancre (en cualquier periodo de este y frecuentemente despues de la cicatrizacion del mismo).—Del fagedenismo en el chancre ganglionar, ó bubon virulento abierto (ofrece fenómenos análogos á los que presenta el fagedenismo en el chancre primitivo).—Del bubon de entrada, ó pírmitivo (*d' embée*).—Caracteres que le asignan los que admiten su existencia (no supura, ó si lo hace, no produce humor inoculable y no va seguido de sífilis).—En tal concepto, ¿existe un bubon sífilítico, ó virulento primitivo? (No puede admitirse).

LECCION 36.—Diagnóstico diferencial entre los bubones virulentos y los diatésicos (aquellos son dolorosos, tienden á la supuracion, son mono-ganglionares y mono ó bis-inguinales; los últimos son indolentes, duros ó tienden á la induracion, poli-ganglionares y bis-inguinales).—Idem entre el bubon escrofuloso, el venéreo y el sífilítico.—La adenitis sífilítica, consecuencia del chancre infectante, es una manifestacion de un estado constitucional.—Pronóstico de los bubones segun la clase á que pertenecen (la adenitis simple es leve, como un absceso ó un flemon; el bubon virulento es mas grave, porque supura siempre y al abrirse da lugar á un

chanero expuesto á complicaciones importantes; la adenitis diatésica es mas grave aún, por cuanto supone la sífilis constitucional; en si misma, no obstante, tiene apariencias muy sencillas).—Tratamiento de los bubones.—(El bubon simple, con los antiflogísticos, resolutivos y fundentes).—Indicaciones de los vejigatorios y embrocaciones con tintura de iodo.—Necesidad de proceder á la dilatacion precoz del bubon virulento (á fin de que el virus venéreo esté el menor tiempo posible en contacto con los tejidos vivos, á quienes contagia y vuelve chancerosos; por esto las incisiones deben ser pequeñas).—Inconvenientes que en el tratamiento de este tienen las aplicaciones de sanguijuelas (exponen á la inoculacion), los mercuriales y los tópicos grasos (predisponen al fagedenismo).—Utilidad clinica de los tópicos ligeramente estimulantes (vino aromático) y del iodoformo, para modificar favorablemente la marcha del chanero ganglionar.—Peligro que ofrece la llamada curacion simple aplicada á los bubones virulentos supurados (el ungüento simple, como todos los tópicos grasos, predispone al fagedenismo) —Inutilidad de tratamiento especial para el bubon diatésico, si no ofrece complicaciones comunes á los procesos inflamatorios (en este caso, el tratamiento antiflogístico).—Por la sola presencia de la adenitis diatésica ¿debemos proceder á la administracion de los mercuriales? ¿es conveniente esperar la iniciacion de los síntomas secundarios? (El mercurio, que cura la sífilis, no previene sus manifestaciones; solo aleja la época de la aparicion de lo fenómenos secundarios).

LECCION 37.—Manifestaciones secundarias de la sífilis. —¿Qué se entiende por síntomas secundarios de la sífilis y cuáles son las afecciones comprendidas en este grupo? (aquellas alteraciones anatómicas ó funcionales que, con carácter de ubicuidad, se observan en las partes mas superficiales de los tejidos).—Grupos que comprenden los síntomas secundarios (prodrómicos ó fiebre sífilítica; afecciones de la piel, ó sífilides exantemáticas y de sus anexos los pelos—alopecia—y las uñas—onixis—de las membranas mucosas, ó exantemas sífilíticos, y de algunos órganos viscerales).—Fenómenos prodrómicos, clorosis y fiebre sífilítica (antecede de 8 á 15 dias

á la erupcion cutánea un movimiento febril, con cefalalgia nocturna, dolores reumatoideos, con palidez del semblante y de las mucosas, que suele cesar al presentarse el exantema). Dolores reumatoideos (se caracterizan por su movilidad, por exacerbarse durante las noches por el calor de la cama, y por atenuarse en vez de exacerbarse, por la compresion; ocupan la nuca, la espalda, los lomos, las paredes cóstales, los hombros, los codos ó las rodillas; en el esternón se exasperan y provocan por la compresion con los dedos; dependen de una periostitis, ú osteitis superficiales).—Anestesia cutánea (se observa especialmente en las mujeres, en la piel de tórax; se demuestra por medio del estesiómetro, ó de las puntas de un compas, que, aplicadas á la distancia una de otra de dos pulgadas y media, dan la sensacion de un solo contacto).—De las sifilides.—Su clasificacion en exantemáticas (eritematosas, papulosas, pustulosas y vesiculosas), circunscritas (tuberculosas, pápulo-crustáceas y pápulo-vesiculosas) y ulcerosas poro-vesiculosas, tubérculo-ulcerosas y gomosas).—Caractéres generales de las sifilides:—Analogías de las precoces con las fiebres exantemáticas, salvo su mayor duracion.—Coincidencia con las placas mucosas:—color cobrizo: su valor clínico en las precoces y en las tardías.—Tendencias á la circunscripcion y á la profundidad á medida que son mas tardías.—Insensibilidad.—Anatomía patológica (elemento inflamatorio, exudaciones plásticas, hipergenesis).—Epoca de su aparicion (40 dias despues de la del chancre, á l omenos).—Sifilide eritematosa, ó roséola sifilítica—sus variedades (eritema maculosa y eritema papulosa), frecuencia de la simultaneidad de estas dos erupciones—corona de Vénus—polimorfismo.—Curso de la roséola—recidivas.—Etiología—predisposiciones (sexo femenino, piel fina), ocasionales (primavera, baños calientes, de vapor ó sulfurosos, emociones vivas, ejercicio violento, alimentos estimulantes). Valor semeiótico de la pureza de la erupcion (cuanto mas simple, mejor). Pronóstico y tratamiento de esta sifilide.—Sifilide maculosa del cuello—su valor diagnóstico y pronóstico.—Eritema sifilítico de la faringe.

LECCION 38.—De las placas mucosas (son manifestaciones secundarias de la sífilis, consistentes en la hipertrofia

de las papilas).—Sitios que ocupan (las membranas mucosas y partes de la piel que tienen aspecto análogo á aquellas; en el hombre: ano, amígdalas, escroto, labios, superficie interna del párpado inferior, velo del paladar, lengua, pilares del velo palatino, cara interna de los carrillos y labios, espacios interdigitales de los piés, pliegue sacro-crural, matriz de las uñas del pié, meato urinario, sobacos, encías, cara interna de los muslos; en la mujer: vulva, ano, periné, nalga y parte alta de los muslos. amígdalas, lengua, nariz, dedos, cara, ombligo, uñas, orejas, velo del paladar, pliegues inguinales, cuello, pezon, cuello, uterino—órden de frecuencia).—Época de la aparicion de las placas mucosas (coincidiendo frecuentemente con la roséola sifilitica).—Trasformacion del chancro infectante en placa mucosa.—Fenómenos y caracteres que distinguen las placas mucosas, ya aparezcan en sitio distinto del que ocupaba el chancro, ya sean la trasformacion de este, ya modificacion sobrevenida en la cicatriz del mismo.—Diagnóstico diferencial entre la placa mucosa y el chancro blando folicular (en aquella, precedentes sifilíticos, elevacion, en vez de depresion ulcerosa, y superficie lisa y de aspecto mucoso).—Idem entre la placa mucosa y el herpes (en este, vesículas, que, al abrirse dejan pequeñas ulceraciones lenticulares, poco húmedas y pruritosas, las cuales desaparecen rápidamente, si no media un tratamiento intempestivo).—Terminaciones de las placas mucosas (sometidas á un tratamiento conveniente, se secan y desaparecen cicatrizando, abandonadas, persisten largo tiempo y se cubren de costras, pero al fin cicatrizan dejando una mancha amoratada).—Tratamiento de las placas mucosas—medicacion interna: mercuriales; medicacion tópica (limpieza, polvos desecantes, cloro líquido y cáusticos, sobre todo nitrato de plata).

19 LECCION 31.—Tratamiento de la sífilis en sus manifestaciones primarias y secundarias.—Época en que debe emprenderse la medicacion mercurial (al iniciarse los fenómenos secundarios).—Preparados mercuriales empleados en el tratamiento de la sífilis: efectos fisiológicos de cada uno de ellos y modo de prescribirlos y administrarlos.—Calomelanos (2 á 5 centíg. incorporados á un centíg. de extrac. gom. de ópio; producen frecuentemente tialismo; su accion es infiel).—Bi-

cloruro de mercurio : por ingestion (en solucion, de 2 á 4 miligramos por dosis).—Administracion de los mercuriales por inyecciones hipodérmicas.—Preparado mas conveniente (el bicloruro, á la dosis de 2 miligramos á 1 centigramo, en 1 gramo de agua destilada; se practican en la espalda, una vez todos los dias, hasta 20 ó 30). Inconvenientes y ventajas de este método (es algo doloroso; pues, aparte del dolor de las punturas, hay el que provoca la presencia de la sal mercurial en el tejido areolar; en cambio, es de accion rápida y segura y raras veces produce tialismo ; está principalmente indicado cuando conviene mercurializar en períodos adelantados de la sífilis). En baños (de 5 á 20 gramos por un baño ordinario).—Proto-ioduro de mercurio (de 3 á 5 centígr. dos veces al dia, para continuar la medicacion mercurial, simultaneando con el ioduro potásico, por uno ó dos meses).—Bi-ioduro (como tópico, en pomada de 1 á 2 gramos, por 30 de manteca).—Unciones mercuriales (un gramo de ungüento mercurial terciado, extinguido en las ingles y sobacos alternativamente).—Efectos de las unciones mercuriales (saturacion rápida, salivacion).—Ventajas de esta manera de administrar el específico.—Inconvenientes que ofrece (son de poca monta, pues la estomatitis se disipa pronto y la hidrargiria es afeccion sin importancia). ¿Cuánto debe prolongarse la medicacion mercurial? (hasta la desaparicion de la sífilides, empleando las unciones hasta la aparicion del tialismo, y continuando despues por dos meses con el proto-ioduro).—Ineficacia de los cocimientos llamados depurativos.

LECCION 40.—Período terciario de la sífilis.—Alteraciones del tejido conjuntivo.—Gomas sífilíticas (tumores plásticos en el tejido areolar subcutáneo ó conjuntivo de los parénquimas viscerales). Primer período de los gomas (tubérculos indurados, ó nodos sífilíticos). Segundo período, de reblandecimiento (formando un líquido parecido á una disolucion de goma). Histología de los tumores gomosos sífilíticos.—(Pertenecen á las neoplasias *g*lanulosas, ó granulomas.) El chanero indurado tiene una estructura análoga al goma sífilítico.—Testículo, ó sarcocèle sífilítico.—Es una produccion análoga á los gomas sífilíticos.—Marcha de la afeccion (comienza por una produccion plástica formada de corpúsculos

de tejido conjuntivo—granulaciones—que se infiltra entre los conductos seminíferos y se extiende á la albuginea, sustituyendo mas tarde al parénquima testicular). — Diagnóstico diferencial entre la orquitis blenorragica y el sarcocoele sifilitico (este comienza por el testículo y no por el epidídimo; convierte en una sustancia de nueva formacion el parénquima testicular; es indolente; coincide con la sífilis constitucional y suele afectar á entrambos testículos).—Terminaciones del sarcocoele sifilitico (por atrofia fibrosa y por resolucion y raras veces por ulceracion fungosa.)

LECCION 41.—Manifestaciones terciarias de la sífilis en el sistema óseo y sus anexos (perióstio y médula). Sitios de predileccion (las partes mas superficiales del esqueleto).—Dolores osteocopos.—¿En qué se distinguen de los neurálgicos, reumatóideos y reumáticos? (aumentan á la presion; son terebrantes y continuos, pero se exacerban por el calor de la cama; ocupan la continuidad de los huesos y no se irradian siguiendo trayectos nerviosos determinados).—Osteitis sifilitica: superficial, con formacion de abscesos y seguida de necrosis; ó plástica formando un tumor duro, óseo, que se reabsorbe y desaparece dejando una depresion, que constituye la exóstosis anular, ó persiste, formando la exóstosis epifisaria.—Osteitis profunda (síntomas mas oscuros); su curso, análogo á la osteitis superficial.—Rareza de la cáries y frecuencia de la necrosis sifilitica. Carácterés de los secuestros sifiliticos (rugosos, en prueba de que resultan de una periostitis rápidamente supurada, sin atrofia prévia, bordes dentados con ángulos redondeados, en los huesos anchos; en los largos, grandes trayectos que penetran hasta el conducto medular).—Periostitis sifilitica: sus variedades: (flegmonosa, gomosa, plástica ó periostitis).—Cáries seca (rarefaccion inflamatoria, sin supuracion del hueso, que dá lugar á depresiones de los huesos sin ulceracion).

LECCION 42.—Del tumor blanco sifilitico.—Su origen (ó por invasion inmediata de la inflamacion específica á la sinovial, ó por extension de una osteitis existente en una extremidad articular). Lesiones anatómicas (pueden reducirse al goma sifilitico).—La intermitencia del curso no es un signo bastante característico de la artritis sifilitica.—Termina—

ciones de esta afeccion (la resolucion y mas frecuentemente la anquilosis; son raras la supuracion y las fistulas).—De la sífilis visceral.—No siempre que la sífilis afecta órganos esplánicos está en el período terciario (la ictericia sífilítica, el eritema de los intestinos, la epidemitis aguda, la parálisis facial congestiva y algunas flecmasias oculares, corresponden al período secundario). Formas de la sífilis visceral propiamente dicha, ó sea en el período terciario: inflamatoria intersticial (afecta á los órganos abundantes en tejido fibroso, como el hígado y el testículo; aumenta el tejido fibroso y despues se retrae como un tejido cicatriz, abollándose la superficie del órgano)—forma gomosa (tumores, cuyo tamaño varía desde el de una lenteja al de una avellana, grises y duros al principio, amarillentos y blandos despues, que se absorben dejando un tejido fibroso, como de cicatriz); órganos que afecta (hígado, centros nerviosos, testículos, pulmones, riñones y ganglios linfáticos).—Estructura de las gomas viscerales (la del granuloma; además el tumor se halla rodeado de una aréola de tejido fibroso).—Forma cicatricial (es la terminacion de las precedentes formando cicatrices de tejido fibroso).—Síntomas de la sífilis visceral (varian segun el órgano afectado).

LECCION 43.—Tratamiento de los accidentes terciarios de la sífilis.—Ineficacia del mercurio y preciosos efectos del ioduro potásico.—Necesidad de que en todo caso la medicacion iódica vaya precedida de la mercurial, si esta no fué establecida en el período procedente:—Modo de administrar el ioduro potásico. Conveniencia de emplear el medicamento á altas dosis (de 1 á 4 y hasta 6 gramos, en los adultos, y de 20 á 50 centigramos, en los niños). ¿Cuanto tiempo ha de durar la medicacion iódica? (hasta uno ó dos meses despues de haber cesado los accidentes terciarios, pero rebajando gradualmente la dosis).—Efectos fisiológicos del ioduro potásico en diferentes partes del cuerpo (en la piel, eritema y granos acnéicos; en las mucosas, conjuntivitis, anginas, bronquitis y además coriza, que desaparece aumentando la dosis; en las glándulas salivales, tialismo; en los riñones, diuresis; en los testículos y mamas, atrofia; en el cerebro, vértigos; en la sangre, fluidez; en el tejido adiposo, atrofia, pues si engor-

dan los sifilíticos que toman este medicamento; es porque se curan de una enfermedad que alteraba su nutricion).—Curso de estos fenómenos tóxicos. (Desvanécense espontáneamente suspendiendo la medicacion). Sucedáneos del ioduro potásico: ioduro de amonio, cloruro de potasio, aceite de hígado de bacalao, aceite iodado de Personne, iodo.—Eficacia relativa de estos medicamentos (en todo son inferiores al ioduro potásico).

SECCION SEGUNDA.

ONCOLOGÍA.

LECCION 44.—*Oncología general*.—Definicion del tumor.—Dificultades que ofrece.—No puede aceptarse la definicion de los antiguos, (aumento de volúmen de los tejidos), pues confunde en una misma denominacion afecciones muy distintas.—Definicion de Luecke, (aumento de volúmen constituido por un tejido de nueva formacion, cuya produccion no corresponde al estado fisiológico).—Defectos de esta definicion (no comprende los quistes, y hay neoplasmas que no forman abultamiento.)

Naturaleza de los tumores.—Defectos de la nomenclatura antigua, fundada en el aspecto exterior de los tumores, (forma, color, consistencia, etc.), pues bajo un mismo aspecto clinico se presentan tumores de diferente naturaleza.—¿Hasta qué punto pueden emplearse los nombres antiguos de pólipó, sarcoma, cáncer, fungus, escirro, esteatoma, meliceris, colonema, etc.? (Cuando una especie de tumor se presente constantemente bajo un mismo aspecto clínico).—Necesidad de fundar el conocimiento de los tumores en su significacion clinica y en sus condiciones histológicas.—Division de los tumores en benignos (que no alteran el estado general), y malignos (que infectan el organismo).—Division en homeo-

plásticos (de estructura análoga á alguno de los tejidos normales), y heteroplásticos (que no tienen análogo en el organismo).—Falta de fundamento de esta division en el sentido que le atribuye la escuela francesa, (pues todos los tejidos de los tumores tienen alguna representacion en alguno de los tejidos normales).—La homología y la heterología, segun la escuela alemana, (significan analogía ó desemejanza entre el tejido del tumor y el del sitio en donde crece; la heterología es, pues, heterotopia ó cambio de sitio, heterocronia ó cambio de época de la aparicion de un tejido).—Origen de los tumores (las células).—Multiplicacion celular (por segmentacion de elementos preexistentes ó por generacion endógena).—Contractilidad y movimientos de los elementos celulares, descubiertos por Recklinghausen.—Elementos celulares que sirven de punto de partida para el desarrollo de los tumores (los elementos mas indiferentes, ó sean los de forma menos determinada ó decisiva, que son tambien los mas jóvenes; así las células epiteliales de formacion mas reciente, el tejido conjuntivo, el medular de los huesos y el cartilaginoso, son los elementos mas adecuados para el origen de las neoplasias).—Período indiferente de los tumores (en que la irritacion determina la formacion de granulaciones, sin definirse la especie de la neoplasia).—Importancia de los elementos conjuntivos y epiteliales en las neoplasias, (los primeros representan un papel activo y los segundos pasivo).—Concordancias entre la homología y la benignidad, y la heterología y la ^{mal} malignidad, segun Virchow.—(Los t. epiteliales derivados de otro tejido epitelial son benignos; los epiteliales procedentes del tejido conjuntivo son malignos).—Opinion de Thiersch y Billroth (toda formacion epitelial deriva de otra análoga, ó sea de la hojilla externa del blastodermo).—Division de los tumores, segun Virchow, en *históides* (que constan de un solo tejido); *organóides* (de varios tejidos), y *teratóides* (de varias partes orgánicas.)

Vascularizacion de los tumores (los vasos están en relacion con los tejidos en donde crecen los tumores).—Procedimientos para esta vascularizacion (originándose los vasos en los órganos, ó formándose por la penetracion de sangre en los espacios inter-orgánicos, ó á través de las células fusiformes).

—Distribucion de los vasos en los tumores (á través del tejido conjuntivo preexistente ó de nueva formacion, ó entre las masas celulares del tumor).—Tumores sin vasos (perlados).—¿Existen vasos linfáticos en los tumores? (es muy probable.)

Innervacion de los tumores.—Asiento de los dolores (en los nervios preexistentes ó en los de nueva formacion).—Formacion de nervios en los tumores, (se originan en el tejido matriz y se desarrollan como los tubos nerviosos en las cicatrices de los nervios despues de la excision.)

Composicion química de los tumores.—¿Es posible fundar en esta una clasificacion de los tumores? (No, porque los principios inmediatos de que constan distan mucho de caracterizarlos y distinguirlos entre si.)

LECCION 45.—*Fisiologia y Patología de los tumores.*—Circunstancias fisiológicas que influyen en su aparicion y desarrollo (la pubertad, especialmente en la mujer, favorece su nacimiento; el embarazo su desarrollo; despues del parto algunos desaparecen; los períodos menstruales obran como la gestacion, en particular sobre los tumores vasculares).—¿Cómo influyen las condiciones morbosas individuales? (el enflaquecimiento y las pérdidas humorales favoreciendo la atrofia y aun la desaparicion de los tumores; las causas irritantes obran en sentido opuesto).—Influjo de la edad (la juventud predispone á los blandos y celulares; la vejez á los secos y abundantes en estroma con pocas células.)

Metamórfosis de los tumores.—Metamórfosis regresivas.

1e —Trasformacion grasienta (invade los tumores mas ricos en elementos celulares y puede ser objeto de una descomposicion ulterior que dé lugar á la reabsorcion del tumor y á un detritus formado de restos de células adiposas, colesterolina, granulaciones, grasa disuelta, etc.)—Reblandecimiento mucoso (se observa en los t. de tejido conjuntivo, cartilaginoso ó adiposo y en los adenomas; á veces es parcial y forma un quiste).—Degeneracion coloídea (las células y los núcleos se trasforman en una materia amarilla ó negruzca, de aspecto de cola líquida, que suele enquistarse).—Trasformacion calcárea (poco frecuente en los t. de tejido conjuntivo y comun en los osteoídeos, en los cartilaginosos, en los fibrosos, en los grasientos y en el estroma del cáncer).—Influjo que esta tras-

formacion ejerce en el desenvolvimiento ulterior del tumor (se opone su crecimiento y le quita malignidad).—Trasformacion ósea (comun en el tejido conjuntivo de los t.; presenta corpúsculos óseos mas ó menos completos).—Trasformacion osteoidea (tejido compuesto de manojos fibrosos muy túpidos y celulas de cartilago, corpúsculos óseos y otros fusiformes, como los del sarcoma).—Degeneracion hialina (sustancia de aspecto albuminoso, formada de elementos tubulares, con fondos de saco de diferentes figuras, que se parece al tejido mucoso por no ser atacable por el ácido nítrico y se distingue de la materia colóides por no ser atacable por los ácidos minerales enérgicos, así como tampoco lo es por los álcalis cáusticos).—Sustancia hialina en el carcinoma. 12 10

LECCION 46. — Modificaciones que experimentan los vasos de los tumores.—Ectasia (dilatacion).—¿Por qué es mas frecuente en los mas blandos y en los mas celulares? (por el menor apoyo que encuentran los vasos).—¿Por qué es mas comun en los capilares que en los gruesos troncos? (porque las paredes de aquellos son ménos resistentes).—Apoplegia (derrame de sangre en el seno del tumor; sangre que á veces se envuelve en un quiste, formado á expensas de la sustancia del tumor ó del tejido conjuntivo, y que en otros casos se infiltra en el tejido del tumor, dándole diferentes coloraciones).—Compresion y perforaciones de los vasos (las venas, por ser menos resistentes, se hallan mas expuestas á la compresion y á la perforacion que las arterias).—Alteraciones que sufren las arterias de los tumores (aun cuando resistan mas que las venas, no dejan de ser comprimidas y ulceradas, determinando obliteraciones y hemorráguas).—Pulsacion de los tumores (indica la presencia de troncos arteriales voluminosos ó de un tejido cavernoso; pero en los blandos y celulares, tales como el sarcoma, puede haber pulsacion siendo pequeñas las arterias).

Inflamacion de los tumores (frecuentemente provocada por causas traumáticas, puede terminar por supuracion, aún cuando el tumor se halle desprovisto de tejido conjuntivo; sin embargo, los de sustancia conjuntiva son los que mas su-

puran).—Adenitis sintomática de la inflamacion: ¿en qué se distingue de los infartos ganglionares específicos? (estos son menos dolorosos á la presion, no lo son espontáneamente y son mas blandos que los inflamatorios; estos signos son, sin embargo, poco seguros.

LECCION 47.—De la ulceracion de los tumores.—Tipos que puede presentar (accidental y natural): ulceracion accidental (por desgaste gradual del tegumento, á causa del incremento del tumor, adhiriendo este á la piel, alterándose la nutricion de esta última, y por fin, perforandose).—Ulceracion subsecuente á la ~~en~~ formacion de abscesos (no guarda proporcion con la intensidad del proceso flogístico, sino con la degeneracion que experimenta el tegumento).—Ulceracion determinada por agentes mecánicos (que causan la inflamacion de los tejidos y extravasaciones de sangre; el mismo efecto producen las manipulaciones operatorias y los cáusticos que no destruyen totalmente el tumor).—Marcha del tumor despues de la ulceracion segun el tejido de que se compone (los de sustancia conjuntiva, ósea ó cartilaginosa, permanecen largo tiempo estacionarios; los blandos y celulares van seguidos rápidamente de putrefaccion y de hemorragias).—Ulceracion natural ó específica (depende de la naturaleza del proceso; solo se presenta en el tubérculo miliar gris y en las infiltraciones sífilíticas).—La úlcera de un tumor ¿es susceptible de cicatrizacion? (lo es cuando, destruida natural ó terapéuticamente la sustancia del tumor, prepondera el tejido conjuntivo; es, empero rarísima la cicatrizacion natural en los tumores malignos.)

De la putrefaccion de los tumores (consecuencia de la ulceracion y supuracion bajo la influencia del aire atmosférico). Fenómenos que coexisten con la putrefaccion (desarrollo activo del tumor).—Consecuencias de la putrefaccion (la septicemia, que se indica por la aparicion de la calentura.)

Gangrena de los tumores: (sobreviene cuando no hay proporcion entre el incremento de los elementos celulares y el desarrollo celular.—Gangrena parcial del carcinoma.—Gangrena espontánea (dependiente de la compresion que sufren las venas, de la trómbosis arterial ó del atascamiento capilar)

accidental (determinada por agentes exteriores: golpes, compresiones, cauterizaciones ó punciones exploradoras).—Curacion espontánea de los tumores por gangrena (poco frecuente; en esto se funda el tratamiento por los cáusticos).—Consecuencias de la gangrena (la septicemia.)

Degeneracion de los tumores; ¿es un hecho clínico? (no es cierto que todos los tumores puedan convertirse ó degenerar en cáncer, pero es positivo que todos los benignos pueden adquirir caracter maligno; así el fibroma puede convertirse en sarcoma, pero nunca un carcinoma en sarcoma, así como el lipoma en mixoma).—Dejeneracion de las verrugas, nevos pigmentarios, tumores papilares y quistes ateromatosos (benignos mientras se hallan en el terreno matriz y en la piel; se vuelven malignos cuando invaden el tejido conjuntivo.) /r

LECCION 48.—De las relaciones de los tumores con los tejidos vecinos (unos, como los quistes, estan siempre aislados; otros, al principio relacionados con las partes vecinas, v. g. el lipoma, el fibróides, el encondroma y los t. cavernosos, se envuelven en una membrana aislante y solo tienen débiles relaciones con aquellas, y otros, entre los cuales figuran los malignos, tienen lazos muy estrechos con los tejidos que les rodean).—Infiltracion difusa (propagacion no circumscrita de la sustancia del tumor).—Propagacion periférica (extension del tumor á las partes inmediatas).—Crecimiento central (por desarrollo procedente del primitivo sitio de origen del tumor).—En el crecimiento periférico ¿hay sustitucion del tejido normal por invasion del patológico ó trasformacion de aquel en este? (en los tumores homólogos, no hay mas que hiperplasia del tejido normal preexistente; en los heterólogos, segun Virchow, la trasformacion se opera á expensas del tejido conjuntivo; segun otros, en el canceróide hay implantacion de las células del tejido vecino; no es posible negar el contagio de las células cancerosas á los tejidos próximos.) Resistencia que oponen los tejidos á ser invadidos por los tumores (los mas densos son los que mas resisten; por lo que el conjuntivo y el adiposo son los mas facilmente atacados, al paso que el fibroso tarda mucho; el muscular se altera, pero tarda mucho en transformarse; los nervios resisten mucho, las arterias resisten bastante, si bien al fin son atacadas, y al úl-

cerarse, causan hemorragias; las venas resisten menos, son comprimidas y determinan edemas; la piel resiste mas que las mucosas; las serosas no se ulceran, sino que contraen adherencias; el tejido óseo esponjoso es mas facilmente invadido que el compacto y, al ser atacado, tiene grande aptitud para las fracturas y para las producciones osteofíticas).

1a LECCION 49.—De la recidiva local (la predisposicion á ella depende de la naturaleza del tumor y de las relaciones que tiene con los tejidos vecinos; cuanto mas circunscritos ó enquistados, tanto menos tienden á recidivar, y cuanto mas difusos, mas recidivan).—Influencia de la operacion (cuando esta ha extirpado todo el tejido enfermo, no hay tendencia á la recidiva local). Accion que ejercen los tumores sobre los órganos vecinos.—Compresion (esta es mas dañina en los tumores de crecimiento rápido, porque es mas brusca y las partes no tienen tiempo de acomodarse á la forma del tumor, como acontece en los de desarrollo lento).—Modificaciones que experimentan los distintos órganos inmediatos: Arterias (á pesar de su desviacion, se alteran poco sus funciones).—Venas (dan origen al edema).—Nervios, (soportan bastante la compresion sin cesar en sus funciones, pero con dolor).—Músculos, (se alteran pronto en sus funciones y en su textura).—Tendones, (resisten mucho).—Huesos, (se afectan de caries y propenden á las fracturas.) De la predisposicion local, ó influencia de las regiones anatómicas en el nacimiento y desarrollo de los tumores; (aquellas en que hay mas variedad de tejidos ofrecen mas variedad de tumores; las que se hallan expuestas á la repetida accion de violencias exteriores, tales como la lengua, los labios, el cuello uterino y la vagina, tienen mayor aptitud para las neoplasias; influye tambien la funcion, como se vé en las manos, y ciertas anomalías de tejido derivadas de la vida intra-uterina, como sucede en los tumores dermoídeos).—¿De qué depende la preferencia que ciertos tumores tienen para determinadas regiones? (de las condiciones histológicas del terreno matriz).—Influjo de la localidad en las modificaciones ó cambios que presentan los tumores, (los de los huesos tienden á osificarse; los del ovario á la degeneracion coloídea; los de la órbita a la metamórfosis hialina, etc.)

LECCION 50.—Relaciones de los tumores con la generalidad del organismo.—Division de los tumores en benignos y malignos, segun influyen ó no en la generalidad del organismo.—Diferente propension que tienen los tumores á inficionar el organismo (los de forma bien determinada y aislados por un quiste, no inficionan; los que tienen vínculos vasculares tienden ya algun tanto á la generalizacion; los que, despues de un núcleo primitivo, ó *núcleo madre*, dan lugar á otros secundarios en las inmediaciones, ó *núcleos hijos*, son ya mas infectantes; los que infartan los gánglios vecinos son aun mas infecciosos; por fin, los mas malignos son los que dan lugar á tumores secundarios en sitios distantes del punto en donde primero aparecieron).—Marcha de la infeccion general (infarto ganglionar específico y no inflamatorio, formado de elementos propios del tumor y de células ganglionares mas voluminosas; mas tarde son destruidos los elementos del gánglio, y solo se ven los de la neoplasia; establécese una periaadenitis que reúne á los gánglios de un mismo paquete en una masa comun y aun suele acontecer que esta adhiera á la piel, se reblandezca el nuevo tumor y se ulcere, observándose un proceso análogo al del tumor primitivo).—Integridad de los vasos linfáticos que desde el tumor se dirigen á los gánglios infartados (debida á que en los vasos no se detienen los elementos del tumor, como en los gánglios).—Propagacion de la infeccion á la sangre (atacando los gánglios de segundo orden y siendo conducidos los principios formados en estos á la sangre, por las vías linfáticas).—Leyes que presiden á la localizacion secundaria de los tumores, (1.^a los órganos situados entre el punto de partida de la infeccion y el grande círculo sanguineo, ó sean el hígado y los pulmones, son los mas frecuentemente atacados; 2.^a los órganos predispuestos á sufrir tumores primitivos, son los que lo están menos á presentarlos secundarios y vice-versa.)

LECCION 51.—Materias infectantes en los tumores.—Infeccion por elementos morfológicos (es posible y supone que estos, para ser trasportados á la sangre á través de los vasos y gánglios linfáticos, deben ser de menor volúmen que el calibre de estos, ó susceptibles de contracciones amiboideas).—

12 Infeccion por las materias líquidas (como en la sífilis, provocando en los gánglios linfáticos una formación específica).— Propagacion por embolia (creciendo el tumor hácia una vena, forma eminencia en la cavidad de esta—*trómbose*;—la corriente sanguínea la desmorona y parte de la sustancia del tumor es arrastrada hácia el corazon, corriendo con la sangre hasta que lo permite el calibre de los vasos capilares,—*metástasis*; — donde no puede pasar el fragmento del tumor, se atasca — *embolia* — y nace otro tumor; si el volúmen de las partículas del tumor no es mayor que el de los globulos hemáticos, tiene lugar la infeccion general sin atascamientos capilares en el hígado ó en los pulmones).—Analogías entre la septicemia y la metástasis (en ambas, hay infeccion de la sangre por materiales procedentes de un foco patológico, y síntomas febriles).—Diferencias entre ambos estados morbosos (en la septicemia el transporte de los materiales morbosos determina la supuracion y la descomposicion pútrida de las partes á donde estos llegan; la metástasis produce siempre un tumor).—Infeccion simple del organismo (penetracion en la sangre de materiales del tumor en estado de descomposicion).
5 —Discrasia primitiva en los tumores malignos (no puede admitirse, pues la alteracion de la sangre no se presenta sino despues que el tumor local ha seguido su evolucion y ha producido la infeccion).—Tumores que mas directamente alteran la sangre, (los que conservan mas íntimas relaciones con los vasos, como los linfo-sarcomas y mielo-sarcomas, pues sus elementos penetran incesantemente ~~con~~^{en} el torrente circulatorio, causando la leucemia, la hidremia, el enflaquecimiento, la fiebre y el edema).—Caquéxia: condiciones orgánicas que la determinan, (penetracion de los elementos del tumor en la sangre; reabsorcion de sustancias sépticas; entrada de los elementos linfáticos en el torrente circulatorio y metamórfosis de la masa del tumor).—Significacion clínica de la fiebre espontánea en los individuos que sufren algun tumor (una metamórfosis de este.)

LECCION 52.—Etiología de los tumores.—Doctrina de las discrasias. ¿Cuándo se dirá que hay discrasia? (Cuando la formacion de productos de una misma índole, en distintas

partes, indica que hay una alteracion en la sangre).—Puede admitirse la discrasia primitiva en los tumores malignos? (No, porque antes que el estado patológico general aparece una afeccion local, estando sano el resto del organismo, y jamás se ha visto la multiplicidad de los tumores de esta índole en su primitiva aparicion).—¿Cómo, segun esta doctrina se explica la multiplicidad de los tumores benignos, tales como los lipomas, los fibromas, las verrugas, los encóndromas y los exóstosis? (No por una discrasia, sino por disposiciones especiales de determinados sistemas anatómicos).—¿Por qué los tumores á veces son únicos? (Porque solo en un punto actúa una causa ocasional que dá lugar al desarrollo de la aptitud morbosa del tejido).—Epocas de aparicion de los tumores benignos (coinciden con las de la evolución fisiológica del tejido que representan).—Influencia etiológica de la herencia (es indudable, y á veces la aptitud morbosa salta una ó dos generaciones).—Influencia de la edad (de 30 á 70 años es la edad mas predispuesta á los tumores, y en este periodo el comprendido entre 50 y 70 el que ofrece mayor contingente de afectados; los de curso rápido, como el sarcoma medular, son propios de los jóvenes; los de desarrollo lento, como el cáncer y el canceróide, de los viejos; en esta última edad se vuelven malignos algunos que, tales como las verrugas y nevos pigmentarios, eran benignos y permanecian estacionarios).—Influencia de la sexualidad (los tumores malignos son casi doble mas frecuentes en el hombre que en la mujer; el canceróide mas comun en el hombre; el carcinoma mas frecuente en la mujer).—Influjo de las condiciones sociales (los tumores malignos son mas frecuentes entre las clases acomodadas que entre las menesterosas).—Causas determinantes: agentes traumáticos (de accion muy frecuente, pero á veces falta; de este número son los golpes, las compresiones y, en el lábio inferior, el uso de la pipa).—Irritantes: (alcohólicos, condimentos picantes, etc., en la boca y estómago).—Influencia del sistema nervioso (no está probada).—Antagonismo entre los tumores malignos y la tisis (puede hasta cierto punto admitirse, en atencion á que los sugetos robustos son los mas predispuestos á los tumores y

los débiles á la tisis).—Contagio de los tumores: (no está probado y hasta el presente solo abundan los hechos negativos.)

/s LECCION 53.—Pronóstico de los tumores.—Bases en que debe fundarse (en la nocion histológica de la sustancia del tumor y en los caracteres clínicos del mismo).—¿Como influyen en el pronóstico las relaciones del tumor con los tejidos proximos? (tanto mas benignos cuanto mas aislados; los quísticos y los enquistados ~~son~~ los menos graves).—¿Como influye la estructura? (cuanto mas abunden en elementos celulares, tanto mas se generalizan, y entre los celulares se generalizan mas los que mas se aproximan al tipo del tejido conjuntivo).—Importancia pronóstica de los materiales liquidos (los tumores son tanto mas infectantes cuanto mas blandos).—Idem del sitio en donde radican (las regiones en que abundan los vasos linfáticos predisponen á la generalizacion; aquellas en que hay muchas venas á la embolia).—Significacion clínica de los tumores en relacion con las condiciones anatómicas y fisiológicas de la region en donde crecen, aparte la consideracion de su estructura (son graves los tumores que, por estar proximos á órganos que desempeñan funciones muy importantes á la vida, como la tráquea, el exófago, una arteria de gran calibre, etc., amenazan comprometer la funcion por su accion mecánica ó destructora, ó dificultan la extirpacion).—Importancia de la vascularizacion, (cuanto mas vasculares mas amenazan generalizarse).—Valor clínico del volumen de los tumores, (aun cuando, en igualdad de circunstancias, el mayor volumen agrave el pronóstico, esta condicion por si sola no es de gran monta pronóstica, así los lipomas, que suelen ser muy voluminosos, no comprometen la vida).—¿Son susceptibles de curacion los tumores reputados malignos? (si; siempre y cuando no haya habido infeccion general y se extirpen por completo).—Aparte los peligros de la operacion, ¿hay alguno en extirpar los tumores malignos? (no, porque lejos deser estos efecto de una discrasia, son el foco de donde esta se origina.) Curso de los tumores: (en general, lento en los benignos y rápido en los malignos; entre estos los de curso mas rápido son los que mas abundan en células y estos son tambien los que primero se generali-

/s

zan).—Terminaciones de los tumores malignos: (la muerte por hemorragias ó por descomposicion purulenta ó septica, y la generalizacion, que conduce á la caquexia y á la muerte.

LECCION 54.—Diagnóstico de los tumores.—Datos referentes al estado anamnético, (frecuentemente inciertos y confusos).—Síntomas objetivos: color, (moreno en los pigmentarios, azulado en los venosos ó cavernosos, rojo en los telangiectásicos; la rubicundez de la piel indica inflamacion del tumor; la falta de pigmento cutáneo es propia de las cicatrices); volúmen, (los hay de volumen invariable; otros que aumentan y disminuyen por los cambios de posicion ó por los movimientos respiratorios, estos son muy vasculares; y otros cuyo volúmen cambia de un modo espontáneo, y son los cavernosos; todo crecimiento rápido supone excesiva formacion de elementos celulares y, por lo tanto, arguye malignidad); figura, (sea aplanada, esferoidal, con vellosidades y con uno ó mas pediculos, tiene hoy dia escasa importancia clínica; sin embargo, los quistes son esféricos, los cánceres y demás tumores que para llegar á la superficie tienen que atrevesar diferentes capas, son mamelonados; los t. medulares son comp/nlanados); forma de la ulceracion, (lisa, indica qué fué artificialmente provocada; mamelonada, que fué espontánea; lisa y muy extensa, supone descomposicion lenta; profunda y crateriforme, descomposicion rápida); sitio (dato importante por la predileccion que tienen ciertos tumores por determinadas partes); transparencia (propia de los quistes de contenido liquido y seroso);—relaciones del tumor con el terreno matriz: dislocabilidad ó movilidad (cuanto mas movibles, tanto mas aislados; cuando no hay posibilidad de hacerlos mover, supone adherencias, gran profundidad, malignidad y mayores dificultades para la extirpacion; si la piel no se desliza sobre el tumor, sin haber intervenido un proceso flogístico provocado, supone malignidad).—Estado de los gánglios linfáticos: infartos (duros, irregulares y poco dolorosos, indican una localizacion secundaria; en condiciones opuestas, una adenitis simple). Densidad (los mas duros son los óseos y los osificados; los de variable consistencia en diferentes sitios, indican osificaciones parciales; la dureza elástica es propia del encóndroma y del fibroma; la blandura elástica, del sarco-

ma; la pseudo-fluctuacion, de los carcinomas, y sarcomas medulares, y la fluctuacion, de los quistes).—Exploracion de la consistencia por el trócar (penetrando sub-cutánea y oblicuamente).—Pulsaciones del tumor (deben distinguirse de los latidos comunicados por una arteria próxima; si el tumor pulsátil es mas ó menos reductible por la compresion, es un aneurisma, una telangiectasia, un sarcoma vascular ó un tumor cavernoso).—Dolor provocado por la compresion (indica que pasa un nervio junto al tumor ó que este crece en el espesor de aquel).—Dolores espontáneos (son propios de los tumores malignos, de los que se forman en los nervios y del estado inflamatorio de la neoplasia).—Crepitacion (se manifiesta comprimiendo, é indica que se levanta una laminilla ósea que se rompe en pequeños fragmentos; es propia de los carcinomas de los huesos, de los quistes óseos, de los fibrosarcomas de los huesos y de los encóndromas).—Crugido (cual si se comprimiese almidon; es propio de los quistes hidatídicos con equinococos).—Percusion y auscultacion de los tumores (sirven de datos complementarios para el diagnóstico).—Exámen histológico de los tumores.—Extraccion de parte de un tejido por medio del trócar-harpon de Middeldorff (debe emplearse con suma cautela, pues no es siempre inofensivo).—Importancia de la investigacion histológica (pocos tumores tienen elementos característicos, y, por lo tanto, el estudio microscópico solo es útil asociado á los datos clínicos).—Exámen de los productos del tumor (es útil, pero no basta por sí solo para el diagnóstico.)

LECCION 55.—Tratamiento de los tumores,—¿Tiene algun valor la medicacion interna en los verdaderos neoplasmas? (no, porque no son afecciones constitucionales).—Medicacion antiflogística, (es solo útil para combatir los estados flogísticos de los tumores).—Derivativos (son completamente inútiles para evitar ó detener el desarrollo de los tumores, pues estos dependen de un vicio local y no de un estado constitucional).—Indicaciones paliativas que se ofrecen en el tratamiento de los tumores (detener su desarrollo; evitar las violencias exteriores, para que no sobrevenga la ulceracion; *In* en los ulcerados, procurar que ~~no~~ se extienda la úlcera; impedir la putrefaccion, y prevenir y cohibir las hemorragias;

calmar los dolores y sostener las fuerzas del paciente).—Medios para detener el desarrollo de los tumores: compresion (peligrosa en los malignos y en los que propenden á ulcerarse, útil, hasta cierto punto, en los vasculares; debe practicarse sin causar dolor y sin violencia).—Frio (aun no se sabe á punto fijo cuánto de este agente puede esperarse).—Medios para evitar las violencias exteriores y con ellas la ulceracion, (vendajes y apositos protectores y abstencion de tópicos irritantes).—Medios para limitar la ulceracion (astringentes, tales como los preparados de plomo, alumbre y cobre, el tarino, etc.).—Medios para evitar la putrefaccion (lociones, irrigaciones, baños y agentes desinfectantes, tales como el ácido fé-nico, el clorato y el permanganato potásicos).—Medios para cohibir las hemorragias (percloruro de hierro, compresion, cornezuelo de centeno, cauterio actual, ligadura arterial, etc.).—Calmantes del dolor (ópio y morfina, al interior, en inyecciones hipodérmicas, en polvos ó en pomadas; cloral, belladona, cloroformo y el frio).—Medios para restaurar y sostener las fuerzas del enfermo (analépticos y reconstituyentes).

LECCION 56.—Indicaciones que presenta la medicacion radical de los tumores (modificar intimamente su tejido, destruirlos y separarlos del organismo).—Medios que modifican los tumores y los destruyen (ligadura, electricidad, inyecciones cáusticas en el seno del tumor).—Ligadura de la arteria principal que se dirige al tumor (de resultados muy fugaces, á causa de la circulacion colateral que reciben los tumores).—Electricidad (electro-puntura, en los tumores de contenido sanguineo, ó líquido; la electrolisis, por corrientes continuas en los tumores, líquidos ó duros, no sanguineos).—Inyecciones coagulantes (con el percloruro de hierro, en las telangiectasias y tumores cavernosos). Id. de nitrato de plata, 1 por 200, (para destruir rapidamente el tumor; remedio poco probado). — Cauterizacion; gálvano-cáustica—cauterios potenciales, ó químicos—sus inconvenientes, (se necesita mas de una aplicacion, no es fácil limitar su accion, y causan vivos dolores y algunos exponen á intoxicaciones).—Pota-sa cáustica (por ser muy delicuescente, se difunde mucho; la pasta de Viena carece de este inconveniente).—Acidos cáusticos (crómico, nítrico, sulfúrico). — Cauterizacion linear

(que ataca al tumor por su base) y con las flechas de Maisonneuve (puede ser central, radiada y en hacecillos).—Ligadura de los tumores; ligadura en masa; ligadura percutánea (consistente en introducir por la base del tumor agujas enhebradas, atando luego los cabos en distintos sentidos).—Inconvenientes de la ligadura (el tumor esfacelado permanece largo tiempo en contacto con los tejidos vivos y expone á la infección).—Extrangulación linear (evita la hemorragia; es aplicable á tumores que ocupan partes salientes; no debe emplearse cuándo pasa un vaso de gran calibre junta al tumor).—Arrancamiento (está reservado para los pólipos).—Extirpación (constituye el método mas clásico y mas radical).

LECCION 57.—De la seccion por ligadura elástica.—(Es un procedimiento de division de los tejidos fundado en la propiedad que tienen los tubos de caoutchouc de conservar y aún aumentar la estrangulación de las partes comprendidas en una asa, fuertemente apretada; hasta destruir su continuidad).—Procedimiento operatorio. (Si se trata de un trayecto fistuloso completo, esto es, con dos aberturas, se pasa un estilete abotonado, con un hilo ordinario, que arrastra un tubo de caoutchouc, de un calibre proporcionado al grosor de las partes que deben seccionarse, y se practica una ligadura con doble nudo, tan apretada como lo permita el tubo; si el trayecto es incompleto ó ciego, se completa por transficción y se procede segun queda dicho. Tratandose de un tumor se circunda por su base ó punto de implantación. En todos los casos, si hay tegumento íntegro, es conveniente practicar en él una incisión superficial, que permita alojar en ella el tubo elástico. Paratener siempre al alcance el nudo, evitando que, presentándose en la profundidad del surco de seccion, sea difícil apretarlo en sesiones sucesivas, se emplean unas cuñas de madera perforadas para dar paso al tubo, que se liga en la base de las cuñas). Efectos de la ligadura elástica (secciona en poco tiempo—2 á 4 dias—sin causar hemorragia, y al terminar la seccion, preséntase ya adelantada la restauración). Inconvenientes (No es aplicable á la seccion de masas algo considerables de tejido; es lenta si se compara con la seccion cruenta, y bastante dolorosa, no obstante que se amortigüe el dolor por la anestesia local y la administracion interior de los narcóticos).

LECCION 58.—Clasificacion de los tumores.—¿Por qué no es aceptable la division de los tumores en benignos y malignos? (porque nada puede inducirnos á distinguir con seguridad los tumores que recidivarán de los que no han de recidivar).

CLASIFICACION clínica de Billroth, en cuatro grupos, á saber:

- | | |
|--|---|
| 1.º Solitarios ó múltiples, de desarrollo lento, que nunca se vuelven infectantes y que curan radicalmente por la extirpacion, por lo cual se llaman benignos. | { Quistes, lipomas, fibromas, encón-dromas, osteomas, angiomas' neuromas y papilomas córneos. |
| 2.º Generalmente múltiples, de desarrollo variable, segun las circunstancias, que tien-den facilmente á la recidiva local, pero no son infectantes. | { Sarcomas y adenomas. |
| 3.º De desarrollo rápido, siempre infectantes, tienden á la recidiva local y general afectando antes los gánglios vecinos. | { Carcinomas. |
| 4.º De crecimiento rápido, infectantes, múltiples y blandos. | { Fungus medulares. |

CLASIFICACION anató-mica.

1.º Grupo	Enquistados, ó envueltos en un quiste.	Formado en espacios preexis- tentes.	Por extravasacion de sangre.	Hematomas y hematoceles.
			Por exudacion serosa.	Hidroceles é higromas.
2.º Grupo	Neoplasias, ó nuevas for- maciones.	Bajo el tipo de la sustancia con- juntiva.	Por extrangulacion.	Lobanillos y quistes serosos de la cerviz.
			Por reten- cion.	Foliculares.
				Mucosos.
			En los conductos ex- cretorios.	Pólipos vesiculares y quistes hida- tidicos.
2.º Grupo	Bajo el tipo del tejido epitelial.	Bajo el tipo de la sustancia con- juntiva.	por reblandecimiento del tejido del tumor	Ránulas, galactoceles, espermato- celes y quistes ováricos.
			Causados por la compresion ejercida por los elementos de la masa del tumor.	Quistomas genuinos.
			Normal.	Fibromas, lipomas, condromas y osteomas.
			Embriionaria.	Mixomas, sarcomas y cánceres del tejido conjuntivo.
2.º Grupo	Bajo el tipo mas elevado.	Bajo el tipo del tejido epitelial.		Tumores papilares, papilomas, cuer- nos, cánceres vellosos, tumores perlados y carcinomas epitelia- les.
				Angiomas, neuromas y adenomas.

LECCION 59.—Del lupus ó estiomene.—Su division en ulceroso y tuberoso y su subdivision en terebrante y serpiginoso.—Naturaleza histológica ~~de~~ esta neoplasia (la granulacion como término del proceso morboso).—Etiología del lupus.—¿Es siempre una escrofúlida? (lupus en sugetos de temperamento no linfático).—Diagnóstico diferencial entre la escrófulo-sifilide y el lupus ulceroso de la cara (en aquella, multiplicidad de ulceraciones que no comienzan por el lomo de la nariz y coexistencia con otros afectos escrofulosos profundos, tales como el tumor blanco).—Lupus ulceroso del lábio superior; períodos que recorre hasta su curacion (erupcion de granos tuberculosos, duros y rojizos, abertura de estos, ulceracion irregular, aparicion de nuevos brotes en las inmediaciones, dejando cicatrices rojizas, blanquezinas y relucientes con bridas muy preceptibles).—Lupus terebrante de la cara.—Iniciacion como en el precedente.—Sus progresos en la bóveda palatina, fosas nasales y regiones periorbitarias.—Resistencia del globo ocular.—Dificultades de la alimentacion que conducen al marasmo y á la caquexia.—Carácter clínico fundamental del lupus (invasion y cicatrizacion simultáneas).—Pronóstico del lupus segun su forma.—Tratamiento.—Empleo tópico de la tintura de iodo, del ácido fénico y del permanganato potásico.—Administracion interior del aceite de hígado de bacalao.—Tratamiento de la escrófulo-sifilide lupinosa de la cara (cauterizazion, iodo, ioduro potásico, aceite de enebro).

LECCION 60.—Historia clínica del *sarcoma*.—Diferentes significados de esta palabra en las diversas épocas de la historia (confundido por Galeno con los pólipos, mas tarde se dió el nombre de sarcoma á los tumores benignos cubiertos por la piel y formados de tejido muscular escasamente vascularizado, creyéndose que podian supurar y aun trasformarse en cánceres; otros confundieron el sarcoma con los tumores vasculares fungosos, y á principios de este siglo, llamábanse sarcomas á todos los tumores que, no siendo quísticos ni lipomas, no pertenecian á la categoría del cáncer).—Definicion del sarcoma segun Virchow (una produccion, cuyo tejido corresponde á los de sustancia conjuntiva, que se distingue de todas las otras de su especie por el predominio de los elemen-

tos celulares, conservando empero estos y la sustancia intercelular el tipo del tejido que les ha dado origen).—¿Constituye el sarcoma una neoplasia especial, ó es una manera de ser que pueden presentar diferentes tumores óseos, fibrosos, cartilaginosos ó mucosos?—(Ciertó que un osteoma, un fibroma, un condroma, un mixoma, un glioma ó una vegetacion pueden trasformarse ó *degenerar* en sarcoma; pero abundan en la clinica los casos en que el carácter sarcomatoso de un tumor se presenta definido en sus elementos anatómicos desde el punto en que estos salen del período de granulación, y es también un hecho que cuando un tumor óseo, fibroso, mucoso, cartilaginoso, etc., se ha vuelto, siquiera parcialmente, sarcomatoso, constituyendo un osteo-sarcoma, un fibro-sarcoma, un condro-sarcoma, un mixo-sarcoma ó un glio-sarcoma, al generalizarse no se caracteriza la nueva producción por la aparición de formaciones del tejido óseo, fibroso, condroideo, etc., primitivo, sino por la presencia de elementos de carácter sarcomatoso; de todo lo cual se deduce la esencialidad clinica del sarcoma).—Variedades y nomenclatura del sarcoma: 1.º, según la naturaleza del tejido primitivo (hay un sarcoma fibroso, ó *fibro-sarcoma*; otro mucoso, ó *mixo-sarcoma*; otro glioso, ó *glio-sarcoma*; otro melánico, ó *melano-sarcoma*; otro cartilaginoso ó *condro-sarcoma*, y otro óseo, ú *ósteo-sarcoma*); 2.º, en razón á su consistencia (se dividen: en *duros*, que tiene mucha sustancia intercelular y pocas células, y *blandos*, que se llaman *medulares* ó *multi-celulares* por la grande abundancia de células).—3.º Por el volumen de los elementos celulares (se denominan: *parvi-celulares*, de pequeñas células, parecidas á granulaciones, análogas á las del glioma y del mixoma y que constituyen frecuentemente el glio-sarcoma ó el mixo-sarcoma, y *magni-celulares* ó *giganto-celulares*, en que las células son muy voluminosas). 4.º Por su vascularización (llámanse *telangiectásicos*, ó *hemorrágicos* aquellos en que los capilares están muy dilatados y dan copiosas y frecuentes hemorragias); 5.º por las relaciones con los tejidos próximos (son *difusos*, ó por infiltración, *enquistados*, ó *quistosarcomas*, ó *tuberosos*, que resultan del desarrollo y agrupación de nudosidades sucesivas, dando lugar al *sarcoma poliposo*); 6.º por la figura de los elementos celulares (partiendo

Ita

del principio de que estos son siempre células de tejido conjuntivo aumentadas en número y volúmen, el sarcoma puede ser *fuso-celular*, ó *tumor fibro-plástico*, formado de células fusiiformes, con núcleo central, que terminan por prolongaciones frecuentemente ramificadas, y *globo-celular*, de células esferoidales, de aspecto parecido á las del cáncer, de las que se distinguen por la falta de estroma alveolar y por no estar independientes de la sustancia intercelular).—Diagnóstico histológico diferencial entre el sarcoma globo-celular y mio-loideo y el carcinoma. (Bien que los grandes núcleos de las células de este sarcoma aparezcan frecuentemente al microscopio como células disociadas, los reactivos manifiestan que son grandes núcleos desprendidos de las grandes células en que se hallaban contenidos, y esto bastaría á distinguirlos de las células epiteliales del cáncer, si, por otra parte, no confirmasen el diagnóstico la falta de alvéolos en el estroma y la conservacion de las relaciones de las células del sarcoma con la sustancia intercelular; las células cancerosas se hallan como anidadas é independientes en los alvéolos del estroma, de donde se las puede extraer por medio de un pincelito).

10
LECCION 61.—Del *sarcoma escrofuloso* ó *glandular* (que afecta á los gánglios linfáticos).—¿En qué se distingue de los tumores escrofulosos propiamente dichos? (por su mayor desarrollo, por no tender á la degeneracion caseosa y por su escasa propension al reblandecimiento y á la ulceracion).—¿Qué se entiende por *mieloplaxas*? (las células sarcomatosas de gran tamaño que, conteniendo muchos y muy grandes núcleos, son comparables á las de la médula de los huesos; es el sarcoma *magni* ó *giganto-celular*). ¿En qué se distingue histológicamente del cáncer esta variedad del sarcoma? (en que en aquel las células agrupadas forman en apariencia un solo elemento anatómico, mientras que en este la mayor magnitud de las células es real y no resulta de la agrupacion de los elementos; por esto el sarcoma no da por expresion el jugo lechoso característico del cáncer).—Etiología del sarcoma.—Predisposiciones orgánicas individuales (deben admitirse, atendida la frecuencia con que se vuelven sarcomatosas las deformidades congénitas de la piel y en especial los nevos pigmentarios y las verrugas). Influjo de las edades. (En

la infancia el sarcoma invade los arcos alveolares que pasan por su período de evolucion; en la pubertad es frecuente en los testículos). Como se contrabalancean las predisposiciones al cáncer y al sarcoma en las diferentes edades de la vida (en la infancia, juventud y virilidad, hasta los 40 años, son frecuentes los sarcomas y raros los cánceres; desde 35 años en adelante aumenta la predisposicion al cáncer y disminuye la frecuencia del sarcoma).—Irritacion local (casi siempre obra á título de causa ocasional, ya para determinar la aparicion de un sarcoma primitivo, ya para trasformar en sarcomatosa otra neoplasia preexistente). Influencia de la textura de los órganos (los glandulares y en especial los testículos, los ovarios, ~~los~~ las mamas y los gánglios linfáticos son los mas predis- 1apuestos al sarcoma; lo cual no es decir que no se observe en otras partes, tales como la piel, el tejido intermuscular, el neurilema, el cerebro, las membranas serosas, el perióstio y la médula de los huesos y en especial en las epífisis de los largos).—Malignidad del sarcoma.—(Como consta de células vivas y movibles, propende á difundirse y á causar infeccion, que constantemente comienza por los tejidos inmediatos al tumor primitivo). ¿Puede el cáncer trasformarse en sarcoma? —(No, porque aquel consta de células epiteliales, que no son susceptibles de experimentar las evoluciones propias del tejido conjuntivo que caracterizan la neoplasia sarcomatosa).—Recidivas, (son muy frecuentes las locales, en razon á la movilidad de los elementos del sarcoma; pero pueden tambien presentarse en sitios apartados del tumor primitivo; manifestándose los tumores secundarios en sitios correspondientes al curso que sigue la sangre; bien que, en otros casos, aparecen en sentido opuesto de la direccion de esta corriente).—Metástasis del sarcoma.—(Puede tener lugar en todos los órganos de la economía, pero los mas predispuestos son el hígado y los pulmones, siendo los melano-sarcomas los que con mayor frecuencia se generalizan por metástasis).

LECCION 62.—Pronóstico del sarcoma.—(En general, grave por su malignidad, expresada por su manifiesta propension á la recidiva local y á la generalizacion). ¿Cómo modifican el pronóstico las condiciones especiales del tumor? (los mas blandos son los mas malignos, porque son los que se ge-

neralizan mas pronto; los capsulados ó enquistados son menos graves que los difusos; los de células gigantescas y los fibro-sarcomas son menos malignos que los parvi-celulares, pues, aun cuando presentan algunas veces la recidiva local, no suelen generalizarse). — Diagnóstico clínico del sarcoma. — (Tumor de forma, consistencia y magnitud variables, que, cuando blando, presenta una pseudo-fluctuacion, que solo permitiria confundirle con un lipoma blando, un mixoma ó un carcinoma reblandecido, y que, cuando duro, es difícil de distinguir del osteoma, del encondroma y del fibroma). ¿Cuáles son los caracteres clinicos mas distintivos del sarcoma (aparecer antes de los 38 ó 48 años ó sobrevenir por trasformacion de otro tumor, y crecer rápidamente). Tratamiento. — (Extirpar tempranamente; amputar el miembro, si el tumor radica en segmento poco importante; fiarse poco de los cáusticos, de la ligadura de las arterias y de las corrientes eléctricas.)

m LECCION 63.—Del fibroma.—Consideraciones generales sobre esta neoplasia.—¿Qué debe entenderse hoy dia por fibroma? (Toda neoplasia formada por la hiperplasia simple del tejido conjuntivo). Sitios de esta produccion morbosa (las grandes expansiones del tejido conjuntivo condensado y resistente, á saber: la piel, las aponeurosis, el periostio, las mucosas, las serosas y las sinoviales). Formas generales del fibroma (difusa, como en la elefantiasis y estados elefantisiacos; nudosa, como en los tubérculos dérmicos, y papilar, como en las vegetaciones y en las fungosidades del tumor blanco).—Fibroma difuso ó elefantiasis.—Naturaleza histológica de la lepra (el fibroma).—Distincion entre la elefantiasis ó lepra de los griegos (que es un exantema escamoso) y la elefantiasis de los árabes.—Estados elefantisiacos consecutivos independientes de las influencias endémicas (úlceras varicosas seguidas de induracion hipertrófica elefantisiaca de la pierna).—Analogías entre estos estados y las manifestaciones del escrofulismo (estados erisipelatosos que preceden á la escrófula, infartos ganglionares, concomitancia con impétigo escrofuloso).—Curso de la elefantiasis: 1.^{er} período (manchas rojizas, anestésicas ó hiperestésicas, escamas furfuráceas en otros puntos y ampollas periligosas); 2.^o período (deseccacion, induracion con atrofia de

m

la piel ó tubérculos dérmicos en los sitios de las manchas); 3.º período (úlceras profundas irregulares y duras); 4.º período (lesiones viscerales: dispépsias, diarrea, tisis, parálisis localizada).—Analogías terapéuticas entre los estados elefantisiacos consecutivos y el escrofulismo, demostradas por la accion de la tintura de iodo como agente de la medicacion interna y como remedio local.

LECCION 64.—Del *cáncer ó carcinoma*.—Su definicion, segun Virchow (tumor alveolar, en cuyos alvéolos contiene células epiteliales), y segun Reindfleisch (tumor de células epiteliales, en un estroma del tejido conjuntivo).—Patogenia del cáncer (segun Virchow, el tejido conjuntivo engendra los elementos epiteliales del carcinoma. Thiersch y Waldeyer creen que el cáncer es siempre epitelial y que nace siempre de un epitelio y no del tejido conjuntivo, pues los productos de las derivaciones de las hojillas externa ó interna del blastodermo no se confunden con los de la hojilla intermedia, y así no se ha podido demostrar que cuando ha faltado un epitelio, haya sido este reemplazado por el tejido conjuntivo; de ahí que, segun estos autores el carcinoma pueda definirse *un tumor epitelial atípico*).—Histología del cáncer.—Estructura alveolar (casi constante, pero no tan característica como cree Virchow; células de naturaleza epitelial como carácter culminante, segun los autores mas modernos).—Carácter de las celulas epiteliales del cáncer (su forma es análoga á la de las variedades de los epitelios aplanados, cilíndricos ó glandulares normales).—Variedades que presentan estos elementos anatómicos (las celulas de los cánceres epiteliales tienen la misma forma que las del sitio en donde nacen; así, los cánceres cutáneos constan de células epidérmicas y los intestinales de células cilíndricas; los tumores secundarios ofrecen células del mismo tipo que los primitivos).—Modificaciones que experimentan las células del cáncer en sus formaciones secundarias (se hipertrofian, se aplastan, se rompen y quedan núcleos libres muy voluminosos, ó se vuelven angulosas, ó se llenan de una sustancia trasparente, ó se cornifican y agrupan, formando las *perlas epidérmicas*, ó en fin, experimentan la degeneracion grasienda, calcárea ó colóidea).—Del estroma, ó tejido conjun-

tivo del cáncer (sirve de medio para la conduccion de los vasos; en tal concepto, sostiene la nutricion de las células epidérmicas, las cuales moririan si desapareciese el estroma, y con este los vasos; esto distingue el carcinoma del sarcoma, pues, en este los vasos se distribuyen entre las células, sin tejido conjuntivo circundante).—Origen del tejido conjuntivo del cáncer (de nueva formacion, en la mayoría de los casos y producto de la neoplasia inflamatoria).—Casos en que falta el tejido conjuntivo de nueva formacion (en los cánceres de los gánglios, pues el estroma del gánglio hace las veces de dicho tejido).—Variedades que presenta el tejido conjuntivo en los cánceres (escasea en los medulares y coloideos; sobreabunda en el escirro, hasta el punto de habersele llamado *cáncer de tejido conjuntivo*).—Cánceres glandulares, (que tienen su punto de partida en los epitelios de las glándulas, por lo cual suelen ir precedidos de adenomas).—Evolucion del cáncer (se pronuncia el carácter alveolar del estroma; las células pierden sus caracteres primitivos y se vuelven polimorfos, capsuladas y granulosas; se vasculariza el estroma, se dilatan sus mallas; proliferan las células; fórmanse ectasias y sobrevienen apoplegias en el tumor).—Antagonismo entre el crecimiento de las células y el estroma (cuando aquellas abundan, el estroma, comprimido por ellas, escasea, y con él los vasos, y de ahí la mortificacion del tumor; lo contrario acontece cuando escasean las células, las cuales son comprimidas por el estroma, que viene á ser un tejido de cicatriz que también comprime los vasos, causando la atrofia y la curacion del tumor).

LECCION 65.—Generalizacion del cáncer (expuesto á recidivas locales y generales; la infeccion va precedida de infartos ganglionares, hecho clinico que le distingue del sarcoma).—Propagacion local (por la aparicion de núcleos secundarios, ó *hijos*, al rededor del tumor primitivo, ó *matriz*; marchando la propagacion, por medio de estos núcleos en todas direcciones).—Propagacion general (por las vías linfaticas, afectando los gánglios).—Infartos ganglionares cancerosos (con aumento de produccion celular propia y con elementos epiteliales análogos á los del tumor primitivo; es el primer indicio de la generalizacion).—Infeccion de la sangre

(destruidos los obstáculos que oponian los gánglios, los elementos cancerosos son llevados á la sangre y se difunden por toda la economía).—Propagacion por embolia (tiene lugar cuando el cáncer afecta los vasos sanguíneos y penetra en su interior).—Etiología del cáncer: causas traumáticas é irritaciones locales (muy frecuentes como determinantes, pero no bastan por sí solas, necesitándose una predisposicion individual).—Predisposiciones individuales (herencia y edad de 35 años).—Variedades del cáncer.—¿Puede hoy dia admitirse una distincion esencial entre el epitelioma y el carcinoma? (dado que, segun Thiersch y Waldeyer, todas las células del cáncer son epiteliales y estas derivan siempre de un epitelio, no es posible admitir esta distincion y tampoco puede aceptarse el cáncer de tejido conjuntivo).—Cancróide ó carcinoma epitelial de la piel: su division en superficial (que comienza por una úlcera y se parece mucho al *lupus*), y profundo (que, teniendo su asiento en las glándulas cutáneas, antes de ulcerarse, forma un abultamiento ó adenoma destructor, que no tarda en convertirse en verdadero cáncer).—Sitios preferentes del carcinoma epitelial (boca, labio inferior, prepucio y ano).—Carcinoma epitelial ó cancroide del labio inferior con núcleos secundarios en la órbita, párpados y nariz.—Cáncer glandular, ó carcinoma verdadero (sus células, menores que las del cancer epitelial de la piel, proceden del epitelio de la glándula; hay en el tumor un predominio del tejido conjuntivo, ó estroma, sobre el elemento celular).—Escirro, ó cáncer de tejido conjuntivo (es una variedad del cáncer, caracterizada por el predominio extraordinario de un tejido conjuntivo, análogo al de las cicatrices, sobre los elementos celulares, de lo cual dependen la dureza y lento desarrollo del tumor).—¿Constituye el escirro un primer estágio, de *induracion*, necesario en todos los cánceres? (No, porque hay cánceres glandulares que no lo presentan).—Cáncer medular (manifestacion visceral secundaria, caracterizada por un grande desarrollo celular, con estroma escaso, lo que hace que sea blando el tejido).—Cáncer colóides (estroma vascularizado, con alvéolos que contienen materias colóideas, con células epiteliales; es menos propenso que las otras variedades á la recidiva general).—Cáncer de los hue-

sos (siempre secundario y de aspecto medular, con corpúsculos óseos y células epiteliales en los alvéolos.)

12 LECCION 66.—Del curso clínico del cáncer—cáncer de la piel.—Sus formas iniciales (úlceras ó botones);—Forma ulcerosa del carcinoma epitelial ó *úlceras* corrosiva (indolente, lenta, circunscrita á la localidad, con vejetaciones pequeñas, que si bien á veces presenta islotes cicatriciales, nunca, como en el lupus, la cicatriz central alcanza á la periferia; suele operarse sin recidiva). Forma de botón ó *cáncer epitelial infiltrado* (trabajo activo, con crecimiento considerable, dolores, hemorragias, adherencias á la piel y ulceracion, por donde sobresale el tumor, exhalando un sanies que causa erosiones; infartos ganglionares y tumores discontinuos, ó núcleos secundarios próximos).—Alteraciones que sufren los tejidos afectados por esta forma de cáncer (oblitera ó perfora las venas y las arterias, causando edemas y hemorragias; tarda en atacar los nervios, que son asiento de dolores vivísimos paroxísticos; los músculos sufren la degeneracion grasienta ó coloidea y pierden su contractilidad; en los huesos, primero es afectado el perióstio).—Cáncer de las membranas mucosas (análogo al de la piel, pero mas maligno que este).—Estados caquéticos (no son debidos, en el cáncer de la piel y de las mucosas, á la infeccion cancerosa, sino á la anémia causada por las hemorragias y supuraciones profundas á la septicemia crónica).—Curso clínico del carcinoma glandular (en un principio, núcleo duro y estacionario, que constituye el *escirro*, ó se difunde pronto y con regularidad, como sucede en el *cáncer simple*; dolores lancinantes al crecer; son rapidamente atacados los gánglios linfáticos; aparecen núcleos secundarios, ya en las partes superficiales, ya en las profundas, y, por último, infecta la sangre, formándose cánceres en partes distantes del tumor primitivo. Raras veces se propaga por embolia).—Localizaciones secundarias del cáncer (comienzan por los sistemas capilares de la circulacion menor, ó sea en el hígado y en los pulmones, despues se propagan á toda la economía).—Forma aguda de la generalizacion del cáncer, ó *carcinosis miliar* (comparable á la *tuberculosis miliar*; pues, como esta, va acompañada de fiebre y es rápidamente mortal).—Pronóstico del cáncer (aunque rara vez,

puede la curacion espontánea tener lugar por metamórfosis regresiva del tejido, por eliminacion del tumor, por un proceso supuratorio, ó por gangrena).—¿Es curable el cáncer? (lo es por la extirpacion completa y tempranamente practicada).—Diagnóstico del cáncer.—Puntos de mira en que debe fundarse: 1.º, sitio (pues hay partes, tales como el labio inferior, la lengua, el recto, el glande, la vagina, el exófago, el piloro, las mamas, los testículos y las parótidas, en donde se ven frecuentemente cánceres primitivos y en ellas nunca los secundarios); 2.º, edad (en caso de duda, si el enfermo tiene mas de 40 años, hay motivo para creer en el cáncer); 3.º, relaciones con las partes vecinas (el cáncer está relacionado con los tejidos próximos); 4.º, dureza (todos los cánceres, excepto los epiteliales superficiales, comienzan por un núcleo duro, que aumenta primero en consistencia, pero que mas tarde se reblandece).—Fenómenos clínicos que caracterizan al cáncer en los periodos mas adelantados de su desarrollo (desenvolvimiento lento, dolores provocados por la compresion y espontáneos, que se exacerban por la noche; temprana aparicion de infartos ganglionares y ulceracion con masas epiteliales en la superficie). Tratamiento del cáncer (son inútiles las medicaciones internas, á no ser como paliativas del dolor, tónicas y desinfectantes; localmente, el termo-cauterio, la estrangulacion, y sobre todo la extirpacion con el bisturi, practicada tempranamente y de un modo completo. X 9

FLOGOLOGÍA.

LECCION 67.—De la inflamacion desde el punto de vista de los últimos estudios histológicos. — Del exudado inflamatorio (líquido con células embrionarias, dotadas de movimientos amboideos).—Origen de las células del exudado (segun Recklinghausen y Conheim, son los corpúsculos blan- li
le

cos de la sangre, salidos de los vasos por los estomas de estos, pues, dilatado el vaso por la hiperemia, los estomas se agrandan y al mismo tiempo las células de la túnica epitelial, reciprocamente yuxtapuestas, se separan, dejando hendiduras por donde, alargándose y filtrándose, se insinúan los glóbulos blancos, hasta salir al exterior, en virtud de sus movimientos amiboideos, movimientos que continúan en los espacios inter-orgánicos). — Experimentos de Conheim (en el mesenterio de la rana son visibles estos fenómenos; irritando la córnea de una rana, en cuyo corazon se habia inyectado una disolucion de anilina, se vió en el círculo peri-querático una formacion de glóbulos azules, que eran los leucocitos de la sangre).—¿Qué papel representan los elementos fijos del tejido conjuntivo en el exudado?—Experimentos de Stricker (al poco tiempo de irritada la córnea, se ve que los corpúsculos de esta membrana sufren diferentes modificaciones, lo cual manifiesta que no todos los elementos del exudado proceden de los glóbulos blancos de la sangre, sino que muchos se originan del tejido conjuntivo).—¿Qué resulta de estos estudios? (que en el día es preciso atribuir un doble origen á los elementos anatómicos del exudado inflamatorio, esto es, los glóbulos blancos de la sangre y los corpúsculos del tejido conjuntivo).—Tendencias de la inflamacion (resolucion, organizacion y supuracion). — Metamórfosis del exudado cuando la inflamacion tiende á la resolucion (si las células del exudado continúan marchando y penetran en otros espacios, la parte inflamada volverá á sus condiciones normales y resultará la resolucion). — Importancia clínica de estos hechos histológicos. — Accion terapéutica del calor húmedo (favorece el movimiento de los glóbulos blancos y, por lo mismo, hace que las células amiboideas del exudado salgan del sitio inflamado difindiéndose á mayor ó menor distancia, y de aquí la resolucion; además, el calor húmedo favorece el acúmulo de líquidos en la parte inflamada, condicion propicia para que las células del exudado puedan experimentar la degeneracion grasienta que les habilita para la reabsorcion y, por consiguiente, para la resolucion). — Accion del frio como agente resolutivo (constriniendo los vasos, disminuye la capacidad de los estomas y se opone á la salida de las células amiboideas;

al mismo tiempo detiene el movimiento de estas y entorpece su difusion).—Indicaciones curativas que de esto se desprenden para el empleo del calor ó del frio como resolutivos (en un principio, emplear el frio, para evitar el aumento de la exudacion; cuando esta se ha verificado, aplicar el calor húmedo para favorecer la difusion de las células amibóideas).

LECCION 68.—Fenómenos propios de la organizacion del exudado inflamatorio (asimilacion de los elementos de este á las partes integrantes del organismo, mediante el desarrollo de vasos sanguíneos y transformacion de los elementos del tejido conjuntivo embrionario en tejido fibroso de cicatriz).—Cicatrizacion inmediata en las heridas por incision (tumefactos los vasos é infiltrado de suero el tejido conjuntivo de los labios de la herida y puestos estos en recíproco contacto, los glóbulos blancos de la sangre se interponen y realizan la reunion, la cual queda definitivamente establecida cuando se ha formado una nueva vascularizacion extendida entre los capilares de uno á otro labio).—Naturaleza del tejido cicatricial (resultado de la trasformacion de los corpúsculos del tejido embrionario en tejido fibroso; difiere del tejido conjuntivo normal por un grande exceso de retractilidad, de lo cual depende la induracion, la esclerosis y la retraccion del tejido de cicatriz).—Fenómenos propios de la supuracion.—Del pus (tejido líquido, formado de suero, que contiene albúmina, mucina, piina y sales, y de glóbulos, de todo punto análogos á los blancos de la sangre, sin que valga decir, para distinguirlos de estos, que aquellos son multinucleares, pues hay glóbulos hemáticos con mas de un núcleo, y segun parece, todos los uninucleares, al destruirse, se vuelven polinucleares; el pus contiene además detritus de células y gotas de grasa).—Procedencia de los elementos morfológicos del pus (la misma que la de los del exudado inflamatorio, esto es, de los glóbulos blancos de la sangre y del tejido conjuntivo).—Causa inmediata de la supuracion en la inflamacion (excesivo acopio de líquidos en la parte afecta; ó la naturaleza especial del estímulo inflamatorio, como los agentes químicos ó sépticos; ó predisposicion individual, que constituye la diatesis supuratoria).—Formacion del absceso (por la confluencia de los elementos del exudado en un punto, determinado por el

movimiento amibóideo de aquellos y favorecido por la direccion de la corriente mas intensa, en la region inflamada).— Fenómenos que ocurren en el absceso (en el sitio donde se acumulan los elementos del exudado, se forma un núcleo duro, en el que son comprimidos los vasos, por lo cual, faltando elementos para la nutricion del tejido, este se reblandece y sufre la degeneracion grasienta; disuélvense las fibras del tejido conjuntivo y se disgregan sus células; entonces se percibe la fluctuacion, porque el foco purulento está ya formado, el cual, continuando el indicado proceso de reblandecimiento, se abre por el punto menos resistente).—Reabsorcion del pus (prévia la trasformacion grasienta ó caseosa de sus corpúsculos, los elementos del absceso penetran por los vasos sanguíneos ó linfáticos y hasta puede de esto resultar la tuberculosis miliar.)

Organizacion ó cicatrizacion despues de la supuracion (en la superficie supurante aparecen corpúsculos albuminosos que se agregan formando una capa de tejido embrionario, lo cual constituye los mamelones carnosos; los corpúsculos purulentos, para llegar á la superficie, han de atravesar estos mamelones, que no tardarán en proveer de todos los elementos para la regeneracion de los tejidos).—Vascularizacion de los mamelones carnosos (una porcion de células se colocan en series lineares, y á través de ellas, comienza á marchar la sangre, formando vasos, que se anastomosan en asa con los preexistentes, de los cuales, segun algunos autores, derivan los de nueva formacion, cual si fuesen una expansion de la túnica epitelial).—Trasformacion del tejido embrionario en cicatricial (comienza por las capas mas profundas de los mamelones, formándose primeramente el tejido de células fusiformes, dotado de la retratilidad que ya tenemos conocida por el estudio de la cicatrizacion por primera intencion, de la cual resulta la reduccion de los ámbitos de la superficie, la extrangulacion de los vasos de los mamelones, la reduccion del volumen de estos y la gradual disminucion de la secrecion del pus; terminado este trabajo, tiene lugar la secrecion del producto epidérmico que completa el tegumento).

Etiología de la inflamacion.—Irritacion repetida, mecánica ó química (difiere de la accion traumática en que en aquella

la causa irritante vuelve á obrar cuando aun no se ha disipado el efecto de su accion anterior). — Enfriamiento (su accion puede explicarse por la supresion de alguna eliminacion normal que determina la presencia de alguna materia flogógena en la sangre, ó por las modificaciones que el brusco descenso de temperatura imprime directamente en los sólidos). — Agentes tóxicos y miasmáticos (unos tienen una accion flogogena en el sitio por donde penetran en el organismo; otros no obran sino sobre determinadas partes, á donde son conducidos por la sangre).

LECCION 69.—De la erisipela (flegmasia de las redes linfáticas y sanguíneas superficiales del dérmis).—Interés quirúrgico de esta flegmasia (ademas de que es frecuente la erisipela como complicacion de los traumatismos graves, la inmensa mayoría de las llamadas espontáneas son originarias de una irritacion local en el tegumento).—Fisiología patológica, ó explicacion de los síntomas locales y generales de la erisipela (la continuidad de las redes linfáticas del dermis da cuenta de la propagacion ó *deambulacion* de la erisipela; la irritacion de los vasos linfáticos, cuyo origen se encuentra en los espacios intercelulares del tejido conjuntivo, determina un aumento de elementos fibrinógenos en la linfa, el cual se acentúa mas si la flegmasia se propaga á los gánglios linfáticos; de ahí resulta una *hiperinosia*, ó exceso de fibrina en la sangre, causa de la excitacion de los vasos y, por consiguiente, de la calentura y demás fenómenos generales, que muchos consideran como primitivos y esenciales en la erisipela). *12* Tratamiento de la erisipela. — Consideraciones relativas á la importancia de las medicaciones general y tópica (las sangrías, los eméticos, los purgantes y los atemperantes, que muchos prescriben para cumplir la indicacion causal, satisfacen meras indicaciones sintomáticas; la indicacion causal solo puede cumplirse con remedios tópicos). — ¿Cómo obran los zahumerios, el almidon, el colodion, el nitrato de plata y demás tópicos recomendados para combatir las erisípelas? (interponiendo un agente aislador, que es á veces la misma epidermis cauterizada, entre las redes linfáticas flogoseadas y el aire atmosférico).—¿Cuál es el mejor de los recursos terapéuticos para combatir la erisipela? (la disolucion de silicato de

potasa, á 40° del areómetro de Beaumé, en embrocaciones, dos ó tres veces repetidas en un mismo dia, en toda la extension de la superficie erisipelada). — Efectos de este tratamiento (rápida declinacion de la flegmasia, cesacion de la fiebre y demás síntomas generales).—¿Como se explica la accion de este remedio? (el silicato, ó vidrio soluble, forma una capa impermeable que aisla del contacto atmosférico la flegmasia erisipelatosa; desde entonces cesa de tener lugar en la piel la oxidacion excesiva de los principios albuminoideos de la sangre, por lo cual ya las vías linfáticas no aportan al torrente sanguíneo elementos termógenos).—¿Es de temer la retropulsion de la erisipela cuando se emplea este medio? (no; pues la enfermedad es de origen local, y en su origen se ataca; la experiencia clínica confirma que este tratamiento es de todo punto inofensivo y siempre útil, por mas que en algunos casos no evite del todo la deambulacion):

LECCION 70.—Consideraciones clinicas sobre el asiento y naturaleza del flemon.—¿Puede continuarse diciendo que es la inflamacion del tejido conjuntivo areolar? (No, pues aun cuando en el flemon se inflame este tejido, es siempre despues de haberse iniciado la inflamacion por los vasos linfáticos; en tal concepto, en cada flemon hay que considerar una angioleucitis primitiva).—Pruebas anatómicas de esta manera de ver (el tejido conjuntivo areolar no tiene vasos propios; solo sirve de admósfera para repartirlos entre los órganos: es una especie de pia-madre universal; la irritacion del tejido conjuntivo solo puede ser formativa, determinando la proliferacion de sus corpúsculos; si algo puede inflamarse son, pues, los vasos que le atraviesan, pues la hiperemia es condicion prévia indispensable para el exudado inflamatorio).—Pruebas clinicas (la mayor parte de los flemones reconocen como causa ocasional lesiones superficiales de la piel en su red linfática; los linfáticos superficiales tienen repetidas comunicaciones con los profundos, y esto explica las grandes flegmasias que, en el tejido conjuntivo subcutáneo é intermuscular, subsiguen á lesiones tan superficiales y al parecer de tan poca monta en el tegumento; numerosos hechos clinicos demuestran tambien que un pequeño rasguño de la piel ha sido causa de un flemon en una region apartada de aquella en que

tuvo lugar la lesion primitiva, aunque enlazada con esta por vasos linfáticos, frecuentemente inflamados en su trayecto, quedando ~~expenta~~ de inflamacion una extension mayor ó menor de tejido conjuntivo comprendida entre la lesion primitiva y el flemon). Ventajas de esta manera de considerar el flemon (explicanse sin dificultad casos como los siguientes observados en el actual curso clínico: una adenitis inguinal supura; fórmase un absceso gangrenoso en el escroto y piel del pene, quedando libre un grande espacio; aparece despues un absceso en la region posterior del muslo, y al fin se presenta otro subcutáneo en la region del vacío del mismo lado; grandes intervalos, regiones enteras de tejidos sanos median entre unos y otros abscesos; la aparicion de los abscesos consecutivos no va precedida ni acompañada de los síntomas de la pioemia; la disposicion de los vasos linfáticos da cuenta de la irradiacion de la flegmasia que tenia su primitivo asiento en un gánglio inguinal).—Confirmacion histórica de esta doctrina (los síntomas asignados por los A. A. al flemon angioleucítico no difieren de los propios de flemones comunes).—Pruebas sacadas de la Anatomía patológica (comienza la inflamacion por el endotelio de los vasos linfáticos; este es destruido, el vaso se dilata considerablemente y se hincha de glóbulos blancos, despues la inflamacion pasa á la túnica externa y de ahí al tejido conjuntivo ambiente).

LECCION 71.—Estudio de los flemones de los dedos—panadizos—y de la mano, desde el punto de vista de la distribucion de los vasos linfáticos de estas regiones. Descripcion de las principales líneas de la mano como limite de regiones linfáticas (forman una M, con una rama *externa*, ó *tenar*, que circunscribe la base del pulgar; otra *digital*, que comienza á 1 centímetro por encima del ^{segundo} ~~primer~~ espacio interdigital y termina en el tercio inferior del borde cubital de la mano; otra *interna*, ó *hipotenar*, que limita la region de este nombre, y otra *intermedia*, que, partiendo de la parte inferior é interna de la rama externa, viene á cortar la rama interna). Departamentos que en la palma de la mano resultan limitados por estas líneas (cuatro departamentos: el *externo* y el de la region *digital externa*, colocado por fuera de la línea digital, dan paso al tronco linfático superficial mayor, que atraviesa

19

la aponeurosis palmar media, y, marchando entre esta y los tendones de los flexores de los dedos hácia el adductor del pulgar, pasa á la cara dorsal del primer espacio inter-óseo, anastomosándose con los linfáticos del pulgar é índice; en el *departamento interno*, correspondiente á los tres últimos dedos, se encuentran los tronquitos inferiores procedentes de los espacios interdigitales respectivos, que luego se reflejan, para ir á la cara dorsal del metacarpo y anastomosarse con los linfáticos de los dedos; el departamento *interno ó hipotenar*, contiene los vasos linfáticos de esta region, que se dirigen por el borde cubital de la mano).—Vasos linfáticos profundos (siguen el trayecto de los vasos arteriales y van pegados á las vainas de los tendones).—Importancia de este conocimiento anatómico (conduce á determinar la marcha que podrá seguir un flemon superficial al extenderse ó hacerse profundo).—Especies de panadizos.—1.^a Panadizo superficial, ó *dactilitis cutánea*, sus variedades (*eritematoso*: es la angioleucitis superficial, caracterizada por hinchazon y rubicundez difusa; *flictenoso*, con formacion de ampollas; *ungueal*, que reside debajo de la uña y causa vivos dolores por la compresion de las papilas nérvæas, y *antracoideo*, de aspecto forunculooso, cuyo asiento es la red linfática que rodea á los folículos pilosos; todos pueden dar lugar á panadizos de 2.^a y 3.^a especie).—2.^a panadizo ó *dactilitis subcutánea* (afecta los tejidos comprendidos entre la piel del pulpejo y la vaina tendinosa; las variedades de panadizo *panicular*, que corresponde al tejido subcutáneo, y *flemonoso disecante*, que afecta al tejido conjuntivo que rodea á la vaina tendinosa, así como el *panadizo gangrenoso*, de Bauchet, corresponden á la inflamación de los linfáticos subcutáneos que, como las arterias, marchan adheridos á las vainas tendinosas; la forma gangrenosa depende de la obliteracion de los vasos que conducen sangre á la piel ó á las falanges).

LECCION 72.—Flemones de la palma y dorso de la mano (son verdaderas angioleucitis, de marcha análoga á los panadizos); su division en superficiales, subcutáneos y profundos.—Flemones superficiales: su distincion en erimatosos, flictenosos y antracoideos.—Denominaciones mas adecuadas atendida la situacion de los vasos linfáticos primitivamente

afectados (llamaríanse mas propiamente *angioleucitis reticular localizada*, y *angioleucitis reticular progresiva* ó *invasora*; la primera es susceptible de extenderse en profundidad, propagándose á otras redes linfáticas; la segunda invade rápidamente el antebrazo y los ganglios epitrócleos y axilares, desapareciendo con la fugacidad de la erisipela ó estacionándose y profundizando para dar origen al flemon subcutáneo).—Flemones subcutáneos (ocupan el dorso ó la palma de la mano; en el primer punto no son jamás primitivos, sino resultado de la propagacion de una *angioleucitis* del dedo ó de la palma).—Etiología (punturas, escoriaciones, picaduras anatómicas ó con instrumentos impregnados de principios sépticos, y sobre todo, á consecuencia de la inflamacion de las callosidades que se forman en la palma de la mano, por el ejercicio de ciertas profesiones).—Síntomas locales 1.^{er} período; dolor lancinante que se irradia al antebrazo y aun al brazo y aumenta á la presion; rubicundez y tumefaccion, al principio localizadas, pero que luego se difunden en todos sentidos; 2.^o período: la tumefaccion y rubicundez se extienden á la region dorsal de la mano, á la muñeca y hasta las articulaciones falango-falangínicas, separándose unos de otros los dedos; 3.^{er} período: supuracion, del 5.^o al 6.^o dia, formándose un absceso, circuncrito ó difuso, que frecuentemente se abre por el sitio por donde comenzó el flemon, levantando una ampolla epidérmica y dando lugar al absceso, llamado en forma de *boton de camisa*, por haber dos colecciones de pus, una superficial y otra profunda, puestas en relacion por un trayecto angosto).—Síntomas generales (reaccion febril, mas ó menos graduada segun las condiciones individuales).—Flemones profundos: su division clínica en flemones de tejido areolar y de las vainas tendinosas (los primeros reconocen por causa un traumatismo en las partes mas superficiales y son efecto de la propagacion de la flegmasia; los segundos resultan del ejercicio inmoderado de los tendones de los flexores de los dedos ó proceden de un panadizo del pulgar; ó del meñique; pero, como se observan tambien á consecuencia de panadizos de los otros tres dedos, no puede invocarse la propagacion á la palma de la mano por las vainas de los tendones digitales, debiéndose explicar por la disposicion de los

vasos linfáticos).—Síntomas del flemon sub-aponeurótico simple (tumefaccion uniforme y total de la mano, con rubicundez, dureza ó pastosidad, que se propaga rápidamente al antebrazo, por encima de la muñeca; dedos en extension y no muy dolorosos á la flexion). Síntomas del flemon de las vainas tendinosas (dolor muy vivo al tratar de doblar los dedos; las falanges metacarpianas en extension sobre los huesos del metacarpo, pero las falanginas en flexion sobre los falanges y las falangitas dobladas sobre las falanginas—dedos gafos;—la tumefaccion iniciada en la palma de la mano, propágase rápidamente á la parte inferior y anterior del antebrazo, alcanzando mayores proporciones en este punto, hasta que están distendidas las vainas tendinosas y que, pasando por detrás del ligamento anular del carpo, forman un fondo de saco por encima de la articulacion de la muñeca; entonces aumenta la tumefaccion del hueso de la mano y la coleccion presenta un aspecto cucurbitiforme: hay dos colecciones, una palmar y otra antebraquial, separadas por una extrangulacion intermedia, debida al referido ligamento anular; la compresion manifiesta movimientos de fluctuacion, ó de vaiven, que se dirigen de la palma de la mano al antebrazo). Tratamiento de los flemones y abscesos de los dedos y de la mano: (atender con el mayor esmero á las escoriaciones y lesiones superficiales, para prevenir la propagacion de la flegmasia á otras redes linfáticas; iniciada la angioleucitis, desbridar; si no se llega á tiempo aplicar tempranamente sanguijuelas y cataplasmas emolientes; en un período algo mas adelantado, desbridar prematura, extensa y profundamente; si hay tendones ó huesos mortificados, procurar su extraccion).

LECCION 73.—De la adenitis en general.—Su division en aguda y crónica.—Adenitis aguda.—Su division en simple y específica.—Etiología.—Disposiciones anatómicas de los gánglios linfáticos que les colocan en aptitud para sufrir la adenitis por diversas causas (directas ó violencias sobre los gánglios; indirectas, ó por la propagacion de la flegmasia primitivamente en los vasos linfáticos, por infeccion ó trasporte de materiales especificos, por la absorcion linfática, al seno de los gánglios).—Síntomas; primer período, ó de induracion; (gánglios hiperemiados, duros, movibles y algo doloro-

sos; luego aumentan la tumefaccion y el dolor, siendo obstáculo para los movimientos, y la parte se pone rubicunda y caliente; despues se confunden los ganglios con el tejido areolar circundante, tambien inflamado).—Segundo período, de supuracion, ó reblandecimiento, (formacion de múltiples focos purulentos en el parénquima del ganglio; frecuentemente, propagacion de la supuracion al tejido areolar próximo: síntomas de un absceso caliente circunscrito, con ó sin fenómenos febriles precedentes).—Terminaciones: resolucion (frecuente), induracion (mucho menos), supuracion (tambien muy frecuente).—De la adenitis aguda simple de los ganglios inguinales.—En qué se distingue del bubon virulento ó de absorcion (en el primer período no hay distincion posible, sino en cuanto se pueda colegir de los precedentes; despues de abierto, el bubon virulento se convierte en chancro), y del sifilítico (este es poli-ganglionar, bis-inguinal, y raras veces se inflama y supura).

LECCION 74.—Adenitis cervical escrofulosa.—Lesiones periféricas que la preceden (grietas en los labios, otorrea, eczima en el dermis cabelludo, etc.).—Marcha de la adenitis: induracion, supuracion (larga, flúida y abundante), cicatrizacion (deforme).—Aplicacion de estos hechos á la doctrina del origen local de las discrasias (lo único primitivo es la vulnerabilidad del sistema linfático periférico; de ahí procede la lesion que altera los ganglios y de esta la discrasia escrofulosa).—Aplicacion de esta doctrina á la terapéutica de la escrófula, (combatir las lesiones periféricas primitivas, para evitar la adenitis consecutiva; atacar la adenitis, para evitar la discrasia escrofulosa).—Medios terapéuticos contra la adenitis cervical escrofulosa; locales (pomadas fundentes y resolutivas ó ioduradas — manteca 30, ioduro potásico 3; iodo iodurada — manteca 30, iod^o potásico 3, iodo 1).—Emolientes (en el período de supuracion). — Dilatacion.—Medios terapéuticos generales (reconstituyentes, ioduro de hierro—5 centigramos por dosis, en jarabe ó en pildoras—, aceite de hígado de bacalao—de 60 á 100 gramos diarios en las refacciones—).

LECCION 75.—De la artritis aguda.—Necesidad de considerar las inflamaciones de las articulaciones como un

proceso morboso en conjunto, y no como una alteracion patológica de cada uno de los elementos orgánicos de la articulacion, (pues las articulaciones enferman á causa de las disposiciones que presiden á su destino fisiológico, y el análisis anatómo-patológico de las partes dañadas es poco hacedero y poco útil á la cabecera del enfermo).—Etiología de las flegmasias articulares agudas y espontáneas (influencias catarrales, llamadas tambien *reumáticas*, y las metástasis, en los casos de pioemia).—Síntomas de la artritis catarral ó reumática aguda.—Sinovitis serosa aguda (hiperemia secretoria de la sinovial, manifestada: por tumefaccion y fluctuacion de la articulacion, sin rubicundez de la piel, y dolor provocado por los movimientos; falta la calentura).—Sinovitis supurada (hiperemia de la sinovial, con exudado plástico y purulento, y proliferacion excesiva del cartilago; lesiones anatómicas que se manifiestan por calofrios, fiebre, grande tumefaccion, rubicundez, tendencia á la semiflexion y movimientos sumamente dolorosos; continuando el proceso, resulta el empiema de la articulacion).—Sinovitis serosa y supuratoria (estado de la sinovial, en que al propio tiempo hay hipersecrecion de serosidad y formacion de pus, manifestada por un cuadro sintomatológico intermedio entre los precedentes).—Tratamiento: emisiones sanguíneas (cuyos beneficios son muy cuestionables).—Calor húmedo, cataplasmas emolientes (en un principio obran calmando, porque, facilitando la circulacion periférica, derivan la hiperemia del interior de la articulacion, pero despues no causan efecto alguno).—Frio (al principio, constriñendo los vasos periféricos, aumenta la hiperemia intra-articular; luego, extendiéndose la perfrigeracion á los vasos intra-articulares, disminuye la flogosis).—Tintura de iodo en embrocaciones (irritando la superficie, deriva la flegmasia articular).—Posicion del miembro.—¿De qué depende la tendencia á la semiflexion en las articulaciones inflamadas? (no de la necesidad de dar mayor amplitud á las superficies articulares para contener el derrame, pues en la hidrartrosis el miembro tiende á la extension, sino del dolor que provoca la contraccion de los flexores, y de aquí la indicacion de hacer adoptar esta última posicion, aunque sea apelando á la clo-roformizacion y á los narcóticos aplicando luego un apósito

In

—Su division en traumática y expontánea.—Particularidades clínicas de estas variedades, segun su etiología, segun la magnitud de la articulacion, segun que correspondan al miembro torácico ó al abdominal y segun la edad del sugeto.

Artritis traumática;	{	con herida penetrante—amenaza la supuración, tanto mas prófu-
puede ser:		sa; cuanto mas vasta la articulación.
	{	Sin herida penetrante—no supura; es aguda ó sub-aguda, puede
		pasar á crónica: en los jóvenes cura sin anquilosis; en los
	{	viejos, suele pasar á artritis seca, incurable.
		aguda ó sub-aguda, con síntomas congestivos, resolviéndose, supurando ó
Artritis espon-	{	pasando á crónica.
tánea,		plástica; que propende á la anquilosis;
puede ser.	y	hidrópica; que da lugar á un derrame de serosidad, que
	crónica;	constituye la hidrartrosis;
	puede ser,	fungosa; que anatómicamente se caracteriza por fungosida-
		des y constituye el tumor blanco;
		seca; que no propende á la supuración ni á la anquilosis;
		siendo empero incurable.

Diferencias clínicas de la artritis segun la magnitud, sitio, naturaleza de la enfermedad y edad del enfermo.

		traumáticas, sin herida penetrante, antes de los 50 años, se encaminan a la resolución; en el caso de los niños, es fácil la anquilosis;—en la vejez, la anquilosis y la artritis seca constituyen la regla.	
Artritis de las articulaciones grandes.	Del miembro tórácico.	Espontáneas: la mas comun es la hidrartrosis, rara la artritis seca.	En el hombro, es rara la aguda y solitaria, pero, cuando existe, propende a la anquilosis.
			En el codo, es frecuente el tumor blanco, que termina por supuración y anquilosis.
			En la muñeca, es rara la aguda y solitaria, pero propende a la anquilosis, es frecuente el tumor blanco, que termina por anquilosis sin supuración.
	Del miembro abdominal.	Espontáneas.	Traumáticas—antes de los 50 años, son ligeramente plásticas, pero se resuelven sin anquilosis; despues de los 50 años, la anquilosis y la artritis seca constituyen la regla.
			En la de la cadera, rara la aguda solitaria; en cambio, es frecuente el tumor blanco, en los jóvenes, y la artritis seca, en los viejos.
			En la de la rodilla— se ven con especial predileccion todas las formas de artritis.
			En la Tibio-tarsiana—son menos frecuentes que en la de la cadera y rodilla y la artritis fungosa y seca.
		traumáticas—sean directas ó por inmovilidad, las artritis digitales son congestivas y ligeramente plásticas, pero terminan por resolución.	
Artritis de las articulaciones pequeñas.	Del miembro torácico.	Espontáneas.	las artritis digital aguda y e-spontánea es rara; en cambio, es frecuente la poliartritis crónica conocida con el nombre de reumatismo nudoso, que no supura, pero que puede terminar por anquilosis ó por artritis seca.
			traumáticas, las digitales como las de los dedos de la mano.
			En las del tarso, son frecuentes la artritis aguda, múltiple, el tumor blanco y, en los adolescentes, una forma especial de artritis—seca, curable; en las digitales y particularmente en la metatarso-falángica del dedo gordo, es comun la artritis gotosa, aguda ó crónica, que puede terminar por anquilosis.
	Del miembro abdominal	espontáneas.	

LECCION 77.—Del tumor blanco en general, ó artritis fungosa, inflamacion crónica de las articulaciones, con formacion y desarrollo de granulaciones fungosas en la sinovial, que pueden exudar pus y destruir los cartilagos y los huesos, dando lugar á la cáries, abscesos intra-articulares y fistulas). —Anatomía patológica: estado de los diferentes elementos de la articulacion: membranas sinoviales (rubicundez y tumefaccion, con aspecto moco-purulento de la sinovia; luego aparecen las granulaciones fungosas; desaparece el epitelio, crecen las fungosidades y penetran en el seno del cartilago y hasta en el tejido óseo); cartilagos (cubiertos por las fungosidades de la sinovial, son luego penetrados en su espesor por estas, quedando, por lo mismo, perforados y poniendo de manifiesto la superficie articular del hueso); huesos (penetrado á su vez por las fungosidades, el tejido óseo se reabsorbe y se forma una cáries fungosa de las epífisis articulares); ligamentos, tejido areolar sub-cutáneo y piel (degastados por las fungosidades, dan lugar á abscesos y fistulas, que comunican con la articulacion ó con una bolsa sinovial). —Marcha de las lesiones anatómicas y de las alteraciones funcionales de la articulacion. —Evolucion de las fungosidades. —Síntomas: marcha (lenta al principio.) —Fenómenos locales (dolor exacerbante por las tardes y noches y por los movimientos y en particular por la compresion en sentido del eje del miembro). —Síntomas objetivos: (hinchazon, cambios de color, fistulas) posicion del miembro (intermedia entre la flexion y la extension) ¿de qué depende? (de la necesidad de dar á la cavidad el mayor espacio posible, para evitar la compresion dolorosa de las fungosidades). Fluctuacion y pastosidad; crepitacion; movilidad anormal; enflaquecimiento del miembro y edema. —Síntomas generales (anemia, fiebre, hecticismo). —Variedades que ofrecen los síntomas del tumor blanco: abultamiento de la articulacion (tanto mas considerable, cuanto mas general la flegmasia de la sinovial y mayores los depósitos osteofíticos al rededor de la articulacion; los huesos, en realidad, no ofrecen aumento de volúmen); supuracion (no es un hecho necesario en la artritis fungosa; dá lugar á una cáries seca). —Relacion entre la cantidad de la supuracion y la alteracion del hueso (la supuracion no indica la extension del proceso

óseo ni la destruccion de los ligamentos; el grado de estas lesiones se manifiesta por la deformidad de la articulacion y por la separacion de las superficies óseas). — Terminaciones del tumor blanco (luxacion espontánea, flegmasias secundarias, anquilosis, cuando no han sido destruidos los cartilagos y el hueso, es aun posible la curacion sin anquilosis).—Diagnóstico diferencial entre el tumor blanco y la hidrartosis (en esta no hay fungosidades, la fluctuacion es mas evidente, mayor movilidad y poco dolor), la artritis aguda (mayor intensidad de los fenómenos inflamatorios locales y generales), la artritis seca (sobreviene en los viejos, no hay fungosidades y cruje la articulacion), las fungosidades de las vainas tendinosas (dispuestas formando cordones á lo largo de estas mismas vainas).—Pronóstico del tumor blanco en (general, grave; el de fondo escrofuloso y que comienza por el elemento óseo, es mas grave que el que se inicia por la sinovial; puede, sin embargo, curar restableciéndose el juego de la articulacion, cuando no es profundo el daño óseo, ó por anquilosis, en caso contrario).—Tratamiento: Medios locales (vejigatorios, tintura de iodo, cauterizacion).—Ventajosísimos efectos de los vendajes inamovibles de yeso, silicato de potasa ó dextrina: modo de aplicarlos.

LECCION 78.—Artritis aguda y sub-aguda espontánea de la rodilla.—Artritis catarral, ó reumática.—Síntomas (dolor, tumefaccion, á veces fluctuacion por derrame humoral, aumento de calor, y en ciertos casos rubicundez, y tendencia á la flexion).—Lesiones anatómicas (en el primer período, hiperemia de la sinovial, con engrosamiento y exudacion; en el segundo, desgaste de los cartilagos).—Movilidad lateral y crepitacion que á veces se observan; ¿á qué se deben? (la movilidad lateral al reblandecimiento de los fibro-cartilagos, que agranda la cavidad articular y permite un juego inusitado á las superficies óseas; la crepitacion al roce de estas, desprovistas de cartilago).—Tratamiento (superioridad de las embrocaciones iódicas y de los vejigatorios sobre las emisiones sanguíneas, los emolientes y pomadas mercuriales belladonizadas, en el primer período. En el segundo, si hay flexion, enderezarla é inmovilizar la articulacion con el vendaje de yeso; en el tercero, si á ello no se opone la excesiva

resistencia de la anquilosis y la propension á exacerbarse la inflamacion, enderezar el miembro, prévia anestesia, y mantenerlo inmóvil; en caso contrario, baños sulfurosos).

12 LECCION 79.—Artritis crónicas de la rodilla.—Hidrartritis.—Etiología (contusiones, influencias catarrales).—Síntomas (grande abultamiento; desaparicion de las depresiones laterales de la rótula; fluctuacion muy manifiesta; indolencia á la compresion y á los movimientos comunicados; ligera dificultad al andar, por el dolor; temperatura y color normales; no hay tendencia á la semiflexion; rótula del lado afecto mas movible, mas aproximada á los cóndilos y mas ancha que la del lado sano).—Lesiones anatómicas, (hiperemia, con ligero engrosamiento de la sinovial y derrame seroso; no hay osteitis ni destruccion de cartílagos). — Pronóstico (tratada convenientemente, la curacion con propension á recidivas; en casos bastante raros, tránsito á artritis seca incurable; jamás la supuracion).—Tratamiento.—(Excelentes efectos del vejigatorio de grande extension, largo tiempo sostenido; cuando no cede á este medio, la puncion, con evacuacion por aspiracion prévia con el aparato de Dieulefoy; es peligrosa la inyeccion iódica—2 de agua por 1 tintura de iodo—por la viva inflamacion y supuracion que provoca; solo podrá emplearse cuando el mal resista á todos los otros medios y cuando la crepitacion indique que se ha establecido la artritis incurable; entonces lo mejor es buscar, por este medio, la artritis aguda seguida de anquilosis).

LECCION 80.—Tumor blanco de la rodilla, ó gonartrocace.—Etiología. — Predisponentes (linfatismo), ocasionales (traumatismos, influencias catarrales, fatiga, etc.; á veces faltan). Síntomas: fisicos (abultamiento redondeado de la rodilla; desaparicion de las fosas laterales de la rótula; pastosidad, blandura y aun á veces fluctuacion en determinados puntos; inmovilidad de la rótula; atrofia de las masas musculares del muslo y aun de la pantorrilla) funcionales (aumento de calor; dolor espontáneo en el reposo, que aparece por intervalos, en especial hácia al lado interno; constante por la progresion, por los movimientos comunicados y sobre todo por la compresion desde la planta del pié; gran dificultad de los movimientos voluntarios ó comunicados), generales (al principio nulos;

despues fiebre consuntiva). — Lesiones anatómicas : sinovial (al principio, hinchazon y engrosamiento, por infiltracion de serosidad; despues f~~u~~ngosidades, conteniendo entonces, por lo comun, un humor purulento); ligamentos (tumefactos, fungosos y reblandecidos, permiten movimientos de later~~l~~idad); cartilagos (al principio, mera transformacion grasienta de las células superficiales y p~~o~~liferacion de las profundas; despues, prolongaciones fibrosas superficiales, que dan el aspecto de terciopelo y constituyen la trasformacion *velvética*; mas tarde, exfoliacion, cayendo fragmentos en la cavidad articular, dejando ulceraciones del cartilago y la superficie ósea sin revestimiento), huesos (destruccion de la lámina ósea sub-cartilaginosa y en su lugar fung~~o~~sidades; osteitis rarefaciente, por trabéculas óseas, ll~~u~~rándose de sustancia gelatiniforme, ó vascular, y constituyendo la esplenizacion; depósitos tuberculosos, con osteitis necrósica, al lado de otros puntos afectados de eburnacion ó condensacion del tejido óseo).—¿Cual es la lesion esencial en el tumor blanco? (las fungosidades).—Curso y terminaciones del tumor blanco de la rodilla (abandonado á sí mismo, supura la sinovial y tambien el hueso; fórmase un absceso, se abre por trayectos fistulosos y sobrevienen el hecticismo, la septicémia y la muerte, sino se amputa á tiempo; establecida la supuracion y destruidos los cartilagos, aun es posible la anquilosis, mayormente si el enfermo es jóven).—Pronóstico (grave, pues no solo amenaza con la pérdida de la articulacion despues de la supuracion, sino con la muerte por hec~~t~~icismo y aun por tuberculosis pulmonar).—Tratamiento—medios locales—(si hay flexion, procurar el enderezamiento; despues, inmovilizacion con apósito de yeso ó mejor de silicato, fenestrado, que permita embrocaciones iódicas).—Indicaciones de la amputacion (solo en casos extremos en que se vea próximamente comprometida la vida, pues hasta entonces es de esperar la anquilosis). Medios ~~x~~generales (buena dietética, aceite de higado de bacalao, ferruginosos, baños de mar, aguas termales bromo-ioduradas y rusticacion.)

LECCION 81.—Artritis seca, ó deformante de la rodilla. —¿Por qué se llama seca, á pesar del derrame seroso de la sinovial? (porque, á diferencia de la hidrartrosis, no tiende á curarse, y á diferencia de las otras artritis, ni tiende á la su-

puracion ni á la anquilosis).—Síntomas (aumento de volumen y forma lobulada, en especial de parte de los cóndilos del fémur; dureza ósea; crujidos al moverse la articulacion; inclinacion externa de la rodilla, ó rodilla zamba, sin atrofia ni parálisis muscular; movimientos de extension y flexion muy extensos).—Anatomía y fisiología patológicas (hay derrame, que depende de la hiperemia secretoria de la sinovial; hay destruccion de los cartílagos, formando una superficie aterciopelada y deslustrada, y al mismo tiempo producciones osteofíticas, que explican los crujidos; hay rarefaccion y reabsorcion del cóndilo externo del fémur, que dá cuenta de la desviacion externa de la rodilla y de la prominencia de la tuberosidad anterior de la tibia y del cóndilo interno del fémur; hay sub-luxacion, por efecto del adelgazamiento de los ligamentos cruzados y laterales).—Caractéres distintivos del curso de esta enfermedad (poca tendencia á la anquilosis y á la supuracion, larga duracion é incurabilidad).—Variedades ó grados, segun Gosselin, (1.º, congestion de la sinovial y ligero desgaste de los cartílagos: hay dolores moderados habituales y crepitacion; 2.º, lesiones del primer grado y además derrame sinovial pasajero; 3.º, movilidad lateral y sub-luxacion, que indican destruccion de los ligamentos, y 4.º, á lo dicho se agregan osteofitos en la sinovial ó al rededor de los cartílagos).—Etiología (por el concepto patogenético, la artritis seca puede ser primitiva, que suele ser de naturaleza reumática ó gotosa; cuando consecutiva, ha sido precedida de una artritis reumática comun, ó de una hidrartrosis, ó de una artritis traumática; nunca es consecutiva al tumor blanco).—Influencia de la edad (muy comun en la vejez; rara antes de los 50 años.)—Tratamiento (sin esperanzas de curacion, pueden emplearse el reposo, las cataplasmas y la compresion moderada).

19 LECCION 82. — De la coxalgia ó coxartroce (tumor blanco de la articulacion coxo-femoral).—Lesiones anatómicas (inflamacion, cáries y desgaste de la cavidad cotilóides y de la cabeza del fémur, destruccion del cartílago, fungosidades de la sinovial, á veces desgarró de la cápsula articular, que ocasiona luxacion espontánea del fémur, ocupando la cabeza la f1sa iliaca externa, y de aquí el acortamiento del miembro;

10

fórmanse abscesos, que se abren al exterior; pero en un principio el miembro se alarga, no porque el derrame y tumefaccion intra-articulares aparten la cabeza del fémur del fondo de la cavidad cotilóides, sino á causa de que la cadera se inclina al lado afecto).—Síntomas: primer período (movimientos dolorosos, debilidad, claudicacion y rigidez); segundo período (aumentan los síntomas del anterior; hay dolor simpático en la rodilla; no es posible la progresion; el muslo está en adduccion y rotacion interna, mirando hácia dentro la punta del pié; pastosidad en la region afecta, que apenas permite percibir el trocanter mayor; fórmanse abscesos; despues sobreviene la luxacion espontánea ilio-~~i~~quiática, en cuyo caso el miembro se acorta).—Disposicion de los pliegues glúteo-femoral é inguinal como medio diagnóstico de esta afeccion articular.—Pronóstico de la coxalgia (en general grave, pero repetidos hechos observados en nuestra clinica demuestran la posibilidad de obtener una curacion completa, cuando al principio de la enfermedad se aplican cauterios potenciales ó actuales al rededor de la articulacion).—Efectos ventajosos de los apósitos de yeso ó silicato de potasa.

LECCION 83.—De la coxalgia venérea (es una complicacion importante, no descrita por los autores, en el curso del bubon venéreo).—Período y condiciones en que se manifiesta (cuando el bubon está abierto; cuando supura mucho; cuando forma trayectos fistulosos que se extienden en profundidad y en sugetos de 20 á 30 años).—Causas abonadas para presentarse esta complicacion (fatigas por la progresion, cuando el bubon está abierto; curas con tópicos grasos y medicacion mercurial intempestiva).—Síntomas (dolor en la region de la nalga, que á veces se irradia á la rodilla, provocado por los movimientos voluntarios ó comunicados; claudicacion; ligera tumefaccion de la region isquio-troncantérea; inclinacion de la cadera del lado afecto, que simula alargamiento del muslo; descenso del pliegue glúteo-~~femoral~~ de este lado, el cual despues se borra por completo; en un período mas adelantado, síntomas de hecticidad, como en el coxartrocace ordinario). Diagnóstico diferencial entre la coxalgia venérea y la neuralgia ciática (en esta hay punto doloroso á la presion en el espacio comprendido entre el trocánter mayor y la tu-
15
1-fem

berosidad ciática, correspondiente al trayecto del nervio ciático; hay además dolores espontáneos intermitentes, que se irradian por el muslo y cambio de forma del pliegue glúteo-crural).—Mecanismo de esta complicacion (por propagacion de la flegmasia, por los vasos linfáticos, á los elementos de la articulacion coxo-femoral). — ¿En que se distingue clínicamente de la coxalgia fungosa? (en que propende á la curacion perfecta, sin anquilosis ni claudicacion, cuando se interviene oportunamente).—Tratamiento (Moxas ó cáusticos de Viena al rededor de la articulacion; embrocaciones con tintura de iodo; curacion del chanero *gaglionar* con vino aromático ó tintura de iodo, y al interior, aceite de hígado de bacalao.)

12 LECCION 84.—De la inflamacion crónica.—Anatomía patológica.—Estado del tejido conjuntivo.—¿En qué difiere *de* la inflamacion aguda? (la hiperemia es poco intensa y, en cambio, es muy considerable la infiltracion plástica; la formacion de células es lenta, pero estas alcanzan mayor desarrollo; las fibras del tejido conjuntivo adquieren una consistencia lardácea).—Variedades que puede presentar la marcha de la inflamacion crónica. 1.º Resolucion (por reabsorcion de la serosidad infiltrada y disgregacion de los elementos celulares, que así desaparecen). 2.º Hipertrofia (aumento de nutricion, volumen y consistencia de las células). 3.º Hiperplasia (interposicion de un tejido conjuntivo de nueva formacion entre los elementos anatómicos del preexistente, resultando la esclerosis del tejido conjuntivo, ó la elefantiasis de la piel).—Inflamacion crónica en las mucosas y en las serosas (caracterizada por la hipersecrecion).—Supuracion (lenta y sin fenómenos flogísticos marcados, dando lugar al absceso frio, que contiene un pus claro y con muchos detritus de grasa).—Marcha del absceso frio (puede reabsorberse ó abrirse, dando lugar á una úlcera, ó evacuado el pus, adherirse sus paredes, previa una activa vascularizacion).—Etiología de la inflamacion crónica.—Causas irritantes locales de accion repetida, lenta ó sostenidas (parásitos cutáneos, presiones, roces, etc.).—Discrasias (escrofulosa, tuberculosa, reumática, artrítica, escorbútica, sifilítica, etc.).—Tratamiento de la inflamacion crónica.—Compresion (por medio de vendas mojadas ó enyesadas; combate eficazmente la infiltracion cró-

nica).—Calor húmedo (cataplasmas ó fomentos: facilitan la circulacion superficial y, por consiguiente, la reabsorcion del exudado).—Compresas hidroterápicas (empapadas en agua fria y frecuentemente renovadas, aumentan la contractilidad de los vasos).—Medicamentos resolutivos(árnica, agua blanca, emplastos fundentes, etc. de eficacia muy dudosa).—Emisiones sanguíneas (raras veces útiles en las flegmasias crónicas; solo tienen aplicacion en los casos de exacerbacion aguda).—Derivativos (llaman á otro sitio la inflamacion).—Excitantes; solucion de nitrato de plata, tintura de iodo, vejigatorios; (curan cambiando por un estado agudo el carácter tórpido de la inflamacion crónica).—Expoliativos (fontículos, sedales, moxas, etc.; provocan una supuracion que facilita la desaparicion del exudado inflamatorio).

LECCION 85.—De la ulceracion y de las úlceras.—Fisiología patológica de la ulceracion (predominio de la absorcion intersticial — Hunter—y gangrena molecular — Vidal de Casis.)—Clasificacion clínica de las úlceras fundada en la naturaleza del proceso morboso (simples, escrofulosas, escorbúticas y sífilíticas). — Estados accidentales de las úlceras (atónicas, eréticas, sórdidas, callosas, fungosas, verminosas, etc.)—Una clasificacion fundada en estas condiciones accidentales y mudables seria poco clínica, porque no conduciría á la adopcion de una terapéutica fundamental.—De las úlceras simples de las piernas en particular.—Condiciones de organizacion que hacen á esta parte del cuerpo, mas que á ninguna otra, dispuesta á la ulceracion (presion de la columna sanguínea venosa; escasez de tejido areolar sub-cutáneo; progresion; peso del cuerpo; distancia del centro circulatorio; propension á las varices; exposicion á las violencias exteriores).—¿Ofrece peligro para la salud general la curacion de estas úlceras, siquiera sean muy crónicas? (Raras veces, pues no son la expresion de un vicio general, sino que constituyen un estado patológico local y no suelen aparecer como supletorias de estados morbosos viscerales preexistentes).—Tratamiento de las úlceras de las piernas por el método de Bayton (tiras de esparadrapo oficial, colocadas de modo que, imbricándose de abajo hacia arriba, y empezando á aplicarse por su centro en la parte diametralmente opuesta al sitio de

la úlcera, vengan á cruzarse por delante de esta, cubriendo el afecto en toda su extension).—Modo de obrar de este agente terapéutico (principalmente por la uniforme y moderada compresion que ejerce).

LECCION 86.—De la periostitis y osteitis crónicas.—Síntomas que indican la periostitis (dolor espontáneo escaso ó nulo; á la presion, algo mas intenso; poca tumefaccion y falta de rubicundez) y la osteitis (dolores espontáneos mas intensos, que se exacerban por las noches). Resultados de este proceso morboso (las formaciones osteofíticas ó la supuracion, que raras veces se reabsorbe y que, por lo comun, dá lugar á la cáries superficial). Formas de las cáries (*atónica*, en que el hueso cariado está al descubierto, y *fungosa*, en que este se halla tapizado de fungosidades).—Etiología del proceso de la inflamacion crónica de los huesos.—Causas traumáticas (tienen la importancia de ocasionales).—Afecciones constitucionales (sostienen el fondo de la dolencia: el escrofulismo da lugar á las formas fungosas y la tuberculosis á las tórpidas).—Signos por los cuales se reconoce el carácter fungoso ó tórpido de la cáries (en la fungosa, considerable tumefaccion de los tejidos, abertura fungosa, el estilete no deja percibir el choque áspero del hueso denudado; en la atónica, tumefaccion escasa, piel despegada, adelgazada y livida; las aberturas como hechas con un saca-bocados; el estilete percibe fácilmente las asperezas del hueso denudado).

LECCION 87.—De la necrosis (gangrena total ó parcial de un hueso, llamándose *secuestros* las partes gangrenadas).—Patogenia (la causa inmediata de la necrosis es la supresion de la circulacion en el hueso).—Causas traumáticas (destruyendo los vasos del hueso, sino se restablece el estado anatómico normal, la circulacion puede resultar interceptada y dar lugar á una necrosis, con secuestros mas ó menos extensos, para cuya eliminacion se necesita un trabajo supuratorio).—Osteitis y periostitis agudas ó crónicas (el exudado inflamatorio obstruye los vasos y suprime la circulacion de la sangre en el hueso; la supuracion desgasta el tejido).—Marcha del proceso morboso en los casos de periostitis y osteomielitis supuradas (el hueso se halla comprendido entre dos superficies supurantes, el pus se abre paso al exterior; eliminando el se-

cuestro, queda en su lugar una cápsula con vegetaciones, las cuales, despues de algunos meses, dan lugar á una osificación que restablece el hueso).—Síntomas de la necrosis.—Color del secuestro (blanco ó negro), olor (nulo, en la necrosis superficial, porque la gangrena del hueso es siempre seca; si hay fetidez, es que la gangrena, que puede ser húmeda, ataca la médula y los vasos y en estos órganos puede haber putrefaccion).—Exploracion por el estilete (descubre la presencia del secuestro ó su mayor ó menor movilidad).—Supuracion (sale por los trayectos fistulosos ó cloacas, y es espesa, amarilla ó de aspecto mucoso; frecuentemente hay albuminuria, de escasa importancia).—Diagnóstico diferencial entre la cáries y la necrosis (en aquella, falta de neoplasia ósea, que es abundante en la última y se percibe á través de los tejidos; en la primera, pus claro, seroso y de mala calidad; en la necrosis, pus espeso de buen aspecto ó mucoso; en la caries, el contacto del hueso con el estilete es doloroso; en la necrosis, es indolente).—Tratamiento de la necrosis.—Indicaciones quirúrgicas que se presentan: (1.º mantener la limpieza de las aberturas y trayectos fistulosos. 2.º extraer mecánicamente el secuestro cuando esté desprendido; las resecciones óseas no estan indicadas, pues al paso que se corta el hueso necrosado, se excindiria el de nueva formacion; el secuestro no está libre hasta tanto que se ha formado el hueso nuevo).—Epoca en que los secuestros están libres (en las necrosis parciales, del octavo al decimo mes; en las totales, al cabo de un año).—Preparativos para la extraccion de los secuestros (dilatacion de los trayectos fistulosos y cloacas).—Extraccion de los secuestros (descubierto el secuestro, extraerlo con pinzas, elevadores, y si es necesario, con la sierra, el escoplo y el martillo).—Cuidados ulteriores (mantener la limpieza de la cavidad supuratoria).

LECCION 88.—De los abscesos frios en general (coleciones de pus en el tejido areolar, formadas con lentitud, indolentes y sin aumento de temperatura, que no dependen de afecciones primitivas de huesos ni de articulaciones).—Curso y evolucion lenta.—Anatomía patológica (pus seroso, paredes blancas, cavidad bien circunscrita y quistiforme, tapizada por una capa membraniforme, comparada á una mucosa).

sa, pero sin folículos ni vellosidades).—Síntomas: (infarto circunscrito, inmóvil, sin dolor, ni cambio de color, ni de temperatura, que crece, se reblandece desde el centro á la periferia, con ligero desenvolvimiento de fenómenos flogísticos, y se abre al exterior).—Desarrollo de los abscesos frios en la region sacra. — Exposicion del caso práctico que á este punto se refiere.—Marcha. — (Iniciada la coleccion, incremento lento; luego periodo de estacionamiento, y despues, vencidos los obstáculos aponeuróticos, difúndese por la region vecina, constituyendo una coleccion apendicular).—Sucesivos aumentos y disminuciones, sin alterar el estado general.—Terminaciones (abertura espontánea ó artificial; raras veces resolviéndose por reabsorcion del pus).—Diagnóstico diferencial entre los abscesos frios y los calientes (en estos, los fenómenos propios del flemon); los sintomáticos, ó por congestion (en estos hay síntomas que conducen al diagnóstico de una afeccion ósea); los escrofulosos (estos subsiguen al infarto y reblandecimiento de los gánglios y contienen un pus granuloso, que es la materia caseosa); los tumores enquistados (la puncion exploradora lo aclara); los aneurismas y los tumores encefaloideos reblandecidos.—Pronóstico de los abscesos frios (en general, mas graves y mas difíciles de curar que los calientes, pues la adhesion de sus paredes es muy tardía y además pueden sobrevenir complicaciones graves).—Tratamiento.—Medios generales (tónicos ferruginosos y analépticos).—Locales (al principio los fundentes, los resolutivos, las fricciones estimulantes y los vejigatorios; cuando está adelantada la coleccion, dilatarlos).—Manera de proceder á la dilatacion de los abscesos frios, (punciones repetidas é incompletamente evacuadoras, á fin de que se opere una retraccion gradual de los tejidos; punciones sub-cutáneas, para evitar la penetracion del aire).—Evacuacion del absceso por medio de la aspiracion prévia con el aparato de Dieulefoy.—Cauterios potenciales.—Inyecciones de alcohol (de resultado incompleto).—Id. de Lugol (de tintura de iodo y solucion de ioduro potásico).—Fenómenos que sobrevienen á consecuencia de las inyecciones iodo-ioduradas, (inflamacion excesiva, fenómenos sépticos); ventajosísimos efectos del ácido fénico al interior y al exterior y de la aplicacion de los tubos de drenaje.

TRAUMATOLOGÍA.

LECCION 89.—De la contusion (atricion traumática de los tejidos vivos).—Su mecanismo (aplastamiento de los tejidos orgánicos menos sólidos, contra los mas resistentes, que sirven de punto de apoyo al agente contundente). — Grados de la contusion: 1.° equímosis (infiltracion sanguínea, de color morado mas ó menos subido, que se difunde siguiendo las capas del tejido areolar). 2.° ó rasgadura de los tejidos (con infiltracion de sangre—hematoma—y absceso sanguíneo consecutivo). 3.° ó vecino de la gangrena (lividez, frialdad é insensibilidad). 4.° gangrena propiamente dicha.—Tratamiento de la contusion en sus diversos grados (en el 1.°, resolutivos frios; en el 2.° resolutivos, compresion, cuando la sangre del chichon es aun liquida, y en caso contrario, abertura sub-cutánea de la coleccion fluctuante; 3.° y 4.° grados, como la gangrena).—Heridas por contusion ordinarias. Caracteres que presentan (irregulares, bordes magullados y desiguales, lividez, que se extiende á distancia, escasa hemorragia y dolor intenso).—Marcha de estas heridas (inflamacion con grande tumefaccion, seguida de supuracion, tanto mayor cuanto mas considerable la desorganizacion de los tejidos, para eliminar las partes magulladas, convertidas en escaras; cicatrizacion lenta).—Complicaciones de las heridas por contusion (despegamiento de la piel con ruptura de troncos vasculares y nerviosos y con desgarró; fractura conminuta de los huesos sub-yacentes; pioémia y tétano traumático).—Pronóstico de las heridas por contusion (mas graves que las por instrumentos cortantes y punzantes, pues es rara en ellas la reunion inmediata, y frecuentes las complicaciones). Tratamiento: ventajas de las irrigaciones frias.

LECCION 90.—De las heridas por avulsion ó arrancamiento.—Caracteres distintivos de estas heridas (irregularidad de la superficie traumática, con escasa hemorragia y es-

tupor). Causas de estos fenómenos: irregularidad (desigual resistencia y retractilidad de los tejidos), escasez de la hemorragia (textura orgánica de las arterias y obturación de las mismas por la avulsión, á causa de la aposición de la túnica externa sobre la intermedia, que es la que primero se rompe).—Heridas por avulsión en la mano y en el antebrazo, por máquinas de la industria (desgarros de tejidos, heridas penetrantes de las articulaciones).—Pronóstico de estas heridas (posibilidad de conservar el segmento del miembro torácico, mientras no haya herida articular penetrante, ni destrucción vascular considerable; en caso contrario, á pesar de las apariencias favorables á causa de la corta intensidad de la reacción y de la levedad de los síntomas subjetivos, hay que recelar el esfacelo y el flemon difuso).—Tratamiento (la amputación del antebrazo ó de los dedos, en los casos de heridas articulares, con destrucciones vasculares de consideración; en los demás, intentar la conservación, confiando en la gran vascularidad de la mano). Fracturas de las falanges complicadas con herida (curan á veces bien por la inmovilización y tratamiento metódico de la herida.)

LECCION 91.—De las quemaduras (efectos inmediatos del calórico acumulado por cuerpos muy calientes, en ignición ó por los rayos solares).—Inconvenientes de la clasificación de las quemaduras en grados fundados en la profundidad á donde alcanza la destrucción de los tejidos (no es fácil determinar esta misma profundidad).—Ventajas de la división de las quemaduras en eritematosas, flictenosas y escaróticas (pues la rubicundez, la flictena ó la escara es lo primero que salta á la vista en el examen clínico).—Pronóstico fundado en la profundidad ó naturaleza de la quemadura (las eritematosas, mas leves que las flictenosas y estas mas que las escaróticas) y en la extensión superficial (cuanto mas extensas mas graves; son mortales las que comprenden los $\frac{2}{3}$ de la superficie cutánea, cualquiera que sean su naturaleza y profundidad).—Síntomas generales (fenómenos encefálicos: delirio nervioso; síntomas gástricos: vómitos; frecuencia de la ulceración del piloro).—Tratamiento (calmantes, puncionar las flictenas sin levantar la epidermis, frio, tinta, algodón en rama, linimento óleo-calcáreo, colodion, cauterización

con una solucion de nitrato de plata; excelentes efectos de la tinta).

LECCION 92.—De la diástasis, ó torcedura de las articulaciones.—Mecanismo que preside á este traumatismo.—Diástasis del pié: estado de los ligamentos—Equimosis y tumefaccion.—Dolor.—Inflamacion consecutiva de las articulaciones.—Tratamiento.—Amasaje: modo de proceder á esta práctica quirúrgica.—Accion del agua fria.—Indicaciones de estos agentes.—Tránsito á la artritis.—Fenómenos que indican este estado.—Tratamiento anti-flogístico.

LECCION 93.—Luxaciones de la cadera, ó sea de la cabeza del fémur—Variedades que ofrecen átenor de las relaciones de la cabeza del fémur (ileo-isquiática, isquiática, isquio-pubiana ~~é~~ ileo-pubiana). Sintomas de cada una de las variedades.—Luxacion ileo-isquiática (cabeza del fémur en la parte inferior de la fosa iliaca, apoyándose en el reborde cotiloideo; el trocanter mayor está inclinado hacia adelante, por lo cual el fémur está en rotacion interna; la cabeza está cubierta por el músculo glúteo mayor; nalga ~~sa~~iente; pliegue glúteo-femoral mas alto; parte superior del músculo aumentada de volumen; mas perceptible el pliegue de la ingle; haciendo rodar el muslo, se toca la cabeza en la nalga; el trocanter mayor está mas próximo á la cresta iliaca; ligera flexion y muy visible rotacion interna del muslo; pierna algo doblada sobre el muslo; acortamiento del miembro de 1 á 4 centímetros; movimientos de abduccion, rotacion externa y extension imposibles; pero fáciles la adduccion y la flexion). Luxacion isquiática (cabeza al nivel de la base del isquion; nalga prominente hacia fuera; á la palpacion se reconoce la cabeza del fémur por encima del isquion; el trocanter está mas bajo y dirigido hacia atrás; el muslo en ligera flexion; adduccion y rotacion interna; flexion ligera de la pierna; prolongacion del miembro en la extension y acortamiento en la flexion, movimientos comunicados posibles, excepto la adduccion y rotacion externa).—Luxacion isquio-pubiana, ó sub-pubiana, (cabeza apoyando en el agugero sub-púbeo, cubierta ó por delante del músculo obturador; nalga aplanada; deprimido el trocanter mayor; depresion del pliegue glúteo-femoral; tócase la cabeza del fémur en la parte superior é interna del muslo; este está en

la flexion, abduccion y rotacion externa; la pierna doblada; el miembro tiene de 3 á 5 centímetros mas de longitud; movimientos comunicados posibles, excepto los de aduccion, rotacion interna y extension). Luxacion ileo-pubiana (cabeza apoyando en el iliaco, por fuera de la eminencia ileo-pectínea, levanta~~idos~~ el psoas y recto anterior; nalga aplanada; tócase la cabeza en la ingle; el muslo en extension, abduccion y rotacion, interna ó externa; pierna en extension; acortamiento del miembro, de 1 á 3 centímetros; movimientos comunicados posibles, excepto la adduccion y rotacion interna).— Diagnóstico diferencial entre la fractura y la luxacion del fémur (en la fractura, rara la rotacion interna; esta solo se observa en la luxacion ileo-pubiana; en la luxacion se toca en la nalga ó en la ingle la cabeza del fémur, yno en la fractura; en esta es fácil restituir al miembro sus dimensiones normales; esto no es posible en la luxacion hasta que ha sido reducida).—Pronóstico (grave, por cuanto frecuentemente y, en especial las iliacas, son irreductibles, son causa de considerables traumatismos y aun á veces de fractura del reborde cotiloideo).—Tratamiento—Reduccion: métodos suaves—(procedimiento de Després; acostado el enfermo en un colchon ó cama baja, el cirujano dobla la pierna sobre el muslo enfermo y el muslo fuertemente sobre la pélvis, para imprimir desde luego un movimiento de circumduccion y rotacion externa y restituir el miembro á la extension y adduccion)—Procedimientos de fuerza (contra-extension, por medio de una toalla pasada por entre los muslos y fijada á un anillo sólido; extension, desde la rodilla, doblado el muslo, hasta haber desencajado la cabeza; despues, rotacion ó circundacion y presion, para hacer entrar la cabeza en la cavidad cotiloides).

lr

luc

FIN DEL PROGRAMA.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA
CRAI Biblioteca
Medicina